

Ivar Brevik, Anne Britt Djuve, Inger Marie Hagen,
Åsmund Hermansen, Lise Lien og Leif E. Moland

Hjemme, borte eller uavgjort?

Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene

Effektivitet

Kvalitet

Ivar Brevik, Anne Britt Djuve, Inger Marie Hagen,
Åsmund Hermansen, Lise Lien og Leif E. Moland

Hjemme, borte eller uavgjort?

Kvalitet og effektivitet i pleie- og
omsorgstjenestene

© Fafo 2016

ISBN 978-82-324-0278-6 (papirutgave)

ISBN 978-82-324-0279-3 (nettutgave)

ISSN 0801-6143 (papirutgave)

ISSN 2387-6859 (nettutgave)

Omslagsfoto: Colourbox.com

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	5
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Problemstillinger og analytisk tilnærming	11
1.3 Metode og gjennomføring	14
1.4 Leserveiledning	16
2 Kvalitet	17
2.1 Hva er kvalitet?	18
2.2 Oppsett til en modell	27
2.3 Oppsummering	39
3 Operasjonalisering av mål på innretninger av pleie- og omsorgstjenester	41
3.1 Bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester	41
3.2 Bruk av hjemmebaserte tjenester per bruker – intensitet	49
3.3 Tilgjengelighet og samarbeid	53
3.4 Ulike typologier	57
3.5 Bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester blant brukere 80 år+	65
3.6 Eksempel på valg av typologier	70
3.7 Vedleggstabeller	75
4 Om å måle ressurseffektivitet	77
4.1 Tradisjonelle mål	77
4.2 Vår tilnærming til måling av ressurseffektivitet	78
4.3 Variabler i regresjonsanalyse	87
4.4 Fordeling av årsverk i hjemmebaserte tjenester	94
5 Casestudier	97
5.1 Hovedkjennetegn ved innretningen i pleie- og omsorgstjenestene	98
5.2 Typologi 2: Nord-Aurdal kommune	101
5.3 Typologi 1: Nord-Fron kommune	103
5.4 Typologi 6: Os kommune (i Hordaland)	105
5.5 Typologi 4: Namsos kommune	107
5.6 Typologi 5 og 6: Hurum og Sula	108
5.7 Typologi 9: Nittedal, Jevnaker og Sola	112
5.8 Datagrunnlaget	115
5.9 Hva har betydning for god kvalitet?	116
5.10 Strukturkvalitet	117
5.11 Prosesskvalitet	121
5.12 Brukermedvirkning	134
5.13 Hva har betydning for effektiviteten?	141
5.14 Omsorgstrappen	143
5.15 Oppsummering	149
5.16 Vedleggstabeller	153

6 Kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene	157
<i>Del I Mangfold og variasjoner</i>	157
6.1 Begrensninger og begrunnelser	157
6.2 Åtte ulike mål for tjenesteinnretning	159
<i>Del II Kjennetegn ved de ulike deltypologiene</i>	171
6.3 Institusjonsorientering.....	172
6.4 Mulig pleiestrategisk orientering	173
6.5 Mulig orientering mot forebyggende strategi	174
6.6 Både pleie- og forebyggende strategi.....	176
6.7 Høy tilgjengelighet i korttidsplasser – antatt progressive kommuner	179
6.8 Hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon – progressive kommuner	181
6.9 Allment forebyggende strategi	183
6.10 Høy andel brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg	186
6.11 To deltypologier i tillegg til de åtte.....	189
6.12 Om overlapp mellom typologier.....	192
6.13 Avslutning.....	194
6.14 Vedleggstabeller	195
7 Ressurseffektivitet	199
<i>Del I De ni casekommunene</i>	200
7.1 Ressursbruk i institusjon versus åpen omsorg	200
7.2 Ressursbruk målt i årsverk og årsverk per bruker	204
7.3 Dekomponering	207
7.4 Variasjon i underliggende behov	214
<i>Del II Om ressursbruk i kommunale omsorgstjenester</i>	217
7.5 Brutto driftsutgifter	217
7.6 Ressursbruk i utvalgte typologier.....	223
7.7 Hva virker inn på ressurseffektiviteten?	229
7.8 Regresjonanalyse.....	241
7.9 Vedleggstabeller	246
8 Kvalitet, ressurseffektivitet og tjenesteorganisering	249
8.1 Resultater	255
8.2 Oppsummering	272
8.3 Vedlegg: Skåre på kvalitetsmål for casekommuner og typologi 1	273
9 Sammenfatning	275
9.1 Kapittelvise sammendrag	275
9.2 Hvilke svar har vi funnet?	288
Referanser	293
Vedlegg 1 Kommuneoversikt	296

Forord

Her rapporterer vi funnene fra del II av prosjektet «Kvalitet og effektivitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene». I del I vurderte vi eksisterende lærings- og innovasjonsnettverk og strukturer for erfarings- og kunnskapsutveksling mellom kommuner, og hvordan disse kan utnyttes bedre for flere kommuner. Resultatene fra den delen av prosjektet er publisert i Moland, Lien, Nygård og Hofstad 2013. I del II er det sammenhengene mellom organisering, kvalitet og ressurseffektivitet i tjenestene som er tema. Prosjektet er utført på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet. Prosjektet er gjennomført i samarbeid mellom Anne Britt Djuve, Inger Marie Hagen, Åsmund Hermansen, Lise Lien og Leif Moland fra Fafo, og Ivar Brevik, ved prosjektstart tilknyttet NIBR, nå Brelanta Analyse. Lars Nygård fra RO (Ressurssenter for omstilling i kommunene) deltok i del I av prosjektet, og har gjennomført noen av casestudiene som også inngår i denne rapporteringen. De øvrige casestudiene er gjennomført av Lise Lien og Leif Moland.

Ivar Brevik har skrevet kapitlene tre, fire, seks og sju. Åsmund Hermansen bidro med statistiske analyser til kapittel fire, seks og sju og med fortolkninger og diskusjon av disse. Brevik har også skrevet de delene av kapittel fem som plasserer casekommunene inn i kommunetypologier. Lise Lien har skrevet resten av kapittel fem. Analysemodellene som ligger til grunn for de samlede analysene i kapittel åtte er klekket ut av Inger Marie Hagen, Åsmund Hermansen og Anne Britt Djuve i fellesskap. Hermansen har også utført de statistiske analysene, mens kapitlet er ført i pennen av Inger Marie Hagen. Hagen har også skrevet kapittel to, med innspill fra Leif Moland. Moland har også skrevet delkapitlene 1.1 og 1.3. Resten av kapittel 1 er skrevet av Anne Britt Djuve, som også har skrevet avslutningskapitlet. Leif Moland var prosjektleder fram til januar 2016, da Anne Britt Djuve overtok.

Vi vil takke våre kontaktpersoner i Helse- og omsorgsdepartementet, Kristin Løkke og Steinar Barstad, for stor tålmodighet i et prosjekt som av ulike årsaker ble svært forsinket. Vi vil også rette en stor takk til Bente Bakken og Agneta Kolstad i Fafos informasjonsavdeling, som har gjort en formidabel innsats for å ferdigstille rapportmanuset.

Fafo, 16.02.2016
Anne Britt Djuve

1 Innledning

Hva er god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene – og hvordan kan tjenestene produseres på en kostnadseffektiv måte? Det er åpenbart at kvalitet koster – men er det slik at dyrest nødvendigvis er best? Dette er de overordnede spørsmålene som drøftes i denne rapporten. Temaet er viktig av mange grunner. Først og fremst er det selvsagt viktig at befolkningen får gode helse- og omsorgstjenester. Dessuten er det viktig at de betydelige offentlige midlene som brukes til dette gir størst mulig uttelling: I 2013 brukte kommunene oppunder 114 milliarder kroner på helse- og omsorgstjenester. Ambisjonene og utfordringene på feltet er dessuten store. Bakteppet for diskusjonen er politiske målsetninger om brukertilpassede og likeverdige tjenester av høy kvalitet over hele landet, en befolkning med høye forventninger til tilgang til og kvalitet på offentlige helsetjenester, og ikke minst en betydelig forventet etterspørselsvekst i årene framover, som følge av en aldrende befolkning. I tillegg har samhandlingsreformen medført nye arbeidsoppgaver for kommunene, og faglige råd og politiske målsetninger for tjenesteinnrettingen er ikke nødvendigvis entydige. Mens politiske partier over hele det politiske spekteret lover sykehjem til alle som trenger det – i hvert fall mens det er valgkamp –, tillegges betydningen av brukerretting og brukermedvirkning stadig større vekt i offisielle retningslinjer for offentlige helsetjenester. I mange kommuner – også i denne undersøkelsen – oppfattes dette som å innebære større vekt på hjemmebaserte tjenester, siden mange brukere ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Denne spenningen mellom på den ene siden (en tradisjonell) institusjonsorientering og på den andre siden tilrettelegging for åpen omsorg, er et gjennomgangstema i vår rapport.

1.1 Bakgrunn

Av alle helsetjenester har de kommunale helse- og omsorgstjenestene økt mest de siste 15 årene. Ifølge Holmøy og Kjølvik (2013:18) har tjenestevolumet økt mer enn årsverksinnsatsen, noe som kan indikere at det har skjedd en viss effektivisering.

Ifølge Holmøy og Kjølvik (2013:23) har Norges samlede prioritering av helserelaterte tjenester gjennom flere år vært omtrent like høy som i andre vesteuropeiske land. Det totale helseforbruket per innbygger i Norge økte med 35 prosent fra 1997 til 2008. Helseutgiftens andel av landets inntekt er omtrent den samme som i mange andre

vesteuropiske land. Det samme gjelder bruken av arbeidskraft og andre ressurser på helsetjenester per innbygger.

Bredt sammensatt brukergruppe og mange unge

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene favner i dag en bredt sammensatt gruppe, enten de er eldre, funksjonshemmede, i ferd med å dø, har en psykisk lidelse eller et alvorlig rusmiddelproblem (St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene). Omsorgstjenestene har fått nye brukergrupper. Tallet på yngre brukere av omsorgstjenester under 67 år fordoblet seg fra midten av nittitallet og fram til 2005 (St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer). Denne utviklingen har fortsatt fram til nå. I 2014 var knapt 40 prosent av mottakere av omsorgstjenester under 67 år. Det er en økning på 6 prosent siden 2007.

De siste 40–50 årene har det foregått en kraftig utbygging av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Ca. 13 000 sykehjemsplasser i 1970 er økt til 32 000 pluss 8000 plasser i heldøgns omsorgsbolig (Daatland & Otnes 2015).

I 2014 var det 341 330 unike brukere av helse- og omsorgstjenester i Norge. Disse mottok 771 373 vedtatte tjenester i løpet av 2014 (Mørk 2015).

Tabell 1.1 Unike mottakere av helse- og omsorgstjenester gjennom året. 2007–2014.

	Antall i alt	Antall kvinner	Antall menn	Andel kvinner	Andel menn	Sum
2007	305684	194530	111082	64	36	100
2008	318432	201561	116837	63	37	100
2009	329306	206690	122483	63	37	100
2010	327445	203954	123426	62	38	100
2011	330465	204420	125986	62	38	100
2012	336862	206550	130221	61	39	100
2013	340082	206939	133068	61	39	100
2014	341330	206139	135030	60	40	100

Kilde IPLOS, Mørk/SSB 2015/42:12

Flere tjenester

Sammen med tjenesteveksten har det også skjedd store endringer i brukersammensetningen, i tjenesteinnretningen og i arbeidsdelingen mellom stat, kommune og private aktører. I den første delen av denne 50-årsperioden hadde landet en omfattende utbygging av større institusjoner og sykehjem. På 1970 tallet ble det også bygget ut en rekke trygdeboliger. På slutten av 1980-tallet fikk kommunene ansvaret for sykehjemmene.

Fra da av fikk vi en nedbygging av aldershjemmene (Brevik 2010:64). De fleste kommunene etablerte en integrert pleie- og omsorgstjeneste.¹ Deretter fulgte 20 år hvor kommunene opprettholdt eller reduserte antallet institusjonsplasser.

Med normaliseringsideologiens innmarsj ble normen at alle skal bo i hjemkommunen sin og i egen bolig. På begynnelsen av 1990-tallet ble de store sentralinstitusjonene for utviklingshemmede avviklet gjennom HVPU/Ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede. Kommunene overtok ansvaret for denne brukergruppen. Det nye tjenestetilbudet ble stort sett organisert som en del av de hjemmebaserte tjenestene. Senere har en også bygget ned sentralisert institusjonsomsorg innen psykisk helse, og målet er at flest mulig skal kunne leve gode liv i egne boliger i kommunene.

I eldreomsorgen ble det også satset på utvikling av de hjemmebaserte tjenestene/åpen omsorg. Rundt 1990 sto institusjonstjenestene for ca. to tredeler av årsverkene i pleie- og omsorgssektoren. I dag har hjemmebaserte tjenester flere årsverk enn institusjonene. I 1994 ble omsorgsbolig også et begrep i eldreomsorgen.

Nye boligformer

Omsorgsboligene kan være tilrettelagte boliger for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette kan både være brukere som ikke mottar andre tjenester og det kan være brukere som mottar praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie. De senere årene har en også fått omsorgsboliger hvor det ytes tjenester 24 timer i døgnet. Disse kan være vanskelig å skille fra nyere sykehjem, både hva gjelder bygningenes utforming og tjenestenes innhold.

Mye av det som kategoriseres som hjemmebaserte tjenester i KOSTRA er i realiteten institusjonspreget og foregår ikke i brukers opprinnelige hjem. Mange av boenhetene er store og har døgnbemanning. Lenge var dette først og fremst boenheter for psykisk utviklingshemmede.² I 2009 var det 43 500 beboere i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, hvor de fleste er mottakere av hjemmebaserte tjenester. Om lag 131 000 brukere av hjemmebaserte tjenester er bosatt i ordinære private boliger. Dette innebærer at ca. 25 prosent av brukerne av hjemmebaserte tjenester fikk disse i kommunalt tilrettelagte boliger.

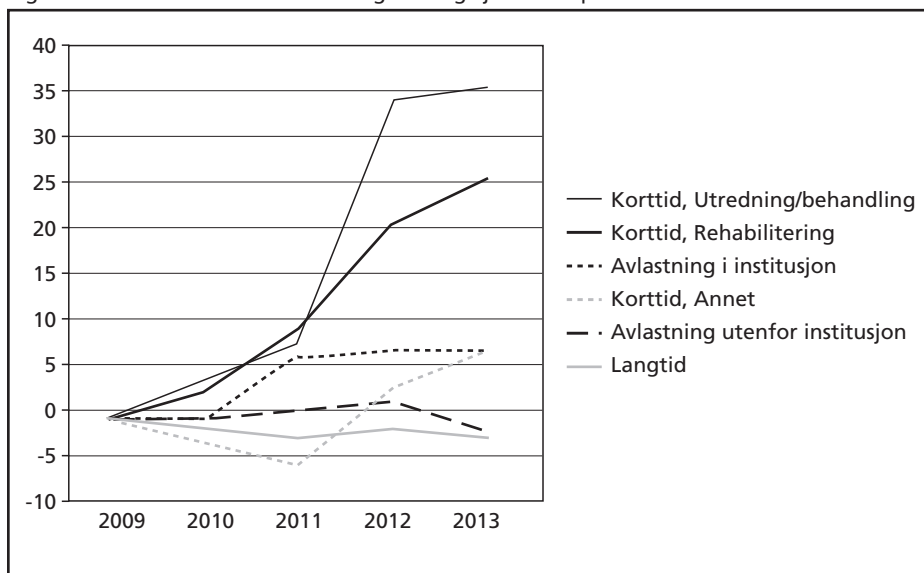
¹ Med integrerte tjenester siktes det til at flere tjenester administreres under en ledelse. På 1990-tallet var begrepene stor og liten integrasjon mye brukt (Gjærevollutvalget (NOU 1992:1)). Felles hjemmesykepleie, hjemmehjelp (praktisk bistand) og sykehjem ble kalt den store integrasjon. Med Ansvarsreformen på 1990-tallet skulle også tjenestene til funksjonshemmede integreres, helst som en del av de ordinære hjemmebaserte tjenestene. Dette har mange kommuner senere gått bort fra.

² Dette er en utvikling flere forskerne som har fulgt oppfølgingen av HVPU-reformen er kritiske til (Söderström & Tøssebro 2001:44) og Johans Sandvins «Reform i revers».

Utviklingen de siste fem årene

Sammensetningen av tjenestetilbudet har ikke endret seg så mye fra 2009 og fram til 2014. I figur 1.1 vises utviklingen av de ulike helse- og omsorgstjenestene de siste fem årene. Her ser vi først og fremst at det har foregått en endring av innholdet i de hjemmebaserte tjenestene. Relativt flere får hjemmesykepleie, og færre får bare praktisk bistand. I 2013 mottok 208 000 personer hjemmesykepleie. Det er en økning på 15 000 siden 2010. De årlige endringene er små (Mørk 2015:4).

Figur 1.1 Mottakere av ulike helse- og omsorgstjenester i perioden 2009 til 2014.



Kilde: Mørk/SSB 2015:14

Antall sykehjemsplasser er gått noe ned (figur 1.1). Terskelen for å få sykehjemsplass er blitt høyere.³ Samtidig er det medisinskfaglige nivået ved sykehjemmene i vekst. Det siste drives dels fram av økt spesialisering og effektivisering i sykehussektoren, og dels av økt vektlegging på rehabilitering.

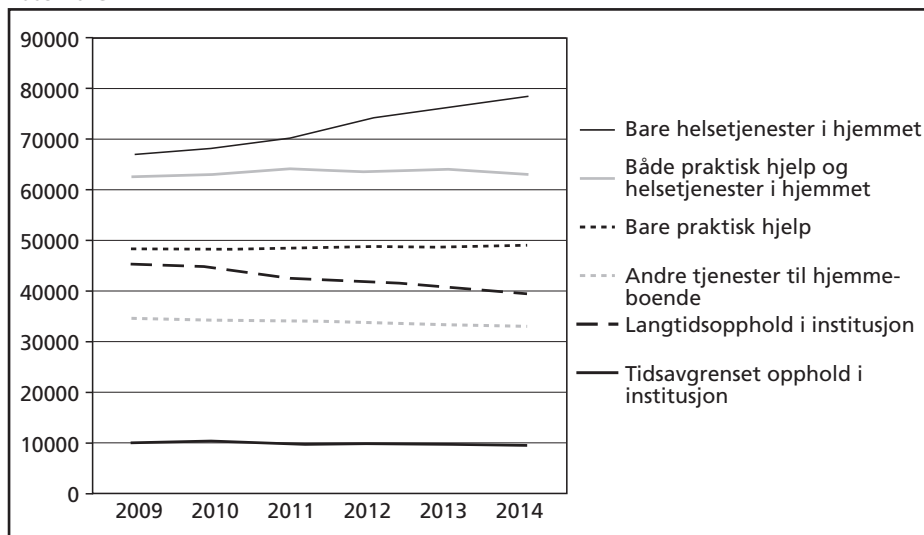
Kombinasjonen av at sykehusene i større grad enn før skriver ut pasienter med fortsatt stort behandlingsbehov og kommunenes satsing på hjemmebaserte tjenester, bidrar til at korttidsplassene på ulike institusjoner og sykehjem blir stadig viktigere. Økt og riktig bruk av korttidsplasser er en forutsetning for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene som ikke kan bo hjemme rett etter et sykehusopphold. Kort-

³ Om den er for høy eller ikke, avhenger av hva slags alternative tilbud kommunen kan tilby og hvem man spør.

tidsplassene brukt til rehabilitering og avlastning for pårørende er også viktige i arbeidet for en aktiv og hjemmebasert omsorg. Begge deler står sentralt i samhandlingsreformen.

Figur 1.2 gjengir hvordan omfanget av ulike institusjonstjenester har utviklet seg fra 2009 til 2013. Korttidsplasser med utredning og behandling har økt med litt over 35 prosent, mens korttidsplasser for rehabilitering har økt med litt over 25 prosent. Også de andre korttidstilbudene har hatt en viss vekst, mens langtidsplassene er blitt færre.

Figur 1.2 Prosentvis endring i antall mottakere av institusjonstjenester, etter tjenestetype. 2009-2013.



Kilde: SSB / IPLOS etter en fremstilling i Helsedirektoratet, Nøkkeltall, Primærhelsetjenesten.

Alt i alt har pleie- og omsorgstjenestene økt kraftig de siste 50 årene. De siste 15–20 årene har det blitt en strengere prioritering av hvem som innvilges tjenester (Borgan 2014:54).

1.2 Problemstillinger og analytisk tilnærming

1) Hva er kvalitet?

En hovedutfordring i en analyse av kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgstjenester er å komme fram til gode definisjoner av henholdsvis kvalitet og effektivitet. Spesielt kvalitetsbegrepet er krevende. Delproblemstillingene her er: Hvilke aktører har en legitim plass i diskusjonen om hva kvalitet er? Har disse aktørene motstridende standpunkter – eller er det mulig å identifisere en mer eller mindre felles definisjon av

hva god kvalitet er – på tvers av aktørgrupper? Hva kjennetegner i så fall god kvalitet, hvordan kan den måles, og hvilke av disse målene er tilgjengelige på kommunenivå?

Analysen tar utgangspunkt i den etablerte inndelingen i henholdsvis struktur-, prosess- og produkt-/resultatkvalitet.

2) Hvordan måle effektivitet?

Når det gjelder effektivitet er selve definisjonen mindre krevende: Effektiv produksjon av tjenester handler om å levere samme kvalitet til lavest mulig pris. Operasjonaliseringen av målet støter imidlertid på utfordringene beskrevet i avsnittet over: Hvordan måle kvalitet? Problemstillingene knyttet til ressurseffektivitet blir dermed: Hvordan kan tjenesteeffektivitet best operasjonaliseres og måles med utgangspunkt i tilgjengelige data på kommunenivå?

3) Hvilke forhold har betydning for kvalitet og effektivitet?

Hovedanalysen (kapittel åtte) tar utgangspunkt i den etablerte inndelingen i henholdsvis struktur-, prosess- og produkt-/resultatkvalitet, i kombinasjon med en evalueringstilnærming – se kapittel to. Her analyseres sammenhengene mellom ressursinnsats, organisering, produktkvalitet og resultatkvalitet. Vi definerer måloppnåelse som en kombinasjon av produktkvalitet og dekningsgrad: Tjenestene må ha høy kvalitet i seg selv, men også være tilgjengelige.

Penger kommer inn i begge ender av modellen: vi studerer betydningen av resurstilgang for tjenestekvalitet og dekningsgrad. Samtidig er penger nødvendigvis et avgjørende element i analysen av ressurseffektivitet: Hvor mye kvalitet klarer kommunene å lage for en gitt sum penger? Eller omvendt: hvor billig klarer kommunene å produsere et gitt nivå av kvalitet?

Analysen av kvalitet og ressurseffektivitet må også ta høyde for at oppgaven kan være vanskeligere i noen kommuner enn i andre, for eksempel at noen kommuner har en langt større andel eldre og eller av andre grunner en større andel av befolkningen med omfattende bistandsbehov.

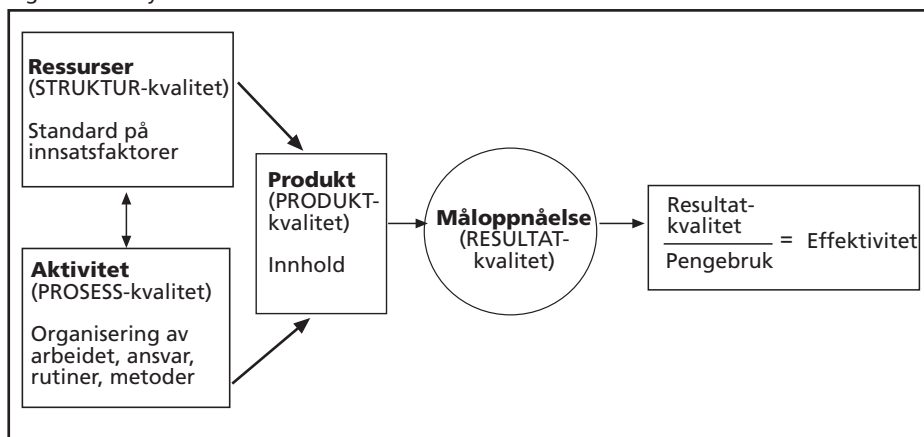
Med utgangspunkt i den endringen som har skjedd i retning av større bruk av åpen omsorg, er det et sentralt tema å se på hvilke sammenhenger vi kan finne mellom tjenesteorientering og kvalitet, og mellom tjenesteorientering og ressurseffektivitet. En viktig problemstilling knyttet til prosesskvalitet blir dermed hvilke kjennetegn ved den kommunale tjenesteinnretningen som er relevante å ta høyde for i analysen. Vi legger her til grunn en eksplorerende tilnærming til kommunal tjenesteorganisering, med ambisjon om å finne fram til et antall rendyrkede typologier – kommuner som ligger i yttergrensene av de dimensjonene som er identifisert. De typologiene som er utviklet for å analysere ressurseffektivitet, baserer seg på en kombinasjon av institusjonsorientering og dekningsgrader for ulike typer tjenester og befolkningsgrupper. En grundig redegjørelse av framgangsmåten for å komme fram til typologiene er presentert i kapittel tre.

Samtidig er det viktig å finne analytiske grep som gir rom for å studere samspill mellom de ulike dimensjonene i analysen. Til bruk i analysen av sammenhenger mellom tjenesteinnretning og kvalitet har vi valgt å bruke en enklere typologisering (heretter kalt typologi 2). Typologiseringen tar utgangspunkt i analysene og de teoretiske innsiktene presentert i kapittel tre og seks, som viser at grad av institusjonsorientering er et sentralt kjennetegn ved den kommunale tjenesteinnretningen, og at den og dekningsgrad er separate dimensjoner. Typologi 2 plasserer alle landets kommuner i en tre ganger tre-tabell, langs aksene institusjonsorientering og dekningsgrad. Det er tre hovedårsaker til at vi bruker typologi 2 i analysen av tjenestekvalitet. For det første gir typologi 2 mulighet til å plassere alle landets kommuner – mens bare rundt halvparten av kommunene lar seg plassere i typologi 1. For det andre ønsker vi å ta høyde for at kvaliteten ikke nødvendigvis er best i ytterpunktene av fordelingen. En godt utbygd omsorgstrapp – altså en kombinasjon av ulike typer tjenester – kan tenkes å gi bedre samlet kvalitet enn en ensidig satsing på enten åpen omsorg eller institusjonsplasser. Og for det tredje gir denne typologien mulighet til å presentere hvordan de ni ulike kombinasjonene av dekningsgrad og institusjonsorientering skårer på kvalitetsindikatorer, ressurseffektivitetsindikatoren, og på befolkningskjennetegn. Det gir noen flere muligheter til å studere sammenhenger mellom befolkningskjennetegn, dekningsgrader for ulike tjenester, økonomi og skåre på kvalitetsmål når vi anvender typologi 2.

4) Hvilke sammenhenger kan vi finne mellom kvalitet og ressurseffektivitet?

I den avsluttende analysen kombinerer vi de målene som er utviklet for henholdsvis kvalitet og ressurseffektivitet, og analyserer sammenhenger mellom dem. Funnene drøftes i lys av de sammenhengene vi identifiserer mellom struktur-, ressurs-, og resultat-kvalitet.

Figur 1.3 Analysemodell.



5) Hvilke drivere kan vi finne bak dreining i retning av åpen omsorg?

Gitt den klare endringen i retning av sterkere satsing på åpen omsorg, er det av selvstendig interesse å undersøke hva som driver denne utviklingen. Er det ideologiske overbevisninger om at en slik tjenesteinnretting gir bedre tjenestekvalitet – eller er det forventninger om at slik organisering skal gi bedre ressurseffektivitet? Og hvordan står disse oppfatningene seg i lys av våre funn om sammenhengene mellom organisering, ressurseffektivitet og kvalitet?

1.3 Metode og gjennomføring

I dette delkapitlet gjennomgår vi standard metodespørsmål og gjennomføring. De mer finurlige metodespørsmålene knyttet til mål på kvalitet, typologiseringen av tjenesteinnretninger og definisjonen av ressurseffektivitet, gjennomgås i teori- og begrepsutviklingskapitlene to, tre og fire.

Kvalitativ kartlegging

Vi har intervjuet informanter både på nasjonalt og lokalt nivå. Intervjuer er en effektiv metode for å skaffe seg dybdekunnskap om kvalitative forhold innenfor et felt. Ved å intervjuer ulike informanter får man ulike perspektiver på det samme fenomenet, og ved å samle sammen slike ulike biter av kunnskap vil man kunne danne seg et mer helhetlig bilde av det feltet man studerer (Rubin & Rubin 1995).

Vi har brukt både semistrukturerte⁴ individuelle intervjuer og semistrukturerte gruppeintervjuer. Gruppeintervjuer kan være dynamiske og godt egnet til å sette i gang tanker og prosesser hos deltakerne. Det kan være en utfordring ved gruppeintervjuer at enkelte informanter kan bli dominerende og framstå som meningsbærende for hele gruppen, slik at en ikke fanger opp ulike synspunkter eller eventuelle uenigheter og ulike måter å forstå ting på. Vi kan ikke utelukke at det har skjedd i noen av våre intervjuer, men inntrykket er at deltakerne i stor grad har sagt sin mening. I gruppeintervjuene framkom det ofte meningsforskjeller som bidro til diskusjoner, men også uttalelser som kunne høste bifall fra de øvrige i gruppen.

Under intervjuene, som for det meste har foregått ansikt til ansikt, har vi benyttet på forhånd utarbeidede intervjuguider. Disse intervjuguidene har fungert som en sjekkliste for intervjuene for å sikre at alle aktuelle temaer ble berørt i løpet av samtalene.

⁴ Et intervjuopplegg er strukturert når spørsmål og svaralternativer er formulert på forhånd. Opplegget er semistrukturert når en bruker en mer stikkordsmessig intervjuguide som eventuelt også åpner for ikke-planlagte spørsmål.

Caseutvalg og bruk av registerdata i delprosjekt

For å undersøke driverne bak overgang til større satsing på åpen omsorg, var det viktig at kommuner der det har foregått en bevegelse i retning av mer hjemmebaserte tjenester var godt representert – samtidig som det var viktig å få med kommuner som representerer en spredning i tjenesteinnretningen (målt ved våre typologier). I valg av casekommuner har vi også tatt hensyn til *størrelse*. Vi valgte å ta ut de minste og de største kommunene. De minste kommunene (færre enn 2000 innbyggere) er også holdt utenfor analysene som gjøres i kapittel tre, fire, seks og sju. Begrunnelser for dette er at det ofte er ufullstendige data på de minste. Det er redegjort for størrelsesvurderinger i kapittel seks. De største kommunene ble holdt utenfor av kapasitetshensyn.

Utvelgingen har dermed delvis skjedd med utgangspunkt i registerdata over kjennetegn ved kommunene, og delvis med utgangspunkt i forskerteamets tidligere kjennskap til kommunene. De kommunene som ble valgt ut, er Hurum, Jevnaker, Namsos, Nittedal, Nord-Aurdal, Nord-Fron, Os i Hordaland, Sola og Sula. Samlet har vi intervjuet 211 personer.

Det er gjennomført intervjuer (i 2012) og workshops (i 2014) i disse kommunene. Videre har vi analysert kvalitet og effektivitet ved hjelp av registerdataene. Registerdata som har vært benyttet, er hentet fra KOSTRA, IPLOS og Norsk Pasientregister (NPR). I tillegg har vi brukt data fra KMDs organisasjonsdatabase og en spørreundersøkelse gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. I forbindelse med utvelgelsen av de ni casekommunene har vi brukt tall fra 2009 og 2011. I analysene i kapittel 3,4,6 og 7 er tallene fra KOSTRA og IPLOS fra 2013. I regresjonsanalysene i kapittel 8 er tallene fra KOSTRA og NPR fra 2010 til 2014.

Tabell 1.2 Oversikt over de ni casekommunene.

Kommune	Antall innbyggere	Geografi	Antall informanter i casestudium
Sola	23300	Vestlandet	16
Os (i Hordaland)	17200	Vestlandet	27
Nittedal	21200	Østlandet	32
Sula	8100	Vestlandet	33
Nord-Aurdal	6400	Østlandet	10
Hurum	9200	Østlandet	26
Namsos	12900	Midt-Norge	34
Jevnaker	6300	Østlandet	22
Nord-Fron	5800	Østlandet	11

Gjennomføring

Dette er rapporteringen fra et større prosjekt, der delrapport 1 (Moland mfl. 2013) var ferdig i desember 2013. Arbeidet med del 2 startet våren 2012, med utvikling av kvalitetsindikatorer og typologier for tjenesteinnretning i tillegg til en møysommelig prosess med innhenting av registerdata (som skulle godkjennes av Helsedirektoratet, SSB, Datatilsynet og REK). Høsten 2012 og forsommeren 2013 gjennomførte vi de første besøkene hos casekommunene. Da ble det gjennomført intervjuer som omtalt over. Andre runde med besøk ble gjennomført ca. ett år senere. Disse ble gjennomført som workshops, der vi startet med å oppsummere resultatene fra forrige rundes intervjuer samtidig som vi presenterte den enkelte kommunes plassering på kvalitets-, kostnads- og tjenesteinnretningsindeksene. Under workshopen ga deltakerne tilbakemeldinger på dette. Deretter hadde vi fokusgruppesamtaler om utfordringer i tjenestene og om mulige forbedringsområder. Intervjuguide fra den første runden med casekommunebesøk er gjengitt i vedlegg på rapportens nettside.

1.4 Leserveiledning

I kapittel to drøftes kvalitetsbegrepet, og mulige operasjonaliseringer av kvalitet vurderes opp mot tilgjengelige data på kommunenivå. Dette resulterer i et utvalg av variabler som tas med i analysekapitlene sju og åtte. I kapittel tre presenteres det teoretiske og empiriske grunnlaget for utformingen av kommunetypologiene (typologi 1), mens kapittel fire beskriver og begrunner vårt mål for kostnadseffektivitet. I kapittel fem analyserer vi funnene fra casestudiene. Kapittel seks beskriver kommunetypologiene (typologi 1), og den store variasjonen i lokale løsninger dokumenteres. I kapittel sju analyseres ressurseffektiviteten i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, blant annet i lys av typologi 1. Rapportens sammenfattende analyse presenteres i kapittel åtte. Her trekker vi sammen trådene og studerer blant annet sammenhengene mellom kvalitet, ressurseffektivitet og tjenesteorganisering. I de avsluttende kommentarene i kapittel ni tar vi opp noen av rapportens hovedfunn – og noen av rapportens hovedutfordringer.

Rapporten er lang og til dels detaljrik – men det er lagt vekt på at det skal være mulig å lese hovedanalysen i kapittel åtte uten å sette seg spesielt nøye inn i alle de foregående kapitlene. Dessuten har vi laget et sammendrag, der hovedfunnene presenteres kapittel for kapittel. Sammendraget finner du som første del av kapittel ni, etterfulgt av en sammenfatning av rapportens funn.

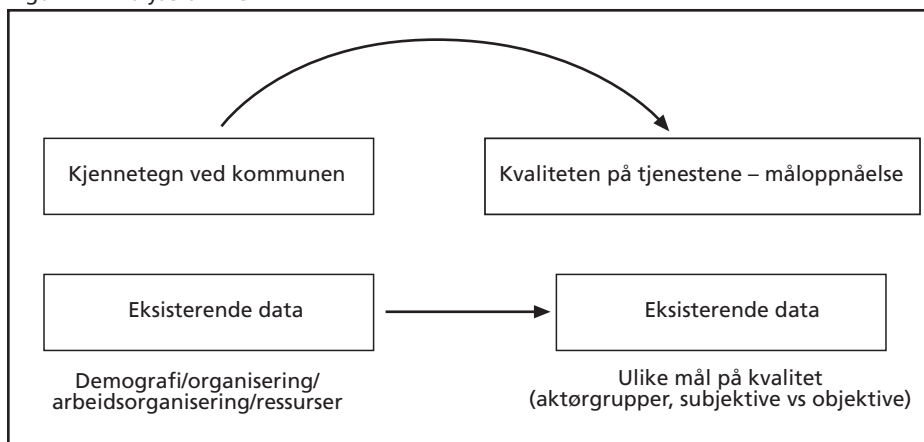
2 Kvalitet

Kvalitet er et vanskelig og et konfliktfylt begrep. Kvalitet brukes som noe etterstrebellesverdig i nær sagt enhver sammenheng der det argumenteres for en god sak. Ulike aktører har ulike måter for å definere og måle kvalitet og, ikke minst, ulike argumenter for hvorfor kvalitet er viktig.

Dette kapitlet har to deler. I del en skal vi gi en rask oversikt over diskusjonen knyttet til kvalitetsbegrepet i offentlig sektor og hvilke aktører som deltar i diskusjonen. Skillet mellom subjektiv og objektiv kvalitet er den gordiske knuten. Deretter ser vi på hvordan kvalitet omtales i et knippe offentlige dokumenter. Til slutt skisseres kort det vi kan kalle et offentlig kvalitetsgrep.

I del to presenterer vi den modellen som danner grunnlaget for analysen i kapittel åtte. Her er vi opptatt av hvilke kvalitetsindikatorer, hvilke variabler, som er tilgjengelig. Vi har valgt en konservativ tilnærming og tar utgangspunkt i kravet om høy datakvalitet koblet med så høy validitet som mulig. Det siste betyr selvsagt at vår analyse lett lar seg kritisere. Vi ønsker å vise et eksempel på hvordan en kvalitetsmåling kan gjennomføres, og videre: hvordan kan den gjennomføres innenfor de krav til datakvalitet som vi setter? Utgangspunktet er «Eksisterende nasjonale kvalitetsindikatorer – Mål og resultater på kvalitet i helse- og omsorgstjenesten»⁵. Vår analyseramme er vist i figur 2.1.

Figur 2.1 Analyseramme.



⁵ <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/kvalitetsindikatorer/eksisterende-nasjonale-kvalitetsindikatorer> Lesedato:28/1/14

Når vi drøfter og evaluerer kvaliteten i offentlige tjenester, må nødvendigvis offisielle mål og definisjoner på kvalitet tillegges stor vekt. Det betyr likevel ikke at ikke andre mål på kvalitet også kan og bør inngå, dersom det viser seg at offisielle definisjoner er utilstrekkelige og/eller i konflikt med for eksempel helsefaglige, samfunnsfaglige eller brukervurderte mål. Som vi skal se i det følgende, er ikke problemet først og fremst at mål og definisjoner er i konflikt med hverandre, men snarere de store utfordringene som ligger i å finne gode operasjonaliseringer av kvalitet – og mer enn noe annet mangel på gode og relevante data på kommunenivå.

2.1 Hva er kvalitet?

Det finnes nesten like mange kvalitetsmål som det finnes undersøkelser av kvalitet (Slagsvold 1995). Det er med andre ord behov for en avgrensning av kvalitetsbegrepet, samtidig som definisjonen må være vid nok til å favne de forholdene vi er ute etter å belyse.

Vi har valgt å dele vår framstilling inn i fem deler. Etter denne innledningen er vi opptatt av definisjoner av kvalitet før vi setter opp en oversikt over hvilke aktører som har betydning for hvordan definisjonen velges og brukes. Deretter ser vi på skillet mellom objektiv og subjektiv kvalitet. I fjerde del av avsnittet ser vi på de ulike rammene slik de framkommer i offentlige dokumenter og avtaler og vurderer hvorvidt de ulike perspektivene er ivaretatt i myndighetenes kvalitetsbegrep. I femte del ser vi på ulike kvalitetsmålinger.

En definisjon

«Kvalitet betyr beskaffenhet eller sammensetning, og kommer fra det latinske ordet *quali*» (Aasbrenn 2010:77). I Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2004:17) defineres kvalitet som «helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov». Norsk Standard⁶ definerer kvalitet slik: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav».

Definisjonen er altså todelt: fenomenet i seg selv (produktet eller tjenesten) og deretter fenomenets evne til å frambringe en effekt aktøren ønsker seg. Jo mer effekten er i tråd med aktørens ønsker, jo bedre kvalitet. Dette innebærer også at dersom effekten ikke er i tråd med aktørens ønsker, jo dårligere er kvaliteten. Det er dermed ingen klar eller automatisk sammenheng mellom ressursbruk og kvalitet. Eksempelvis vil en

⁶ Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000).

bruker uansett antall besøk fra hjemmetjenesten mene at kvaliteten på kommunens omsorgstilbud er dårlig fordi vedkommende ønsker seg en sykehjemsplass. Hvorvidt hjemmetjenesten i seg selv er god eller dårlig blir irrelevant. Eksemplet viser at hva man måler kvaliteten på, hvordan, i vårt tilfelle, tjenesten defineres, blir avgjørende.

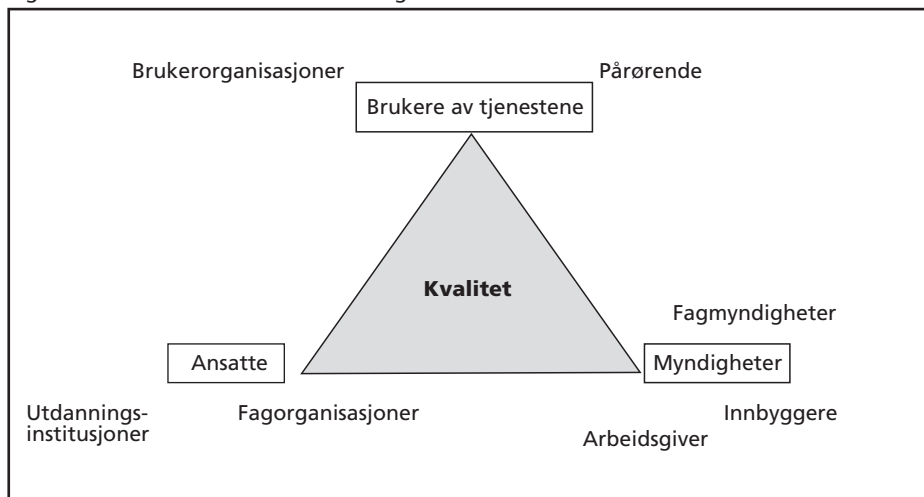
Denne todelte definisjonen av kvalitet, eller varianter av den, er mye brukt og danner også utgangspunktet for Stortingsmelding nr. 10 (2013-2013) God kvalitet – trygger tjenester.

Aktører

Skillet mellom tjenesten i seg selv og tjenestens effekt danner også utgangspunktet for våre analyser i kapittel åtte. Tjenestens effekt som god eller dårlig betyr at ulike aktører må stå helt sentralt i enhver kvalitetsmåling.

Kvalitet i offentlige tjenester angår oss alle, enten som ansvarlig for tjenesten, bruker (og pårørende) eller som potensiell bruker. Som statsborger, eller innbygger i kommunen, trenger jeg den trygghet å kunne regne med å bli ivarettatt på en god måte. De ulike grupper av aktører er satt opp i figur 2.2.

Figur 2.2 Aktører i en kvalitetsvurdering.



Hvem har legitimitet til å definere hva god kvalitet er? Dette er et viktig spørsmål i enhver tilnærming til hvordan offentlige oppgaver skal utformes. Kvalitetsdefinisjoner i helse og omsorg er særlig utfordrende, fordi kvaliteten måles opp mot minst tre ulike standarder: brukers preferanser, faglige krav og politiske målsettinger. Dette betyr at en tjeneste i henhold til faglige kriterier og lovverket kan defineres som god, selv om brukeren ikke oppfatter det slik.

Brukere, ansatte og myndighetene er de tre grupper av aktører vi er opptatt av. Hver aktørgruppe har fått sitt «bakland»; brukernes pårørende og brukernes organisasjoner er viktige. De ansatte har i utgangspunktet to roller; som arbeidstaker (den som utfører tjenestene på oppdrag av arbeidsgiver) og profesjon (med profesjonsetiske normer om en god tjeneste). Dette innebærer at vi må ta hensyn til utdanningsinstitusjonene som utviklere og bærere av faglig kvalitet, og vi må ta hensyn til de ansattes fagorganisasjoner. Et særtrekk ved fagorganisasjonene i offentlig sektor er nettopp forankringen i både et faglig eller profesjonsbasert fellesskap og et interessefellesskap som arbeidstaker.

Innenfor helse- og sosialområdet er det særlig kommunen som utgjør myndighetene. Kommunen har arbeidsgiverfunksjon og forholder seg dermed til KS. Videre må statlige fagmyndigheter komme inn i bildet; avveiningen mellom statlige krav og kommunal frihet til å utforme tjenester er viktig. Og ikke minst – til sjunde og sist er man avhengig av innbyggerens oppfatninger og tillit til at tjenestene utføres på en kvalitativt god måte – og at tjenestedeckningen er god nok. Innbyggere er både potensielle brukere og statsborgere.

Subjektiv, objektiv (og økonomisk) – og målbar kvalitet

Er kvalitet målbart? Dette spørsmålet er todelt. For det første, hvorvidt det er mulig å slå fast at noe har 100 prosent kvalitet, henger sammen med aktørenes forventninger. Et feilfritt produkt kan oppnå 100 prosent – fordi det ikke lover noe «mer». «Mer» vil alltid være med i diskusjonen om kvalitet i helse og omsorg.

Inndelingen i ulike aktørgrupper er nødvendig fordi kvalitet er et subjektivt mål. En ytterligere utfordring ved definisjoner og måling av kvalitet er at de ulike gruppene endrer sine oppfatninger av kvalitet i takt med økt kunnskap og nye muligheter. En politisk lovnad om enerom senker i seg selv kvaliteten på et tilbud i dobbeltrom.

Oppfatninger av hvilke virkemidler og løsninger som bidrar til god kvalitet og hva som er et rimelig kvalitetsnivå, er også i stadig endring. Selve behovene endrer seg dessuten over tid, og er forskjellige fra bruker til bruker.

Dette betyr likevel ikke at det ikke finnes noen objektive mål på tjenester. Hva som er objektivt i denne sammenhengen, er imidlertid et krevende spørsmål i seg selv. Både KS (Agenda Kaupang 2014) og regjeringen (St.meld. nr. 10 (2012-2013)) tar utgangspunkt i kvalitet som måloppnåelse, altså evne til å tilfredsstille krav eller behov. Hvis god helse og livskvalitet er målet for helse- og omsorgstjenestene, kan objektiv kvalitet defineres som tjenester utformet slik at de bidrar til at disse målene oppnås. Det kan handle om medisiner og sårbehandling, men også om for eksempel aktivisering og sosial kontakt. Men mens kvaliteten av medisiner og sårbehandling kan måles i medisinske termer, er kvaliteten på aktivisering og sosial kontakt gjerne vesentlig vanskeligere å måle. Kvalitetsmålingen blir i mye større grad forstyrret av at den subjektive opplevelsen av tjenestene har betydning for den objektive måloppnåelsen i form av økt

livskvalitet. Dette gjør at vi må være varsomme med hva slags konklusjoner vi trekker på grunnlag av objektivt målbare kjennetegn ved tjenestene. Hvorvidt man får hjelp til personlig hygiene, kan kartlegges objektivt, mens oppfatninger av hvor ofte man bør dusje, vil variere, og påvirke sammenhengen mellom dusjhypighet og livskvalitet. (En annen sak er selvsagt om den personlige hygienen blir så dårlig at det medfører økt infeksjonsfare – da er vi tilbake på mer objektivt målbare kvalitetsmål.)

Kvalitetsbegrepets to deler – kjennetegn ved tingen (tjenesten i seg selv) og tingens evne til å frambringe ønsket effekt, er relevant for skillet mellom objektiv og subjektiv kvalitet. Egenskapene kan måles objektivt i forhold til tjenestens egenskaper, men tjenestens evne til å frambringe effekt er subjektiv, fordi vurdering av effekten kommer an på hvilken effekt brukeren ønsker seg. Hjemmesykepleien kan eksempelvis være (objektiv) god dersom de medisinske behovene ivaretas, men dersom brukeren er ensom og primært ønsker seg besøk, blir selvsagt kvaliteten dårlig⁷.

Dette gir oss dermed to «klasser» av kvalitetsmål: egenskaper ved tjenestene og hvor vi bør bestrebe oss for å komme fram til objektive mål og frambrakt effekt – her vil aktørenes oppfatninger danne grunnlaget. Hvilken aktørgruppe som får forrang, blir dermed et sentralt spørsmål.

Økt brukerorientering

«Pasienter og brukernes behov skal stå i sentrum. Det er et tegn på god kvalitet.»
(Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester, side 8).

Offisielle kvalitetsstandarder kan være helt uavhengige av brukernes vurderinger av egne behov og kvalitetsvurderinger, men som sitatet over viser, er brukertilpasning en sentral bestanddel av politisk definert kvalitet.

I et politisk og administrativt perspektiv kan imidlertid i prinsippet tilstrekkelig kvalitet på tjenestene sies å foreligge når de er utført i henhold til de standarder som er fastsatt. Mange av kvalitetsstandardene vil være fastsatt i lovverk, forskrifter og veiledninger, og de kan være mer eller mindre spesifikke. Lovverket brukes delvis til å fastsette en arbeidsdeling mellom ulike myndighetsnivåer, og delvis til å pålegge tjenesteområdene konkrete kvalitetsstandarder.

Arbeidet med kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten er tuftet på en rekke lover og forskrifter, strategidokumenter og rundskriv. Også avtale mellom parter (eksempelvis Helsedepartementet og KS) inngår. Sentrale dokumenter er:

⁷ Eksemplet kan lett kritiseres, hva som er forsvarlig medisinsk pleie kan også brukes som eksempel på en subjektiv oppfatning. Likevel, det er mulig å sette objektive (medisinske) mål på eksempelvis pleie av liggesår. Hvorvidt brukeren primært ønsker medisinsk pleie eller selskap, må være subjektivt.

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om Helsepersonell
- Forskrift om rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgssektoren
- En rekke veiledere fra Helsedirektoratet
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005)
- Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020
- Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester, Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten
- Meld. St. 11 (2014-2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013)⁸
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet eller helhet
- St.meld. nr. 8 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene
- St.meld. nr. 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet.

Disse dokumentene sier ikke så mye om valg av konkrete løsninger, men derimot hvilke tjenester som skal komme ut av organisasjonsvalgene til den enkelte kommune. Med de ulike lover og forskrifter følger også anvisninger og krav til utvikling av planer, rutiner, kompetanse, bruker- og pårørendemedvirkning og kvalitetsnivå.

Som et utgangspunkt kan vi gå til lov om helse og sosialtjenester §3. Her finner vi de grunnleggende kravene til kommunene:

- «• 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

⁸ Regjeringen fremmet i desember 2014 den første årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen gir en overordnet beskrivelse av status og utfordringer innen kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, slik det kommer til uttrykk i årsrapportene fra Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn og Norsk pasientskadeerstatning i 2013. I tillegg er resultater fra Kunnskapssenterets meldeordning, sluttrapport fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og resultater fra nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer inkludert. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/kvalitet/id536789/>

samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.»

Målsettingen innebærer altså at vi alle – som innbyggere i en kommune – får nødvendige tjenester uavhengig av hvilke behov vi har. Og videre – kommunen plikter å oppfylle de krav som settes på nasjonalt nivå.

Stortingsmelding nr. 10 (2013-2013) tar utgangspunkt i at kvalitet kan forstås som «i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav», det er altså tjenestens effekt som framheves. Stortingsmeldingen sier så at «det sentrale poenget i denne definisjonen er at kvalitet handler om forholdet mellom hva som faktisk ytes og hva som kreves eller forventes. For pasienten eller brukerens opplevelse av kvalitet er det ikke bare hvilken tjeneste som leveres som har betydning, men også hvilke krav og forventninger de har til tjenesten. 'Krav' er angitte behov eller forventning som vanligvis er underforstått eller obligatorisk.» (Meld. St. 10:11, 48)

Krav kan imidlertid ikke bare baseres på subjektive forventninger. De må også relateres til faglige kvalitetskrav og de krav myndighetene har satt til kvalitet. I og med at brukerforventningene varierer, vil de faglige og politiske kvalitetskravene kunne være både høyere og lavere enn brukers oppfatninger av kvalitet. Med dette legger myndighetene seg på et individ- og tjenesteorientert (kasuistisk) kvalitetsbegrep som favner både subjektive og objektive kriterier. Kvalitet er noe som oppleves og praktiseres av mennesker i konkrete situasjoner.

Både i stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) og i nr. 11 (2014-2015) støtter man seg på Sosial- og helsedirektoratets (SHdir) strategi for kvalitetsforbedring fra 2005. Vi siterer (nr. 11 (2014-2015):25):

«Rammeverket for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem beskriver metode og prosess for å publisere, utvikle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer og bygger på kvalitetsstrategien (til SHdir, vår anmerkning) som beskriver seks dimensjoner ved en helsetjeneste av god kvalitet:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte»

Det siste punktet over understrekes i Meld. St. 10 (2012–2013)) side 13, der det heter at god kvalitet forutsetter rettferdig fordeling og at alle har likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon. Skal en få til rettferdig fordeling, er ikke løsningen at alle tilbud er tilgjengelig for alle. Løsningen ligger i at den enkelte kommune har et spekter av tjenestemuligheter som tilbys etter en behovsvurdering.

Brukerorientering og hjemmetjenester

Både Meld. St. 10 (2012-2013) og Meld. St. 26 (2014-15) forsterker betydningen av brukermedvirkning. I den siste meldingen er brukermedvirkning også supplert med begrepet brukerstyring. I regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 (Omsorg 2020:10) sies det at brukerinvolveringen kan skje på minst tre nivå:

- «• Individuelt i forhold til innflytelse over egen livssituasjon og tjenestetilbud
- På gruppenivå i forhold til å møte, dele erfaringer og stå sammen med andre i samme situasjon
- På kommune- og samfunnsnivå gjennom pasient- og brukerrepresentasjon.»

Den økende vektleggingen av brukeropplevd kvalitet er kanskje den største pågående endringen i holdninger til kvalitet i pleie- og omsorgssektoren. Begrunnelsene for å vektlegge brukerretting og brukermedvirkning er ofte todelt: På den ene siden en holdning om at brukerne har en demokratisk rett til innflytelse på forhold som gjelder dem selv. Som det heter i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg:

«Aktivering og hjelp til selvhjelp kan bidra til kvalitativt bedre resultater for brukerne og bedre utnyttelse av samfunnets samlede ressurser. Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene har i for liten grad lagt vekt på hvilke muligheter brukerne selv har til å delta i planlegging og produksjon av tjenesteytingen og aktivt bidra til å gjenopprette eller forbedre sitt funksjonsnivå. Regjeringen vil vektlegge aktivitet, deltakelse og mestring som helt sentrale elementer i utviklingen av framtidens helse- og omsorgstjenester. Det er derfor viktig å fremme og forsterke brukernes medborger- og medvirkningsansvar og den enkeltes muligheter og ressurser til selv å påvirke eget liv og egen helse.»

På den andre siden er dette etter hvert blitt en del av effektiviseringsprosjektet i offentlig sektor for å få økt tilbakemelding fra brukerne på tjenestenes utforming, kvalitet og treffsikkerhet. Tjenestene skal i større grad tilpasses brukerens subjektive ønsker innenfor rammen av hva som er en faglig begrunnet og bærekraftig tjeneste. En kreftpasient ønsker kanskje å dø på sykehus, en annen hjemme. Er kommunen i så fall fleksibel nok til å flytte om på ressursene, slik at den som ønsker å få avslutte livet hjemme slipper å måtte legges inn på sykehus?

Et annet viktig utviklingstrekk er vekten på hjemmebasert omsorg. Både myndigheter og forskere legger vekt på at helse- og omsorgstjenestene skal være innrettet slik at bruker kan bo lengst mulig hjemme. I St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer, slås det fast at «Det har skjedd en nedbygging av segregert særomsorg og institusjoner til fordel for integrerte hjemmebaserte tjenestetilbud og nye boformer i nærmiljøet» (side 9). Dette siste er viktig, fordi som det sies videre: «Den hjemmebaserte omsorgen har i betydelig grad

utviklet seg til å bli omsorg som ytes i tilpassede omsorgsboliger... Omsorgsboliger med hjemmesykepleie og hjemmetjenester benyttes også i betydelig omfang til eldre med omfattende hjelpebehov, både som supplement og alternativ til institusjonsomsorg» (side 16). Det å bo hjemme, selv om «hjemme» er flytting til en omsorgsbolig, har altså verdi i seg selv.

Et utvalg løsninger

Det er utviklet en rekke ulike oppsett for kvalitetsmåling av offentlig virksomhet både internasjonal og nasjonalt. Forskningslitteraturen er omfattende, og ingen oppsett slipper unna betydelig kritikk. Et fellestrekk er uenigheter om hvem man skal spørre og hva man skal spørre om, med andre ord vanskeligheter med å skille mellom og definere subjektiv og objektiv kvalitet.

Brukerundersøkelser

Brukerperspektiv er ingen enhetlig eller enkel observerbar størrelse. Ofte er det forskeres operasjonaliseringer og datainnsamlinger som ligger til grunn for presentasjoner av brukerperspektiver.

Den brukeropplevde kvaliteten er subjektiv. Den kan måles gjennom brukerundersøkelser og ved observasjon av brukertilfredshet, livsutfoldelse mv. Slike undersøkelser tar gjerne utgangspunkt i noen på forhånd definerte kvalitetsdimensjoner. Dermed kan utformingen av undersøkelsene bli nokså styrende for hva de kan si noe om. Brukerundersøkelser er sårbare for en rekke metodiske utfordringer. Brukernes holdning og forventninger vil ofte være knyttet til deres grad av tilfredshet. Dermed vil høy skåre på brukertilfredshet ikke nødvendigvis være en garanti for at tjenesten rent objektivt har vært av høy kvalitet.

Bjurstrøm (2015:7) gir en god oppsummering av dilemmaet når han skriver at «Sammenhengen mellom kvalitet og tilfredshet er kompleks. De færreste brukere og innbyggere har faglige forutsetninger for å vurdere kvalitet. Samtidig har de aller fleste en opplevelse av kvaliteten ved tjenesten som ikke trenger å være basert på faglige kriterier». Bjurstrøm (2015:9) argumenter for at, til tross for en rekke svakheter, er analyser av innbyggernes tilfredshet viktig fordi vi alle er potensielle brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester: «En vet aldri når vi kan få bruk for disse tjenestene. Det gir derfor en trygghet i å oppleve disse tjenestene som gode. Samtidig finansieres tjenestene av skatter og avgifter fra befolkningen og det er prinsipielt viktig at innbyggerne er fornøyd med det de er med på å finansiere».

Subjektive eller objektive mål

Også her er det lett å finne motstridende synspunkter. Eksempelvis går Fürst og Høverstad (2004) langt i sin kritikk av subjektive kvalitetsmål og går inn for mål som

lar seg operasjonalisere i henhold til data som kan tas ut i KOSTRA. Rolland (2005:14) kritiserer at ekspertdefinert kvalitet skal veie tyngre enn brukerdefinert kvalitet og tar til orde for at KOSTRA må suppleres med nasjonale bruker- og innbyggerundersøkelser. Dette underbygges ved å vise til at dagens brukere har høy kompetanse og ikke slår seg til ro med at myndigheter og eksperter vet hva som er best for dem:

«I KOSTRA blir retten til å avgjøre hva som er kvalitet, forbeholdt KOSTRAs arbeidsgrupper, som består av eksperter på de ulike typer velferdsproduksjon og på produksjon av statistikk om denne. Begrunnelsen er at statistikken må være objektiv, og at det er så vanskelig å fange inn og forholde seg til brukernes subjektive kvalitetsoppfatninger.»

I vår analyse (se nedenfor) deler vi likevel inn i objektive og subjektive mål. Utgangspunktet vårt er de fire kvalitetsdimensjonene innarbeidet i KOSTRA. De er beskrevet slik (SØF 2012:13):

- «• Strukturkvalitet omfatter forhold som kan knyttes til institusjonen (strukturen) som produserer tjenesten, og defineres ved den standard som finnes på innsatsfaktorene. Dette er for eksempel økonomiske rammebetingelser, personalets kompetanse og utdanning.
- Prosesskvalitet er knyttet til produksjonsprosessene, og defineres som den smidighet og effektivitet som ligger til grunn for tjenesteproduksjonen. Det kan dreie seg om organiseringen av arbeidet, oversiktlige rutiner, metodebruk og klare ansvarsforhold.
- Produktkvalitet er egenskaper ved tjenesten som er viktig for brukeren, og defineres ved tjenestens innhold og service.
- Resultatkvalitet er den virkning eller det resultat leveransen av tjenesten har for brukeren. Resultatkvalitet defineres gjerne ved den behovsdekningen som er oppnådd ved hjelp av tjenesten.»

Denne inndelingen brukes en rekke steder, men har også vært gjenstand for kritikk. Struktur- og prosesskvalitetsmålene er ment å fange opp forutsetninger for å sikre god tjenestekvalitet. Det er imidlertid ikke alltid like klart om høy skåre på struktur- og prosesskvalitet leder til høy skåre på resultatkvalitet (Paulsen mfl. 2004). Også SØF (2012) og Furst og Høverstad (2004) påpeker at det er vanskelig å dokumentere at strukturkvalitet har effekt på resultatkvaliteten som kommer bruker til gode.

2.2 Oppsett til en modell

På bakgrunn av denne gjennomgangen skal vi nå drøfte vår egen analytiske modell og utgangspunktet for denne. Vi ser først på kvalitetsmåling som evaluering og presenterer deretter modellen. Videre kommenterer vi de variablene vi skulle ønske var tilgjengelige. Deretter presenterer vi de variablene som skal være med videre i vår analyse, og argumenter for hvorfor disse gir viktig informasjon. Kapitlet avsluttes med en rask oversikt over de analyser som presenteres i kapittel åtte.

Kvalitetsmåling som evaluering

KS kaller de fire kvalitetsdimensjonene for «objektive kvalitetskriterier»; vi skal imidlertid benytte en litt annen tolkning. Vår modell tar utgangspunkt i skillet mellom tjenestens egenskap og tjenestens effekt. De fire dimensjonene befinner seg på ulike nivåer. Produkt- og resultat kvalitet er målsettinger i seg selv og viser tilbake til dette skillet: resultat kvaliteten er tjenestens effekt og produkt kvaliteten tjenestens egenskaper. En viktig del av effekten er også at det er nok av den, vi krever altså tilstrekkelig effekt.

Struktur kvalitet handler om hvilke ressurser tilbyderen har til rådighet, mens prosessorganisering viser til hvordan tjenesten tilbys, det vil si hvordan de gjør det. Produkt kvaliteten viser til egenskaper ved tjenesten i seg selv. Disse egenskapene bør kunne måles ved objektive kriterier, eksempelvis liggesår i sykehjem, næringsinnhold i maten i hjemmehjelptjenesten, aktivitetstilbud for pensjonister osv.⁹

Ulike aktører og ulike aktørgrupper vil ha mer eller mindre sammenfallende ønsker om hvilken effekt tjenesten skal ha, dette gjør resultat kvaliteten subjektiv. En eldre dame vil føle seg trygg, de pårørende ønsker tjenester som forlenger livet hennes, kommunestyret vil ha innsparingspotensial og de ansatte er opptatt av at tjenesten ikke skal øke arbeidsintensiteten.

Vi tar utgangspunkt i Schumans (1967) evalueringsmodell. Han argumenterer for at evaluering særlig bør dreie seg om fire ulike faktorer:

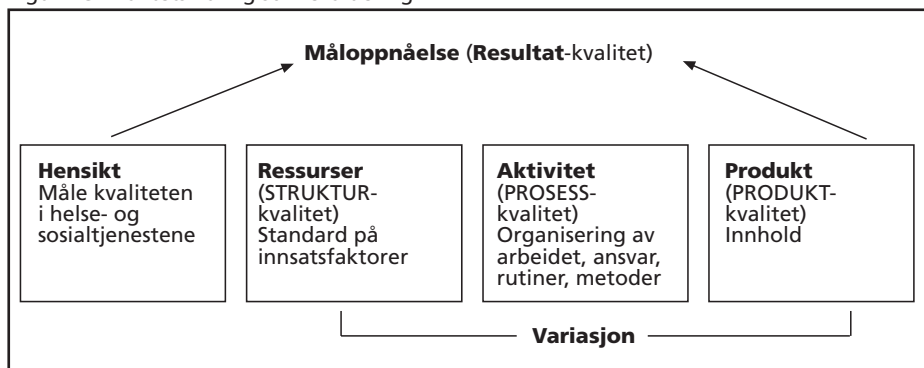
1. Innsats: Hvilke ressurser er satt inn, og i hvilket omfang?
2. Effekt: Resultatet av innsatsen
3. Prosessen: Hvordan ble resultatet oppnådd?
4. Effektivitet: Hvordan står resultatene i forhold til innsatsen?

I figur 2.3 har vi satt de ulike delene i Schumans modell sammen med de fire formene for kvalitet. «Variasjon» viser til det vi gjerne kaller for bakgrunnsvariablene, og i

⁹ Vår påstand vil være at uansett hvilke kriterier som settes opp som objektive, vil de *egentlig* kunne betraktes som subjektive. Denne diskusjonen kommer man aldri unna.

en evaluering av kommuner vil det ganske enkelt si at det er viktig å ta hensyn til at situasjonen i kommunene varierer både med hensyn til geografi, befolknings sammensetning, næringsstruktur osv.

Figur 2.3 Kvalitetsmåling som evaluering.



Modellen har to trinn, der trinn 1 fokuserer på forholdet mellom de ressursene som settes inn og som sammen med aktivitetene resulterer i produktkvalitet (eller altså innholdet eller egenskaper ved tjenesten). I neste trinn er søkelyset rettet mot forholdet mellom produktkvalitet og måloppnåelse (resultatkvaliteten). Resultatkvalitet framkommer når produktet frambringer den rette effekten. Her er det selvsagt et spørsmål om hvilke(n) aktørgruppe vi spør, slik vi var inne på tidligere. Brukere kan ønske seg en annen effekt enn myndigheter og ansatte.

Struktur- og prosesskvalitet er virkemidler for å oppnå produktkvalitet. Resultatkvaliteten – tjenestekvaliteten – er knyttet til tjenestenes evne til å oppnå målet for tjenestene, etter myndighetenes definisjon på god (eller best mulig) helse og livskvalitet.

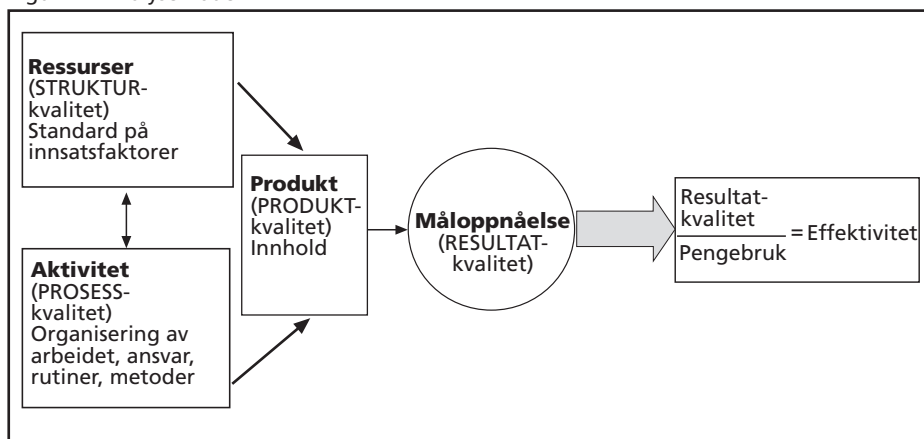
Definisjoner av hva som er (og fører til) god helse og livskvalitet, er som tidligere beskrevet en nokså komplisert blanding av objektive og subjektive vurderinger. Resultatet – i betydningen befolkningens tilgang på gode tjenester – er dessuten knyttet ikke bare til kvalitet, men også til effektivitet og ressurstilgang: tjenestene må være gode, og det må være nok av dem. Det hjelper lite om tjenestene er knallgode dersom kun et lite fåtall av de som har behov, faktisk får tjenesten. Hva som er nok i denne sammenheng er selvsagt et svært krevende spørsmål å besvare. Vi trenger heldigvis ikke besvare dette spørsmålet her, det er tilstrekkelig å påpeke at kvaliteten på tjenester sett fra brukernes ståsted ikke kun handler om selve tjenestene, men også om tilgangen til dem.

Resultatkvalitet og effektivitet

Før vi går videre og utdypet potensielle måter å vurdere de ulike kvalitetsdimensjonene på, må vi tilbake til Schumans (1967) punkt om effektivitet. Vi definerer ressurs-effektivitet som hvor mye kvalitet som produseres per krone – operasjonalisert som

kostnader per bruker, justert for bistandsbehov (se også kap. 4). Innsatsfaktorene (eller altså strukturkvalitet, slik vi har definert det) handler om forhold som arbeidskraft, fagkompetanse, tilgang på nødvendig utstyr og bygninger osv, men sier i seg selv ingenting om effektivitet. Kvalitet er altså forbundet med økonomi i form av tilgang på ressurser, men hva som er god kvalitet kan vurderes uavhengig av hvor mye ressurser som er satt inn. Ressurseffektiviteten kommer inn som tredje og siste ledd i modellen, som vist i figur 2.4.

Figur 2.4 Analysemodell.



Effektiviteten framkommer ved å la resultat kvaliteten møte den «økonomiske virkelighet», eller sagt på en annen måte: en evaluering av helse- og sosialtjenester må også kunne gi innspill til spørsmålet om «hvor mye kvalitet koster».

Fafos analysemodell

Vårt oppsett gir dermed to overordnede kvalitetsmål: resultatet og produktet. God produktkvalitet gir god resultatkvalitet dersom det er nok av tjenesten, eller sagt på en annen måte, at det har den ønskede effekt. De ulike aktørgruppene vil kunne ha ulike vurderinger av begge målene, altså både av hva som er gode effekter og hva som er et tilstrekkelig tilbud av tjenestene. Dette er den subjektive kvalitetsvurderingen.

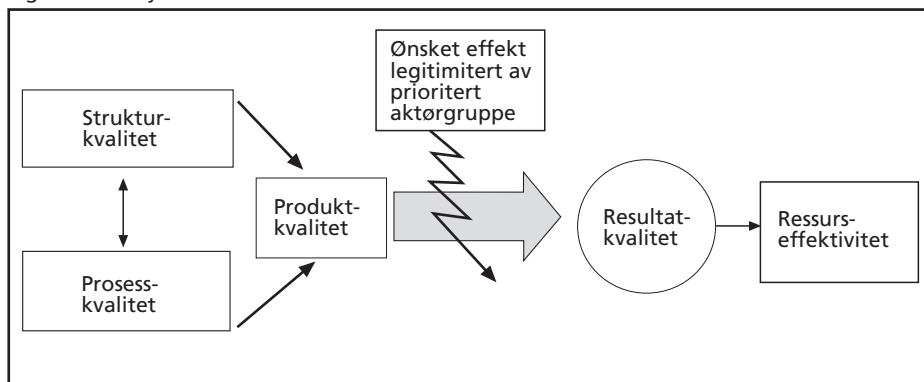
Vi har vært opptatt av tre aktørgrupper; brukere, ansatte og myndigheter. I en vurdering av kvaliteten i offentlige tjenester må nødvendigvis myndighetenes vurdering av effekt være avgjørende, men i diskusjonen om hva god kvalitet er og hvilke variabler som kan og bør inngå i en kvalitetsmåling er de andre gruppene også viktige.

Sett fra et ansattperspektiv kan vi si at effekten av en tjeneste skal være at den produserer gode arbeidsvilkår, eller med andre ord interessante arbeidsoppgaver, som foruten å ta vare på de ansattes fysiske arbeidsmiljø, også skal bidra til personlig ut-

vikling i tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser og rettigheter og plikter fastsatt i de ulike kollektivavtalene. Kvaliteten på arbeidet må dermed også kunne ses på som resultat-kvalitet, og ikke bare som en innsatsfaktor i gruppen for ulike mål på struktur-kvaliteten. For å si det enkelt: kan en tjeneste ha god kvalitet dersom det innebærer brudd på arbeidsmiljøloven?

Hovedtrekkene i vårt metodiske opplegg framstilles i figur 2.5.

Figur 2.5 Analysemodell med aktører.



Det overordnede ønsket, eller hensikten, er å forsøke å måle kvaliteten i helse- og sosialtjenestene i norske kommuner. Ulike variabler må «puttes inn» i boksene og presenteres for de ulike aktørgruppene, slik at et ønsket mål på resultat-kvaliteten kan frambringes. Deretter må tjenestene måles mot kostnadene, slik at ressurseffektivitet kan tas hensyn til.

I en ideell verden

Ideelt sett skulle vi nå etablere indekser for de ulike kvalitetstypene, slik at vi fikk robuste mål. Deretter må vi vite hvilken aktørgruppe som prioriteres høyest, slik at deres vurdering kan telle mest når resultat-kvaliteten skal vurderes. Bruk av indekser vil tillate oss å ta hensyn til en rekke ulike sider ved de ulike kvalitetene.

Dette ønsket støter raskt på utfordringer. For det første er det begrenset hvilke variabler som er tilgjengelige og av en slik innretning at det er metodisk forsvarlig å etablere indekser. Dernest er det en vanskelig oppgave å plassere de ulike variablene. Resultat-kvaliteten er sterkt påvirket av subjektive vurderinger, og ikke direkte målbar gjennom administrativt innhentede data. Det vi derimot i teorien kan måle gjennom administrativt innhentede data, er:

- a) tilgjengeligheten av tjenester (ulike mål på tilgang og bruk),
- b) ressursbruken,
- c) resultater hos tjenestemottakere. Her vil helsemål være mest aktuelt, siden mål på livskvalitet er vanskeligere å innhente fra administrative data, og gode brukerdata ikke er tilgjengelige,
- d) kjennetegn ved innsatsfaktorene (indikatorer på strukturkvaliteten), og
- e) kjennetegn ved organisering av tjenestene (indikatorer på prosesskvalitet).

For det tredje, mange variabler kan med gode grunner plasseres i flere kategorier. Det er altså en stor utfordring å etablere gjensidig utelukkende indikatorer på de ulike kvalitetstypene uten gode kausale forklaringer. Noe av dette kan løses ved å se på endring framfor mengde. For å ta et eksempel: hvor mange fysioterapeuttimer kommunen har tilgjengelig, kan være både en innsatsfaktor (strukturkvalitet) og en måte å organisere på. Prioritering av fysioterapi opp mot andre tiltak og fordeling av timer vil handle om hvordan tjenesten organiseres. Ser vi på økning i antall timer fra et år til et annet, blir spørsmålet om prioritering klarere, antall timer tilgjengelig (innsatsen) blir mindre viktig.

I tabell 2.1 (på neste side) har vi sett bort fra utfordringer og gir eksempler på variabler vi skulle ønske var tilgjengelige i en form som muliggjorde våre metodiske ambisjoner.

Tabell 2.1 Ønskeliste indikatorer for tilstand i kommunen.

Indikator på	Nivåer/gruppe av variabler	Eksempler
Variasjon (bakgrunnsvariabler)	Demografi Næringsstruktur Geografi Politikk	Antall eldre over 80 år, helsetilstand i befolkningen, andel innvandrere Arbeidsplasser og arbeidsløshet Avstand til sentrum, spredt eller konsentrert bosetting Valgdata
Strukturkvalitet	Materielle Økonomiske Menneskelige	Bygninger, utstyr, kommunale biler Kommunens utgifter og inntekter, langsiktige økonomiske situasjon, forholdet mellom faste og frie inntekter og faste og valgte utgifter Tilgang på utdannet arbeidskraft og ulike profesjoner Tilgang på frivillige (altså besøksvenner osv) og frivilliges organisasjoner Heltids-/deltidsstillinger
Prosesskvalitet	Nasjonale retningslinjer Politiske valg i kommunen/ overordnet organisering av tjenestetilbudet Organisering av arbeidet Definisjoner av behov	Lokale tolkninger og forståelser Organisering («timeglassmodell»), bruk av bestiller/utfører-modell, privatisering, konkurranseutsetting og anbud, institusjons- eller hjemmetjenesteorientering Organisasjonsmodeller, videreutdanning og systemer for læring, fornyelsesgrad og bruk av ulike metoder for pleie og behandling Kriterier for tildeling av tjenester
Produktkvalitet	Medisinske Psykologiske Mengde og omfang Avviksmål	Liggesår, infeksjoner, medisinbruk Trivsel og livskvalitet Hvem får og hvor mye Registrering og bruk av avviksmeldinger*
Resultatkvalitet	Aktørgruppers oppfatning Brukere og deres pårørende Politikere og deres velgere Ansatte og deres organisasjoner og kunnskapsprodusenter	Brukerundersøkelser Revisjoner, innbyggertilfredshetsundersøkelser Arbeidsmiljøundersøkelser
Ressurseffektivitet	Utgifter per tjenestemottaker Ulike tjenestemottakere	Modeller og regnemetoder

* Vi er i liten grad opptatt av avviksmeldinger som metode for å måle kvalitet, men vil bare minne om at det er etablert et omfattende system og at det er lite systematisk kunnskap om hvordan slike meldinger kartlegges og brukes i planlegging av videre arbeid (se eksempelvis Hagen (2010) for manglende bruk av meldinger om vold og trusler mot ansatte i helse- og sosialsektoren). Utfordringen er selvsagt at avvik bare kan måles mot en forhåndsdefinert kvalitet.

Fafos valg av variabler

Ideelt sett skulle variablene være slik at vi kunne konstruere en indeks for et mer robust mål som gjorde det enkelt å sammenlikne kvalitet mellom kommuner og/eller typologier av kommuner, men det er ikke mulig. I dette avsnittet skal vi presentere de

variablene vi har vurdert til å være egnet til analysen – her har vi altså tatt utgangspunkt i datakvaliteten og ikke minst at vi skal ha svar fra et tilstrekkelig antall kommuner.

I figur 2.3 har vi satt inn stikkordet variasjon, men denne er av plasshensyn tatt ut i figur 2.5. Variasjon viser til de bakgrunnsvariabler som en god kvalitetsmåling må ta hensyn til. Vi tenker altså på forhold som demokrati, næringsstruktur, geografi, antall ansatte, alderssammensetning osv. Vi har bare hatt en håndfull av disse variablene tilgjengelig, og i kapittel åtte bruker vi:

- Antall innbyggere
- Antall innbyggere over 67 år
- Antall innbyggere over 80 år
- Reiseavstand til kommunesenter
- Dødelighet
- Andel aleneboende over 80 år

Antall innbyggere totalt og over henholdsvis 67 og 80 år er viktig som mål på behovet for tjenestene. Reiseavstand til kommunesenter kan tenkes å innvirke på innretningen av tjenestene, spredt befolkning gjør hjemmetjenester forholdsvis dyrere. Dødelighet er satt opp som en bakgrunnsvariabel eller et mål for helsetilstanden i kommunen. Dødelighet kunne vært brukt som et mål for effekten av tjenestene, men dette er etter vår oppfatning et feil valg, fordi vi har liten tro på at dødelighet sier noe substansielt om tjenestene. Også bruken av «andel aleneboende over 80 år» som bakgrunnsvariabel kan diskuteres, og påvirkes åpenbart av antall institusjonsplasser i kommunen. Vi velger likevel å se på også denne variabelen som et mål på helsetilstand i kommunen.

Strukturvariabler – ressurser

Dette dreier seg om hvilke innsatsfaktor som settes inn, hvilke ressurser kommunene har til rådighet til sine helse- og sosialtjenester. I utgangspunktet ønsket vi å kunne skille mellom materielle mål (tilgang på utstyr – fra bygninger til bøker til utlån i sykehjem), økonomiske mål på kommunenes muligheter, og menneskelige ressurser som tilgang på utdannet personale, heltids- og deltidsansettelse og ulike yrkesgrupper. Våre variabler er:

- Frie inntekter per innbygger
- Langsiktig gjeld per innbygger
- Utgifter til pleie og omsorg – andel av kommunens budsjett
- Andel med fagutdanning
- Andel med fagutdanning U&H

Vi har ingen variabler på materielle mål. Vi har valgt tre ulike økonomiske mål: hvor stor andel av kommunenes budsjett går til pleie og omsorg, hvor store frie inntekter får kommunen, og hvor stor er den langsiktige gjelden. De tre variablene viser dermed til både hvor høyt kommunen prioriterer tjenesten og hvilket handlingsrom man har. Samtidig vil det nok være en sammenheng mellom andel eldre og andel av kommunebudsjettet. Vi må også ha i bakhodet at tildelingen av frie midler påvirkes av både geografi og befolknings sammensetning.

Som mål på menneskelige ressurser har vi dessverre bare tilgang på de ansattes utdanning. Vi ser på total andel utdanning, og vi ser spesielt på utdanning på universitets og høgskolenivå. Den første variabelen gir oss et inntrykk av hvor mange ufaglærte som jobber i sektoren, mens det neste i stor grad dreier seg om hvor mange sykepleiere vi finner. Antall leger er lavt.

Prosessvariabler – organisering

Her er vi på jakt etter variabler som kan hjelpe oss å forstå hvordan kommunene organiserer sine tjenester. Her er det åpenbart en utfordring å velge ut variabler – fra overordnet kommuneorganisering ned til arbeidet på det enkelte sykehjem og besøk fra hjemmetjenesten, eller med andre ord organisering på henholdsvis nasjonalt nivå, kommunalt nivå, sektor, arbeidsplass og relasjon mellom bruker og ansatt. Også kontinuerlig opplæring og forbedring er svært viktig. Våre variabler er imidlertid bare:

- Institusjonsorientering
- Lege – timer per institusjonsboer
- Fysioterapeut – timer per institusjonsboer
- Tilpassede enerom
- Skjermede plasser for demente

Som mål på overordnet orientering har vi valgt å se på det vi kaller institusjonsorientering. Innretningen mellom institusjon versus hjemmebaserte tjenester er og har vært en grunnleggende debatt i Norge så vel som internasjonalt. Økt vekt på hjemmetjenester har vært en målsetting for svært mange. Vi måler institusjonsorientering ved å se på institusjonsbeboere som andel av institusjonsbeboere pluss brukere 80 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Målet er valgt ved å ta utgangspunkt i alle med et behov (definert gjennom uttrykket «omfattende behov») og så altså se hvilken behandling som tilbys (institusjon eller hjemmebasert).

Men vi har altså ikke valgt å ta inn variabler knyttet til annen overordnet organisering av tjenestene, eksempelvis konkurranseutsetting eller fritt brukervalg.

Det kan være en utfordring å skille mellom ulike kvalitetstyper og bestemme hvilken type den enkelte variabel egentlig indikerer. Vi har valgt å se på hvordan kommunen

bruker sine ressurser som en organisasjonsvariabel, selv om det også kan argumenteres for at dette er innsatsfaktorer. Vi ser på lege- og fysioterapeuttimer per beboer i institusjon, samt antall (behovs)tilpassede enerom, og vi ser på hvorvidt man har prioritert å bygge skjermede plasser for demente.

Produktet

Produktkvaliteten viser til egenskaper ved tjenesten i seg selv. Her kan vi skille mellom medisinske mål (som sårbehandling eller infeksjonsfare på institusjonene) og mer psykologiske faktorer, som trivsel. Aktivitetstilbud kunne vært et annet mål. Men, vi har ingen slike variabler tilgjengelig og har valgt å bruke reinnleggelser av somatiske pasienter som vår indikator. Reinnleggelser innebærer at en bruker må tilbake til sykehus etter å ha blitt overlatt til kommunen. Eller sagt på en annen måte: den tjenesten kommunen tilbyr er ikke god nok i forhold til de behov brukeren har. Målet har åpenbart sine begrensninger: noen ganger er reinnleggelse medisinsk nødvendig, og manglende reinnleggelse vil da kunne indikere dårlig kvalitet på kommunale pleietjenester.

Resultatkvalitet

Det er utfordrende å skille mellom produktkvalitet og resultatkvalitet. Vi har definert resultatkvaliteten som i stor grad subjektiv; god resultatkvalitet kan bare fastsettes etter å ha undersøkt om ulike aktørgrupper setter pris på effekten av tjenesten. Samtidig er resultatkvaliteten en kombinasjon av produktkvalitet, dekningsgrad og subjektive vurderinger. Jo sikrere vi er på at produktkvaliteten er objektiv, jo mer fristende er det å bruke den som et mål på resultatkvalitet. Vi setter som nevnt opp reinnleggelser som et produktkvalitetsmål: jo færre reinnleggelser, jo bedre kvalitet er det på kommunens tjenester. Det er vanskelig å se for seg at en bruker ikke vil sette pris på denne effekten av tjenesten.

Utgangspunktet er at vurderinger av resultatkvaliteten er avhengig av hvilken aktørgruppe som gis legitimitet til å bestemme. Økt vekt på brukerens vurdering kan tilsi at brukerundersøkelser er en viktig målemetode. På den annen side er brukernes kunnskap og kompetanse begrenset, og de vil ofte ha dårlige forutsetninger for å vurdere alternative tilbud og tjenesteutforminger. Det viser seg dessuten at det er krevende å innhente gode data om brukernes erfaringer. Noen av brukergruppene er dessuten ikke i stand til å gi uttrykk for sine synspunkter. I mange tilfeller vil pårørende og ansatte i tjenestene være de som har best kunnskap om hvordan brukerne responderer på tjenestene. Uansett brukerorientering vil det derfor være nødvendig å kombinere funn fra brukerundersøkelser med vurderinger som framkommer gjennom undersøkelser blant myndigheter (Riksrevisjonen og fagmyndigheter), ansatte og deres organisasjoner, samt helse- og velferdsforskere.

Ved måling av resultatkvalitet må en i tillegg til produktkvaliteten ta høyde for: i) etter aktørgruppene pris på effekten av den aktuelle tjenesten, og ii) er det nok av

den? Det første spørsmålet skal vi angripe på to måter, gjennom å se på sykefravær som en indikator på tjenestens effekt på de ansatte, eller med andre ord trives de ansatte med å produsere tjenestene?

For det andre, vi skal også se på en annen aktørgruppe; innbyggerne. Her bruker vi resultater fra en tidligere undersøkelse (DIFI 2010) og ser på tre ulike indekser: tilfredshet med informasjon, tilgjengelighet og kvalitet.

Det andre spørsmålet – om tjenestenes tilstrekkelighet – dekkes av følgende variabler:

- Dekningsgrad tyngre behov
- Dekningsgrad mindre behov
- Korttidstilbud

«Tyngre behov» er det samme målet som vi bruker ovenfor (dekningsgrad = institusjonsbeboere pluss brukere 80 år+ med omfattende bistandsbehov som andel av befolkningen 80 år+), mens «lette behov» måles ved å se på hvor mange som får hjemmetjenester og dele dette på befolkningen 67 år og eldre. Dette betyr at også mottakere under 67 år regnes med, her har vi dessverre ingen mulighet til å sortere ut disse, men ettersom det gjelder alle kommuner, velger vi å se bort fra dette. Vi har også valgt å ta med korttidstilbud som måles ved å se på antall utskrivninger fra korttidsplass for beboere 80 år og eldre delt på totalt antall innbyggere 80 år og eldre. Igjen er målet dårligere enn vi skulle ønske, men vi velger likevel å se på utskrivninger som en indikator for hvor mange plasser som er tilgjengelige.

Ressurseeffektivitet

Ressurseeffektivitetsmålet som anvendes i denne rapporten ser på gjennomsnittlige utgifter per bruker, justert for ulikheter i bistandsbehov, og relatert til et landsgjennomsnitt. Se for øvrig kapittel 4.

Fafos analyser

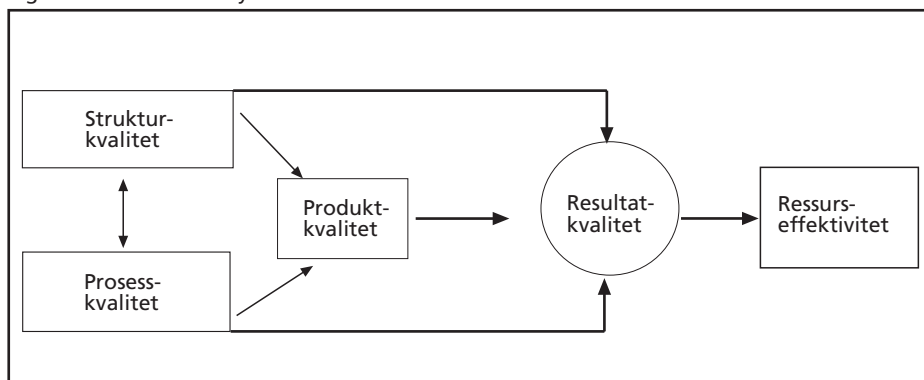
Produktkvalitet, prosesskvalitet og strukturkvalitet befinner seg på ulike nivåer i vår modell: Det er først og fremst produktkvaliteten vi er ute etter, prosess- og strukturkvalitet er i første rekke midler for å oppnå resultat-kvalitet. Det innebærer at selve definisjonen av hva som er prosess og strukturkvalitet avhenger av deres effekt på resultat-kvaliteten: Et mål på strukturkvalitet er kun relevant dersom slik struktur faktisk gir bedre eller dårligere produktkvalitet. Et hovedproblem når vi skal lete etter aktuelle mål på struktur og prosesskvalitet er nettopp den mangelfulle teoretiske og empiriske kunnskapen om hva som gir god produktkvalitet. Nedenfor har vi likevel etter beste evne satt opp noen

forslag til hvordan de ulike kvalitetsdimensjonene kan måles. Alle våre analyser kan lett utvides dersom nye data av en tilstrekkelig kvalitet blir tilgjengelig.

Valg av analyser

I vår første analyse gir vi et enkelt bilde av hvilke sammenhenger vi finner mellom de ulike kvalitetsmålene, illustrert ved de fete pilene i modellen i figur 2.6.

Figur 2.6 Bivariate analyser.



Kommuneinndeling

I denne analysen fortsetter vi typologitankegangen fra kapittel tre og seks, men benytter en noe annen inndeling. To indikatorer står svært sentralt: hvorvidt kommunen velger en institusjonsorientering og hvor stort tilbudet er. Vi deler disse to variablene inn i tre (høy, middels og lav) og plasser en rekke andre variabler inn i de ni ulike kommunetyperne som framkommer. Tabell 2.2 gir et bilde av kommunene i denne analysen.

Tabell 2.2 Typologi 2.

Dekningsgrad av pleie- og omsorgstjenester					
		Høy – gj.snitt: 13,1 (fra 11,27 til 23,6 %)	Middels – gj.snitt: 10,4 (fra 9,6 til 11,23 %)	Lav – gj.snitt: 8,5 (fra 5,6 til 9,5 %t)	Totalt
Institusjons- vs hjemme- tjeneste- orientering	Høy (fra 65,5 til 86 %)	54 kommuner 18304 innb (88881)	38 kommuner 15674 innb (47836)	45 kommuner 648 innb (10869)	137
	Middels (fra 55 til 65 %)	38 kommuner 5392 innb (7602)	46 kommuner 11295 innb (14719)	42 kommuner 16324 innb (17014)	126
	Lav (fra 9,2 til 55 %)	45 kommuner 10486 innb (19736)	42 kommuner 15533 innb	44 kommuner 12905 innb	131
Totalt		137	126	131	394

I tillegg skal vi sette inn andre indikatorer på resultatmål, og vi skal sette inn våre andre variabler for å dekke alle kvalitetstypene. Tabell 2.2. er, som verdiene indikerer, en grov forenkling. Legg særlig merke til at inndelingen i kommunestørrelse har et svært stort standardavvik.

Dekningsgrad tar utgangspunkt i antall innbyggere over 67 år i kommunene, og er et bilde på hvor mange som enten er i institusjon eller har fått fastsatt omfattende bistandsbehov¹⁰. Deretter har vi delt observasjonene (andelene) inn i tre og kommet fram til kommuner med henholdsvis høy, middels og lav dekningsgrad. Høy innebærer at mellom 11,3 og 23,6 prosent av antall innbyggere over 67 år enten har institusjonsplass eller mottar hjelp for et omfattende bistandsbehov. Tilsvarende tall i gruppen «lav» er mellom 5,6 og 9,5 prosent.

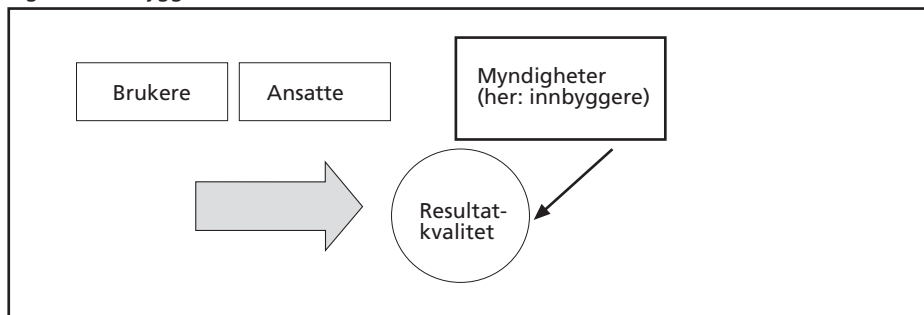
Den andre inndelingen, «institusjon vs hjemmetjenesteorientering», framkommer ved å ta antall i institusjon og dele på antall i institusjon pluss antall med omfattende bistandsbehov, eller kortere: hvor stor andel av de som trenger hjelp får dette i form av en institusjonsplass. I gruppen «høy» gjelder dette mellom 65,5 og 86 prosent, mens i gruppen «lav» gjelder det mellom 9,2 og 55 prosent.

I begge tilfelle finner vi en «opphopping» i midten, som tabellen viser, mange kommuner befinner seg i et lite spenn; middels dekningsgrad varierer mellom 9,6 og 11,2 prosent, mens middels institusjonsorientering ligger mellom 55 og 65 prosent.

Innbyggerundersøkelse

I denne delen skal vi tilbake til spørsmålet om hvorvidt ulike aktørgrupper setter pris på effekten av tjenesten eller ikke. Dessverre har vi bare data fra en undersøkelse blant innbyggere i kommunene, illustrert ved figur 2.7.

Figur 2.7 Innbyggerundersøkelse.



Data er som nevnt hentet fra DIFIs innbyggerundersøkelse (2010), og vi skal benytte dem i vår nideling av kommunene.

¹⁰ Dette betyr altså at også innbyggere under 67 år inngår i tallene selv om andelen regnes ut med utgangspunkt i dem over 67 år.

Regresjonsanalyser

I vår siste tilnærming søker vi å isolere de ulike effektene og benytter regresjon som metode. Her må det imidlertid understrekes igjen at utvalget av variabler som egner seg, er beskjedent.

2.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gjennomgått kvalitetsbegrepet. Begrepet er krevende av flere grunner. For det første har kvalitet i helse og omsorg mange dimensjoner: det kan dreie seg om medisinsk behandling, men også om for eksempel pasientbehandling, brukertilpasning og pårørendeinvolvering. For det andre er det mange aktører som melder seg på i diskusjonen: brukere, politikere, helseadministrasjon, helsefaglige eksperter, pårørende, ansatte og forskere.

Hva som skal vurderes som god resultat kvalitet, avhenger av hvilke aktører som gis legitimitet. Den rent helsefaglige kvaliteten er nok enklest å enes om: hva som er riktig medisiner og sårbehandling kan det utformes helsefaglig baserte standarder for. Hva som er god pasientbehandling og brukertilpasning kan det være vesentlig vanskeligere å lage faglig baserte standarder for.

Tjenestekvalitet kan defineres som tjenestens evne til å bidra til best mulig helse- og livskvalitet for brukerne. Men kvaliteten i det kommunale helse- og omsorgstilbudet dreier seg ikke utelukkende om kvaliteten på selve tjenestene – det dreier seg også om at tjenestene faktisk er tilgjengelige. Det innebærer at dekningsgrad og tildelingspraksiser også er viktige kjennetegn ved resultat kvaliteten.

Anlysene i kapittel to tar utgangspunkt i det tradisjonelle skillet mellom struktur-, prosess- og produkt kvalitet, samt resultat kvalitet. I vår modell er de tre første å forstå som objektive, mens resultat kvaliteten ses på som subjektiv. Ved å sette dette inn i en evalueringsmodell tydeliggjør vi betydningen av også tjenesteomfang og effektivitet: Det hjelper lite med stor ressurstilgang dersom ressursene ikke brukes effektivt.

Diskusjonen av de ulike kvalitetsmålene munner ut i en drøfting av mulige operasjonaliseringer. Mulige mål på struktur kvalitet kan være materielle mål, økonomiske mål og menneskelige ressurser. Prosess kvalitet kan operasjonaliseres til ledelsesmodeller og organisasjonskunnskap, mens produkt kvalitet handler om egenskaper ved tjenesten i seg selv. Resultat kvalitet handler om opplevd nytte og tjenestens effekt for ulike aktorgrupper. Her er selvsagt de direkte konsekvensene for brukernes helse og livskvalitet helt sentralt.

Ved gjennomgang av hvilke variabler som er tilgjengelige på kommunalt nivå, finner vi imidlertid at utvalget av data er lite. I likhet med Helsedirektoratet – som også anbefaler denne indikatoren – mener vi at omfanget av reinnleggelsler på kom-

munenivå kan si noe om kvaliteten på det kommunale tjenestetilbudet. Dette har vi definert som et mål på produktkvalitet. For å si noe om resultatkvalitet har vi i tillegg trukket inn indikatorer på tilgjengelighet til korttidsplasser, og på dekningsgrad for ulike typer tjenester.

Dekningsgrad og grad av institusjonsorientering versus hjemmetjenesteorientering er også svært viktige indikatorer som vi setter i sentrum i analysen i kapittel åtte.

3 Operasjonalisering av mål på innretninger av pleie- og omsorgstjenester

Sentralt i dette prosjektet har vært å finne mål for det kommunale mangfoldet i innretningen av pleie- og omsorgstjenestene. Siktemålet er å komme fram til avgrensede typologier for de ulike innretningene. Hensikten har vært å finne fram til gode kategorier for å beskrive den kommunale tjenesteinnretningen – og i neste omgang anvende disse kategoriene til å analysere ressurseffektivitet. Derfor er mål for kostnadseffektivitet, som for eksempel driftskostnader, ikke inkludert i arbeidet med typologier for innretning av tjenestene. Men i de spesifikke analysene av kostnadseffektivitet vil vi komme tilbake til hvilke kommunetypologier for innretning av tjenestene som er kostnadseffektive eller ikke. Her er det først og fremst typologier og tjenesteprofiler målt ved egenskaper ved innretningen av tjenestene og typen brukere som har vært vårt anliggende. Data for mål av innretning av kommunenes pleie- og omsorgstjenester er hentet fra SSB (KOSTRA/IPLOS). Her beskriver og begrunner vi hvordan innretningen av tjenesten kan måles ved åtte ulike kjennetegn ved bruk og brukere av disse tjenestene. Dette kommer vi utførlig tilbake til gjennom hele dette kapitlet.

3.1 Bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester

Omfang

Det finnes to hovedformer for kommunale omsorgstjenester: hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg. Innledningsvis skal vi vise omfanget av disse tjenestene målt ved antall brukere og bruk av årsverk. I 2013 var det på landsbasis i alt 147 385 brukere av kjernetjenestene i de hjemmebaserte tjenestene 67 år+ pluss beboere 67 år+ i institusjon (sykehjem+ aldershjem). Brukere av hjemmebaserte tjenester utgjorde majoriteten, eller 63 prosent av alle, jfr. tabell 3.1. De brukte imidlertid bare 28 prosent av ressursene (årsverkene). Hovedressursbruken skjedde i eldreinstitusjonene, idet 72 prosent av årsverkene i eldreomsorgen ble nyttet til drift av institusjonene med beboere 67 år+.

Tabell 3.1 Beboere i institusjon og brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+. 2013. Antall og prosent.

	Antall og andel brukere		Antall og andel årsverk	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
- Beboere i institusjon	39.726	27	56.701*	72
- Brukere av hjemmebaserte tjenester	107.659	63	22.207**	28
Alle	147.385	100	78.908	100

Kilde: KOSTRA (antall brukere) og Spesialkjøring, SSB, august 2015 (fordeling av årsverk)

* I alt gikk det i 2013 med 66 653 årsverk til drift av 43 048 institusjonsplasser. Men her trekker vi fra årsverk til 3332 brukere under 67 år, som proporsjonalt gir 56 701 årsverk til brukere 67 år+.

** 4600 årsverk til ulike aktiviserings tiltak (KOSTRA f234) er holdt utenfor fordelingen her, dvs 3,5 pst av i alt 132 694 årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i 2013. De eldres andel av årsverkene i hjemmebaserte tjenester er beregnet på grunnlag av IPLOS og spesialkjøring i SSB for Brelanta/Fafo i august 2015. Den siste beregningen er nærmere gjort rede for i kap 4.4.

Slik det går fram av tabell 3.1, er det er de to hovedtjenesteformene institusjonsbasert og hjemmebasert som dominerer pleie- og omsorgstjenestene. Samtidig har vi tidligere vist at omfanget i bruken av institusjoner og hjemmebaserte tjenester til eldre varierer svært mye mellom kommunene (Brevik & Nygård 2013). I 2012 var det 3,7 ganger flere med plass i institusjon 80 år+ i den tidelen av kommunene med flest beboere i institusjon sammenliknet med den tidelen med færrest beboere 80 år+. Og det var 1,8 ganger flere med hjemmebaserte tjenester i den tidelen av kommunene med flest slike brukere sammenliknet med den tidelen med færrest brukere, jfr. tabell V3.1a i tabellvedlegget bakerst i kapitlet.

Slik det går fram av all statistikk fra SSB og fra våre data om dette i denne rapporten, er det et klart skille mellom norske kommuner etter hvorvidt de i pleie- og omsorgstjenestene satses på bruk av institusjoner eller innsats fra de hjemmebaserte tjenestene. Det at nesten alle ressursene i pleie og omsorg nyttes i disse to hovedtjenestene og at bruken av dem varierer sterkt mellom kommunene, gjør at vi må utforme målene for bruken av disse på en meningsfylt måte, det vil si i den forstand at de godt fanger opp disse to dimensjonene.

Samtidig er omfang i ressursbruk per bruker (intensitet) en annen sentral dimensjon ved bruken av pleie- og omsorgstjenester. Omfang av tjenester per bruker målt ved gjennomsnittet samvarierer imidlertid sterkt med brukernes grad av bistandsbehov.¹¹ Brukere 67 år+ med middels til stort bistandsbehov brukte i 2010 således i gjennomsnitt tre ganger så mange ressurser målt i årsverk per bruker som brukere med noe/avgrenset bistandsbehov. Og brukere med omfattende bistandsbehov brukte igjen tre

¹¹ Vi nytter her egne data om årsverksbruk etter grad av bistandsbehov for året 2010, der vi også har data om brukere under 67 år. Slik det vil gå fram av kapittel sju – der vi nytter tilsvarende data fra året 2013 – er årsverkbruken per bruker etter grad av bistandsbehov omtrent identisk med oppgavene fra 2010. Oppgavene om brukere og bruk av omsorgstjenester på landsbasis endrer seg lite over 2–3 år.

ganger så mange ressurser per år som brukere med middels til stort bistandsbehov, det vil si 0,66 årsverk versus 0,22 årsverk, jfr. tabell 3.2.

Tabell 3.2 Bruk av hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov og alder. Årsverk per bruker etter bistandsbehov og fordeling av antall brukere og årsverk. 2010.

Alder	Årsverk per bruker av hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov i 2010*				Andel brukere** og andel årsverk i hjemmebaserte tjenester i 2013, pst	
	Noe/avgrenset	Middels/stort	Omfattende	Alle	Brukere	Årsverk
67 år+	0,08	0,22	0,66	0,20	60	33
0–66 år	0,1	0,42	2,3	0,60	40	67
Alle	-	-	-	-	179.658	66.653***

* Kilde: Brevik 2014, tab. 2.13. og tab 2014.

** Kilde: KOSTRA og IPLOS 2013 og spesialkjøring, SSB, august 2015 og ***: beregninger ved Brelanta/Fafo, 2015, jfr. kap 4.4, tabell 4.4.

For brukere under 67 år varierer ressursbruken etter grad av bistandsbehov enda mer enn for de eldre brukerne, og særlig gjelder det brukere med omfattende bistandsbehov.

Disse faktiske forholdene gjør det nødvendig å utforme målene for bruk av hjemmebaserte tjenester nettopp slik at de fanger opp noe av denne store variasjonen i ressursbruk per bruker etter bistandsbehov, og særlig gjelder det andelen brukere med omfattende bistandsbehov.

Mål for innretning av pleie- og omsorgstjenestene i noen studier

I flere studier i den senere tid har en forsøkt å gjøre rede for innretningen av pleie- og omsorgstjenestene, der en tar utgangspunkt i todelingen mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester. Og siden våre kommuner satser ulikt på institusjoner eller på hjemmebaserte tjenester, vil det metodisk være nærliggende å legge opp til en sammenlikning mellom institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner.

I en studie av ressursbruken i institusjonsorienterte og hjemmebasertorienterte kommuner, operasjonaliserte Borge og Haraldsvik (2005) disse to dimensjonene gjennom den relative andelen (prosentvise) brukere av alle som er beboere i institusjon og den relative andelen brukere av hjemmebaserte tjenester.¹² Paulsen og Huseby (2009) tok også utgangspunkt i samlet antall brukere som mottar tjenester. På samme måte som de forannevnte, bestemmer Paulsen og Huseby grad av institusjonsorientering gjennom den relative andelen av alle som bor i institusjon eller som er brukere av hjemmebaserte tjenester. Men i tillegg deler de kommunene inn i tre grupper – kommuner med stor,

¹² De 10/25 prosent av kommunene som hadde størst relativ andel i institusjon, ble utlagt som institusjonsorienterte kommuner. De 10/25 prosent av kommunene som hadde størst relativ andel brukere av hjemmebaserte tjenester, ble definert som hjemmebasertorienterte kommuner.

middels og lav institusjonsorientering. Hjemmetjenesteorienterte kommuner sorteres i tre grupper på tilsvarende måte. Ved å kombinere disse to målene med andre mål, kommer de fram til sju ulike innretninger eller typologier av pleie- og omsorgstjenestene.

En viktig innvending her er at de baserer seg på den relative sammensetningen av brukerne i de to tjenesteformene, altså uavhengig av om det er få eller mange brukere av omsorgstjenester totalt sett i kommunene. Det er som vi allerede har sett, stor variasjon mellom kommunenes ressursbruk (jfr. tabell 3.1) og dette uavhengig av om brukerne jevnt over har omfattende eller mindre bistandsbehov.

Også Hjelmbrække mfl. (2011) deler kommunene inn etter den innbyrdes relative andelen brukere av pleie- og omsorgstjenestene som nytter fire ulike tjenester. Det gjelder institusjon (fordelt på langtids- og korttidsopphold), omsorgsboliger med heldøgns bemanning og hjemmebaserte tjenester. Ved hjelp av disse målene definerer de flere ulike kommunale innretninger av pleie- og omsorgstjenestene eller omsorgsprofiler.

Svakheter ved metodeanvendelse i nevnte studier

Vi stiller oss noe kritisk til deler av metodene for analyse av hovedinnretningene i pleie- og omsorgstjenestene som baserer seg på den relative sammensetningen av brukere av hjemmebaserte tjenester og beboere i institusjon, uavhengig av samlet omfang av slike brukere, og uavhengig av sammensetningen av brukerne etter grad av bistandsbehov, med tilhørende store variasjoner i ressursbruken per bruker. Vår første hensikt her er imidlertid å klargjøre egenskapene ved våre valg av mål for de samme innretningene.

De tre nevnte analysene definerer dimensjonene institusjonsorientering og hjemmetjenesteorientering ut fra den relative andelen av alle brukere med plass i institusjon eller brukere av hjemmebaserte tjenester. En slik operasjonalisering av pleie- og omsorgstjenestene er imidlertid svært problematisk. Dette fordi en ikke tar hensyn til størrelsen av den andelen eldre som har slike tjenester mellom kommunene, det vil si om det relativt sett (ratemessig) er få eller mange brukere, særlig av de hjemmebaserte tjenestene.

Hvorvidt kommunene satser på mange eller få brukere, skyldes gjerne at de legger til grunn prinsipielt ulike strategier for innretningen av hovedtjenestene (Brevik & Nygård 2013; Brevik 2010b). Vi vil senere benevne dette som en pleiestrategisk orientering (få brukere både i institusjon og i hjemmebaserte tjenester) eller som en forebyggende strategi (mange brukere i begge). Disse viktige dimensjonene fanges ikke opp ved den operasjonaliseringen av innretningen av pleie- og omsorgstjenestene som benyttes i de tre nevnte analysene.

Slik de tre nevnte analysene operasjonaliserer institusjonsorientering, defineres denne dimensjonen også ut fra kjennetegn ved de hjemmebaserte tjenestene. Slik andre studier har vist (f. eks Otterstad & Tønset 2007), inngår institusjoner og hjem-

mebaserte tjenester i en helhet, der de to hovedformene for omsorg utgjør gjensidige forutsetninger for hverandre.

Men slik vi vurderer og analyserer pleie- og omsorgstjenestene, legges det her til grunn at den ene hovedformen for omsorg – bruken av institusjoner – ikke bør operasjonaliseres ut fra kjennetegn ved den andre hovedformen (Brevik & Nygård 2013). Vi måler derfor grad av institusjonsorientering ut fra trekk ved bruken av institusjoner alene, uten å bringe inn de ulike strategier som kommunene har lagt til grunn for bruken av de hjemmebaserte tjenestene. Vi minner om at vi herfra i kapittel 3.1 nytter data for året 2012, som omfatter nesten alle landets kommuner, det vil si om lag 420 av 428 kommuner. I kapittel 6 nytter vi imidlertid data for året 2010, som bare omfatter kommuner med mer enn 2000 innbyggere. Disse dataene gjelder 333 kommuner.¹³ Vi vil begrunne *vårt* valg av operasjonalisering av institusjonsorienterte og hjemmebasertorienterte kommuner ved hjelp av data om variasjon i den faktiske separate bruken av slike tjenester mellom kommunene i 2012.

I den tidelen av kommunene som ytte hjemmebaserte tjenester til flest innbyggere (10. desil¹⁴), mottok i gjennomsnitt 48 prosent av alle 80 år+ slike tjenester, mens det gjaldt i gjennomsnitt 27 prosent i den tidelen med færrest slike brukere (1. desil), eller om lag halvparten så mange, jfr. tabell V3.1a. Samtidig var tilsvarende rate 80 år+ for beboere i institusjon i respektive 1. og 10. desil i gjennomsnitt 7 og 26 prosent, jfr. tabell V3.1a.

Hvis vi utmåler en kommunes institusjonsorientering ved hjelp av den andelen av alle brukere av omsorgstjenester som bor i institusjon, blir graden av institusjonsorientering vesentlig påvirket av andelen i den eldre befolkningen med hjemmebaserte tjenester. En kommune som yter hjemmebaserte tjenester til nesten halvparten av befolkningen 80 år+, vil samtidig vanskelig kunne ha en *relativt* stor andel institusjonsbeboere målt i forhold til samtlige brukere. En slik kommune kan imidlertid etter vår metode for operasjonalisering av institusjonsorientering, i stor grad stå fram som institusjonsorientert.

En kommune med for eksempel 26 prosent av alle 80 år+ i institusjon (i 10. desil), og som teoretisk samtidig kan ha 48 prosent 80 år+ i de hjemmebaserte tjenestene (i 10. desil), vil ha en grad av institusjonsorientering målt som 35 prosent brukere i institusjon av samtlige brukere (i institusjon pluss brukere med hjemmebaserte

¹³ Bruk av ulike datasett har sammenheng med at prosjektet er arbeidet med over lang tid. Da det tok til var året 2010 det nærmeste tidspunktet. Underveis har vi beregnet noen tilsvarende data for 2012. Fullstendige IPLOS-data uprikket for alle kommuner fra SSB, fikk vi først adgang til vinteren 2015. Men siden det har vært stor stabilitet og små endringer i pleie- og omsorgstjenestene i perioden 2010–2013, vil bruk av data fra ulike år ha svært liten innvirkning på resultatene, og slett ingen vesentlig innvirkning på de bilder vi gir av hovedtrekkene i variasjonene i kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene.

¹⁴ Desilplassering skjer ved at kommunene rangeres langs det aktuelle målet. Deretter deles kommunene i ti like store grupper. 1. desil er den tidelen av kommunene som skårer lavest på det aktuelle målet. 10. desil er den tidelen som skårer høyest.

tjenester). En annen kommune med teoretisk 14,5 prosent 80 år+ i institusjon og 27 prosent 80 år+ med hjemmebaserte tjenester (i 1. desil), vil også komme ut med en institusjonsorientering tilsvarende 35 prosent¹⁵. Dette på tross av at førstnevnte kommune *faktisk* har nesten dobbelt så mange (26 prosent versus 14,5 prosent) beboere i institusjon. Årsaken til denne differensen skyldes i sin helhet ulikt innslag av brukere med hjemmebaserte tjenester av alle.

Ved å operasjonalisere institusjonsorienterte kommuner ved å bruke *relativ* sammensetning av brukerne etter hovedtype tjenester, uten å bringe inn absolutte mål for omfang av antall brukere, fører det til at målet for institusjonsorientering i vesentlig grad styres opp av det andre målet, nemlig antall brukere av hjemmebaserte tjenester, som på landsbasis i 2012 for øvrig gjaldt 2,3 ganger så mange per innbyggere 80 år+ som beboere i institusjon, med gjennomsnittlig rate i hjemmebaserte tjenester tilsvarende henholdsvis 36,3 og 15,7 per 100 pers. 80 år+, jfr. tabell V3.1b. Når vi har brukt så vidt mye plass på å poengtere dette, er det for å understreke hvor galt det kan bære av sted hvis en ikke operasjonaliserer målevariablene for brukere og bruk av pleie- og omsorgstjenester, slik at en tar hensyn ulikheter i omfang av antall brukere kommunene imellom.

Vår operasjonalisering av institusjonsorientering

Vi har således valgt å operasjonalisere en kommunes institusjonsorientering uavhengig av om kommunen tildeler hjemmebaserte tjenester til en stor eller mindre andel av den eldre befolkningen. Vi operasjonaliserer målet for grad av institusjonsorientering ved å beregne antall 80 år+ i institusjon sin andel av befolkningen 80 år+ uten å ta hensyn til brukere 67–79 år i institusjon (og vel 70 prosent av de som bor i institusjon, er 80 år+). Det fordi institusjonsomsorg i betydningen langtidsopphold, langt på vei er ensbetydende med et tilbud personer 80 år+.

Eksempelvis benytter Borge og Haraldsvik (2005) et todelt mål for å operasjonalisere institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Men fordi vi mener det er riktigst å operasjonalisere institusjonsorientering ut fra egenskaper ved bruk av institusjoner alene, er ikke vårt mål for dette todelt fordi institusjonsorienterte og hjemmebasertorienterte kommuner representerer ytterpunkter i samme mål. Vårt mål for bruk av institusjon er et kontinuum og beskriver *grad* av institusjonsorientering. Grad av institusjonsorientering operasjonaliserer vi ved antall beboere 80 år+ i institusjon i prosent av befolkningen 80 år+. Institusjonsorientering eller rate for bruk av institusjon 80 år+ er i vår sammenheng synonyme begreper.

¹⁵ I førstnevnte kommune er institusjonsorienteringen beregnet slik: $26/26+48=35$ pst av alle brukere i institusjon, og i den andre kommunen på samme måte: $14,5/14,5+27=35$ pst av alle brukere i institusjon.

Om begrepene rate og dekningsgrad

Her vil vi tilføye at begrepene dekningsgrad og rate ofte blir brukt usystematisk om hverandre, uten fast begrepsinnhold. Begrepet rate eller bruksrate nytter vi for å beskrive hvor stor andel av en befolkningsenhet som faktisk er brukere av en tjeneste (samme enhet både i teller og nevner), for eksempel antall beboere i institusjon 80 år+ per 100 innbyggere 80 år+. Dekningsgrad beskriver derimot omfanget av en tjeneste som er tilgjengelig for en gitt befolkningsgruppe, uavhengig av den faktiske bruken denne befolkningsgruppen har av tjenesten (ulike enheter inngår i teller og nevner), for eksempel alle institusjonsbeboere 67 år+ per 100 innbyggere 80 år+.

Om operasjonalisering av mål for bruk av hjemmebaserte tjenester

Med brukere av hjemmebaserte tjenester forstår vi det SSB benevner som brukere av de hjemmebaserte tjenestenes «kjernetjenester»: praktisk bistand (hjemmehjelp), hjemmesykepleie og brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Oppgaver over antall brukere gjelder personer som bor i eget hjem, inkludert brukere bosatt i kommunale boliger for eldre og funksjonshemmede (omsorgsboliger). I tillegg nytter vi opplysninger om antall brukerrettede timeverk per uke/årsverk.

Bruken av hjemmebaserte tjenester kan utmåles på to måter:

- Andelen av en befolkningsgruppe som mottar disse tjenestene, det vil si den relative andelen eller raten
- Omfanget av hjelp per bruker, ofte benevnt som intensiteten, dvs volumet av hjelpen, målt f. eks i timer per uke/årsverk per år.

1. Operasjonalisering av hjemmetjenestenes rater for eldre 67 år+

Vi legger her opp til å etablere et mål for kommunenes bruk av hjemmebaserte tjenester blant eldre som gjør det meningsfullt å sammenlikne denne bruken mellom kommuner på en entydig måte. Vi vil også undersøke og vurdere hvilken aldersgruppe av eldre raten for bruk skal beregnes etter, fordi det relative antallet brukere i ulike aldersgrupper i kommunene varierer en god del.

Vi har beregnet to ulike rater for bruk av hjemmebaserte tjenester blant brukere 67 år+:

1. Rate bruk av hjemmebaserte tjenester for brukere 67 år+
2. Rate bruk av hjemmebaserte tjenester for brukere 80 år+

Den innbyrdes korrelasjon mellom de to alternative operasjonaliseringene, er imidlertid sterk (korrelasjonskoeffisienten er .868, Brevik & Nygård 2013, vedlegg 1). Det betyr at om vi velger å operasjonalisere ratene for bruk av hjemmebaserte tjenester etter

alternativene 1 eller 2, så vil vi få om lag samme resultat. Men fordi i vi i flere andre sammenhenger nytter befolkningen 80 år+ som beregningsgrunnlag, velger vi også å operasjonalisere grad av orientering mot hjemmebaserte tjenester som antall brukere av slike tjenester 80 år+ sin andel av befolkningen 80 år+ (rate).

2. Operasjonalisering av rate for brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år

Antall brukere av hjemmetjenester under 67 år ble mer enn tredoblet, fra 20 000 brukere 0–66 år i 1990, til vel 72 000 i dag (2013) (Brevik 2012, tabell 4.5). Fra begynnelsen av 1990-årene og fram til i dag har hele nettovæksten i antall brukere av hjemmebaserte tjenester i Norge kommet blant brukere under 67 år. Antallet eldre brukere har vært om lag det samme. I dag (2013) utgjør brukere under 67 år 40 prosent av alle som mottar hjemmebaserte tjenester (ca. 180.000 brukere), jfr. tabell 3.2, mot 14 prosent i 1990 (Brevik 2012).

Omfanget av ytt hjelp per bruker (intensiteten) i de hjemmebaserte tjenestene har de 20 siste årene økt både for eldre og yngre mottakere, men intensiteten har økt mye mer blant brukere under 67 år. Aldersgruppen 0–66 år forbrukte 67 prosent av årsverkene i de hjemmebaserte tjenestene, jfr. tabell 3.2. Det har særlig sammenheng med den store bruken av ressurser i de hjemmebaserte tjenester blant brukere med omfattende bistandsbehov – også blant eldre – men framfor alt blant brukere under 67 år, jfr. tabell 3.2.

Både bruksrater og intensitet blant brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år er altså *svært* forskjellig fra hva som er tilfellet blant eldre. Til forskjell fra institusjonsomsorgen bør derfor bruksrater i de hjemmebaserte tjenestene operasjonaliseres separat for yngre og eldre mottakere. Dette fordi de hjemmebaserte tjenestene fungerer på prinsipielt ulike måter for eldre og yngre brukere. Når hjelpebehovene øker sterkt hos hjemmeboende eldre, vurderes flytting til institusjon. Når hjelpebehovene er store eller øker betydelig hos brukere under 67 år, forblir disse i sine boliger, mens volumet (intensiteten) i de hjemmebaserte tjenestene øker deretter.

Vi har i denne sammenhengen i hovedsak avgrenset våre analyser av hjemmebaserte tjenester til brukere 67 år+. Det må likevel antas at også bruken blant brukere under 67 år vil kunne legge betydelige føringer på tilbudet av hjemmebaserte tjenester til eldre, og at omfanget av disse tjenestene til yngre vil måtte bli tatt hensyn til i analysene. Rate for bruk hjemmebaserte tjenester for brukere 0–66 år operasjonaliseres på følgende måte: Antall brukere av kjernetjenestene i de hjemmebaserte tjenester 0–66 år sin andel (prosent) av befolkningen 0–66 år.

Samlet antall eldre under omsorgsregime

Så langt har vi operasjonalisert bruken av institusjoner og hjemmebaserte tjenester for den største brukergruppen for begge tjenestene som er eldre 80 år+. Men vi vet

at det er en betydelig andel brukere av disse tjenestene i alderen 67–79 år. Vi ønsker således et samlet mål for omfanget av alle brukere 67 år+ av disse tjenestene. Dette særlig fordi vi vet at det er store kommunevise variasjoner i hvor stor andel av den eldre befolkningen som omfattes av et offentlig omsorgsregime. På landsbasis i 2012 var det for disse to tjenestene samlet dobbelt så mange brukere i den tidelen av kommunene (42 kommuner) som hadde flest slike brukere, sammenliknet med den tidelen (42 kommuner) som hadde færrest, jfr. tabell V3.1a i tabellvedlegg.

Særlig ved analyser i ressursbruk er det viktig å være oppmerksom på dette. Når en for eksempel analyserer ressursbruken i eldreomsorgen sammenliknet med kommunens innbyggertall uten å ta hensyn til variasjonene av omfanget av andel og antall brukere mellom kommunene, kommer en galt ut. Dette er en viktig grunn til at vi overhodet ikke ønsker å analysere ressursbruk ved bruk av per befolknings-capita-mål. Vi vil analysere den på per brukernivå, der analysene forblir upåvirket av omfanget av eller relativ andel brukere, nettopp fordi andel brukere varierer så sterkt mellom kommunene, jfr. kapittel fire om måling av ressurseffektivitet. Dessuten vil omfanget av det relative antallet brukere mellom kommunene legge føringer på hvordan en har innrettet tjenestene. En kommune med mange brukere samlet sett vil samtidig kanskje ha omfattende og mangfoldige hjemmebaserte tjenester, mens kommuner med svært få brukere kanskje i større grad har satset på institusjoner og omsorgsboliger.

Samlet forbruksrate både av institusjoner og hjemmebaserte tjenester er et mål for samlet andel av den eldre befolkningen som er under offentlig omsorgsregime. Dette samlemålet korrelerer selvsagt sterkt med rate institusjoner (.427) og rate hjemme-tjenester (.662), jfr. tabell 3.3. Og sterkest er korrelasjon med rate for hjemmebaserte tjenester fordi det alltid er flere mottakere av slike tjenester enn antallet som bor i institusjon. Rate for andel eldre 67 år under offentlig omsorgsregime beregnes som alle beboere 67 år+ i institusjon pluss brukere 67 år+ av hjemmebaserte tjenester sin andel av befolkningen 67 år+.

3.2 Bruk av hjemmebaserte tjenester per bruker – intensitet

Om ulike mål for intensitet

Omfang i bruk av hjemmebaserte tjenester per bruker, ofte omtalt som tjenestenes «intensitet», er det samlede volumet av brukerrettede timer som blir tildelt de enkelte brukerne. Med data om dette fra IPLOS kan vi operasjonalisere omfanget per bruker etter grad av bistandsnivå målt ved antall timer per bruker per uke på kommunenivå. Dette er et svært valid og direkte mål for omfang av hjelp (intensitet). Av alle andre mulige operasjonaliseringer, er dette alternativet langt å foretrekke.

Det er tidligere gjennomført slike analyser av intensitet etter bistandsbehov for brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med data fra 2010 og for brukere 67 år+ med data fra 2011 i makro, det vil si på landsbasis (Brevik 2012, Brevik 2014). Her ble det gjort rede for omfang i bruk etter grad av bistandsbehov i tre hovedgrupper for bistandsbehov i henhold til grupperingen av disse i IPLOS-systemet. Vi har imidlertid aldri tidligere hatt tilgang til slike data på kommunenivå. Men det har vi fått tilgang til i dette prosjektet. Tidligere var man henvist til å måle intensiteten på *indirekte* vis, for eksempel ved andelen brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov eller andre indirekte mål. Tidligere er det også gjort rede for alternative indirekte mål (Brevik & Nygård 2013). Siden noen av disse indirekte målene kan være av interesse på ulike nivåer for bistandsbehov for svært ressurskrevende brukere, eller for analyse av særlig ressurskrevende brukeres innvirkning på gjennomsnittsbruk, gjengir vi her eksempler på noen slike indirekte mål for særlig ressurskrevende brukere og bruk av hjemmebaserte tjenester:

- Brukere under den statlige toppfinansieringsordningen for særlig kostnadskrevende brukere

Hver bruker av hjemmebaserte tjenester i kommunene under statens *Toppfinansieringsordning for ressurskrevende brukere* er beregnet til å bruke i gjennomsnitt 3,9 årsverk per bruker i 2010 (Brevik 2012).

- Brukere med høyt antall timer per uke

Basert på IPLOS-data på individnivå, gir SSB (KOSTRA) data om antall brukere som er tildelt «et høyt timetall» i de hjemmebaserte tjenestene, der nedre grense er satt ved 35 timer hjelp per uke.

- Brukere av hjemmebaserte tjenester med omfang i bruken på sykehjemmets nivå.

SSB (Otnes 2010) har ut fra IPLOS-data gjennom to alternative modeller beregnet at henholdsvis 29 eller 24 timer brukerretta hjemmebaserte tjenester per uke tilsvarer det antall timer som beboere ved norske sykehjem i gjennomsnitt nyttet per uke. Vi viser til Brevik og Nygård 2013, hvor disse og andre mål for bruk av hjemmebaserte tjenester er gjort nærmere rede for og drøftet. Der er det også gitt en oversikt over antall brukere som omfattes av sju ulike mer eller mindre indirekte mål for bruk av hjemmebaserte tjenester.

Brukere med omfattende bistandsbehov som mål for intensitet

I arbeidet med vårt opplegg for analysene av kommunenes ulike innretninger av pleie- og omsorgstjenestene (typologier), har vi måttet nytte det indirekte målet om andelen brukere med omfattende bistandsbehov som mål for intensitet. Slik det går fram av

tabell 3.2 foran, er ressursbruken per bruker i de hjemmebaserte tjenestene per person åtte ganger så stor blant brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov sammenliknet brukere med noe/avgrenset bistandsbehov. De sistnevnte utgjør imidlertid majoriteten blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år. Senere i dette kapitlet gir vi en empirisk begrunnelse for å fokusere på brukere med omfattende bistandsbehov.

I den delen av prosjektet hvor vi analyserer ressurseffektivitet, vil vi imidlertid nytte IPLOS-data om faktisk timebruk etter grad av bistandsbehov både på landsbasis og i de enkelte kommunene. Dette gir oss samtidig anledning til å studere spredningen mellom kommunene i ressursbruk innenfor de enkelte av de tre bistandskategoriene som er nyttet. Det er svært viktig, da vi antar at det er stor spredning i årsverkbruk innen disse tre grove graderingene av bistandsbehov.

Omsorgstjenester til brukere under og over 67 år tildeles ofte ut fra ulike prinsipper, det vil si at institusjonene fungerer alternativet til hjemmebaserte tjenester på en helt annen måte for eldre enn for yngre brukere. Det medfører at det både absolutt og relativt sett er flere brukere med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene blant brukere under 67 år+, jfr. avsnittet nedenfor om brukere med omfattende bistandsbehov.

Brukere under den statlige *Toppfinansieringsordningen for særlig ressurskrevende brukere* er således alle under 67 år. Det samme gjelder brukere med «særlig høyt time-tall», som i hovedsak er brukere under 67 år. Og 55 prosent av brukerne med omfattende bistandsbehov var under 67 år i 2013 (SSB, KOSTRA). Referanseenheten for brukere 0–66 år bør etter vår mening for øvrig være befolkningen 0–66 år. Målet for intensiteten i hjemmebaserte tjenester for brukere 0–66 år beregnes som antall slike brukere med omfattende bistandsbehov per 100 i befolkningen 0–66 år. Intensiteten i de hjemmebaserte tjenestene for brukere 67 år+ beregnes som antall brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov per 100 i befolkningen 67 år+.¹⁶

Om operasjonalisering av mål for bistandsbehov i IPLOS

Når vi her måler grad av funksjonstap eller bistandsbehov, nytter vi det samlede målet for bistandsbehov som er etablert ved IPLOS-registreringene. Bistandsbehovene registreres i IPLOS gjennom et sett variabler, som så grupperes gjennom 15 variabler etter en skala fra 1–5 (der 1 betyr ingen hjelpebehov og 5 betyr at en må ha bistand fra

¹⁶ Ved beregning av rate for bruk av hjemmebaserte tjenester nyttet vi antall brukere 80 år+ i forhold til befolkningsgruppen 80 år+ som et egnet mål. Ved målet for intensitet har vi valgt å inkludere brukere med omfattende bistandsbehov i alderen 67–79 år. Fordi det er relativt sett få brukere med omfattende bistandsbehov i hver kommune, er begrunnelsen at vi bør velge å operasjonalisere dette målet slik at vi får med størst mulig antall brukere.

hjelpepersonell til alle oppgaver knyttet til aktuell funksjon).¹⁷ Når data skal analyseres, deles de 15 enkeltvariablene inn i fem grupper (sosial fungering, ivaretagelse av egen helse, husholdsfunksjoner, egenomsorg og kognitiv svikt).

På basis av disse fem gruppene har Helsedirektoratet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå avklart prosedyre for hvordan en kan fastsette samlemål for bistandsbehov i tre kategorier. Kategoriene benevnes: a) noe eller avgrenset bistandsbehov, b) middels til stort bistandsbehov og c) omfattende bistandsbehov.

Det understrekes at selv om tjenestemottakere er plassert i den «letteste» bistandsbehovkategorien, kan noen av disse ha store behov tilknyttet enkeltområder (variabler). Det er grunnen til at benevnelsen «avgrenset bistandsbehov» inngår i kategorinavnet. Det behøver derfor ikke være unormalt eller feil at brukere som er registrert med «noe/avgrenset bistandsbehov» for eksempel mottar omfattende bistand i de hjemmebaserte tjenestene målt i timer per uke eller har opphold i institusjon (SSB 2010:13). Til tross for slike unntak, er sammenhengen på aggregert nivå likevel entydig: de som har omfattende bistandsbehov, har i gjennomsnitt et vesentlig høyere bruk av hjemmebaserte tjenester enn øvrige brukere.

Kvaliteten på IPLOS-data har årlig blitt forbedret. Men registreringene av funksjonsvariablene kan til en viss grad være avhengig av omsorgsarbeideres skjønn, og det har blitt hevdet at det er utviklet kommunevise vurderingsnormer (Sørheim & Paulsen (2012)). Det er samtidig tidligere blitt hevdet at IPLOS-registreringer er alt for usikre til å kunne benyttes eksempelvis til saksbehandling på individnivå (Gabrielsen 2010). Brevik og Nygård (2011) gir for øvrig en oppsummerende drøfting av styrker og svakheter ved IPLOS-statistikken. Vi er imidlertid av den oppfatning at IPLOS-data om bistandsbehov er godt egnet til planlegging og forskning på aggregert nivå. Det er for eksempel en klar og entydig sammenheng mellom registrerte bistandsbehov og antall gjennomsnittlige timer tildelte tjenester over tid på landsbasis.¹⁸

Brukere med omfattende bistandsbehov

I dette prosjektet har vi valgt å fokusere særlig på brukere med omfattende bistandsbehov, både i arbeidet med typologisering av kommunenes innretning av pleie- og

¹⁷ «Funksjonsvariablene er: utføre alminnelig husarbeid, skaffe seg varer og tjenester, personlig hygiene, på og avkledning, toalett, lage mat, spise, sosial deltakelse, bevege seg innendørs, bevege seg utendørs, ivareta egen helse, hukommelse, kommunikasjon, beslutninger i dagliglivet, styre egen atferd. Det er disse 15 variablene som inngår i samlemålet for bistandsbehov. Også syn og hørsel blir registrert, slik at det totalt blir 17 funksjonsvariabler som registreres. Men syn og hørsel inngår ikke i samlemålet for bistandsbehov» (Brevik & Nygård 2011, kap 8.2).

¹⁸ SSBs publikasjon fra IPLOS for 2013 viser at gjennomsnittlig uketimetall per bruker i de tre bistandsgruppene har vært svært stabilt omtrent de samme i 4-årsperioden 2010–2013, med respektive 2,0/1,9, 6,5/6,4 og 32,3/34,8 timeverk per uke, jfr. tabell B11 i vedlegg, i Mørk mfl. (2014).

omsorgstjenestene og i analysene av kostnadseffektivitet. Vi vil her peke på noen trekk ved omfanget i denne gruppens bruk av hjemmebaserte tjenester som underbygger det.

I 2013 var det ifølge våre IPLOS-data om lag 13 000 brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Disse utgjorde igjen 12 prosent av alle brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ i 2013. Disse brukte imidlertid 40 prosent av årsverkene i de hjemmebaserte tjenestene til brukere 67 år+. Denne jevnt over store ressursbruken i denne relativt lille brukergruppen med omfattende bistandsbehov, gjør at den vil måtte spille en viktig rolle i forståelsen av både innretning og kostnadseffektivitet i pleie og omsorgskommunene imellom. Den omfattende bruken kommer også til uttrykk i ressursbruken per bruker. Slik det går fram av tabell 3.2, var bruken per bruker av hjemmebaserte tjenester i 2010 åtte ganger større blant brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov sammenliknet med dem med noe/avgrenset bistandsbehov, respektive 0,66 årsverk og 0,08 årsverk. Og den var vesentlig større blant brukere under 67 år med omfattende bistandsbehov, idet disse i gjennomsnitt nyttet 2,3 årsverk.

Slik Brevik utførlig har gjort rede for tidligere (Brevik 2014, kap. 2.8), skyldes denne høye gjennomsnittlige bruken blant brukere 0–66 år den særs høye bruken blant brukere under den statlige toppfinansieringsordningen, som i gjennomsnitt brukte 3,9 årsverk per bruker i 2010. Blant de øvrige brukerne 0–66 år med omfattende bistandsbehov, tilsvarer bruken 0,73 årsverk per bruker, eller ganske nært tilsvarende samme bruk som blant eldre 67 år+ med omfattende bistandsbehov (0,67 årsverk per bruker), jfr. tabell 3.2.

I den enkelte kommune vil det ikke være mulig å skille ut ressursbruken blant brukere under statens toppfinansieringsordning. Og vi er her henvist til å nytte gjennomsnittsberegninger for alle i denne bistandsbehovsgruppen. Men vi må samtidig ha dette i mente for kommuner som kommer ut med høy ressursbruk blant brukere med omfattende bistandsbehov 0–66 år.

3.3 Tilgjengelighet og samarbeid

Tradisjonelle mål for tilgjengelighet til institusjon

Her gjør vi rede for to andre dimensjoner som vi nytter i arbeidet med typologisering av kommunenes innretning av institusjonsomsorgen. Det første målet er samlet tilgjengeligheten til institusjonsplasser. Det andre er tilgjengelighet til korttidsplassene, som vi betrakter som et uttrykk for grad av samarbeid mellom institusjoner og de hjemmebaserte tjenestene/primærhelsetjenesten.

Det tradisjonelle målet for tilgjengelighet har vært antall institusjonsplasser i prosent av befolkningen 80 år+, det vil si den såkalte dekningsgraden i institusjon. Tilgjengeligheten målt slik varierte i 2013 rundt et nasjonalt gjennomsnitt tilsvarende 19,5

plasser per 100 personer 80 år+ (KOSTRA). Dette målet er bare et *teoretisk* uttrykk for hvor mange plasser som er på deling hvis alle plassene bare ble brukt av personer 80 år+. Selv om det er et ofte brukt mål i offentlig statistikk, betrakter vi dette målet som mer tilslørende enn forklarende hvis oppgaven er å gjøre rede for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Et slikt mål for tilgjengelighet forteller heller ikke noe om hvordan en kommune bruker institusjonsplassene. Og andelen eldre i institusjon forteller lite om dynamikken i omsorgstjenestene forstått som samarbeid og samvirke mellom institusjoner og hjemmebaserte tjenester¹⁹.

Når behov for institusjonsomsorg oppstår, er ikke svaret antall institusjonsplasser i kommunen. Slik Brevik og Nygård (2013) har pekt på tidligere, er hovedspørsmålet om det da er ledig plass. Og mer viktig enn antall plasser, er spørsmålet om *hvordan* plassene brukes, *hvilke funksjoner* sykehjemmet fyller i kommunens samlede omsorgstjeneste. Samarbeidet mellom institusjonsomsorgen og de hjemmebaserte tjenestene/ primærhelsetjenesten vil med andre ord kunne si noe vesentlig om hvilke funksjoner sykehjemmet fyller.

Om faktiske mål for tilgjengelighet i institusjon

Gitt et visst antall institusjonsplasser, blir plass oftere ledig desto flere utskrivninger som finner sted (sirkulasjonene). Sirkulasjonsfaktoren i en kommune beregnes som antall utskrivninger fra institusjon per år dividert med antall plasser (ved slutten av året).

Antall utskrivninger er også avhengig av antall institusjonsplasser i kommunen. Antall utskrivninger per plass måler imidlertid bare hvor ofte en plass blir ledig, uten hensyn til faktisk antall plasser og størrelsen på befolkningen i en kommune. For at det skal bli meningsfylt å sammenlikne kommuner, må vi også etablere et mål for en kommunes tilgjengelighet der en bringer inn antatt behov for institusjonsplasser.

Mens sirkulasjonsfaktoren er en ren mengdebeskrivelse, vil vårt mål for tilgjengelighet relatere antall utskrivninger til et antatt behov for tjenester. Omfanget av antall personer 80 år+ er et enkelt tilgjengelig og samtidig robust mål for det potensielle behovet i eldrebefolkningen for omsorg på sykehjemsnivå. Antall utskrivninger per plass sett i forhold til befolkningen 80 år+ vil således være et godt mål for hvor ofte plasser blir ledige/tilgjengelige for den eldre befolkningen.

Tilgjengelighet velger vi derfor her å måle som antall utskrivninger fra institusjon per 100 innbyggere 80 år+. Vi operasjonaliserer med andre ord tilgjengeligheten til institusjon som et forholdstall mellom antall utskrivninger og antall innbyggere 80 år+. Og antall plasser som i løpet av et år blir tilgjengelig per 100 innbyggere 80 år+, er et

¹⁹ Men andelen 80 år+ i institusjon sier imidlertid noe vesentlig om i hvilken grad kommunene har lagt til rette for at institusjonsopphold skal være et tilbud i omsorgstjenestene.

entydig mål for tilgjengeligheten, uavhengig av omfanget av antall plasser eller hvor stor befolkningen er.

Jo større tilgjengelighet, desto oftere blir plass ledig i forhold til et antatt behov. To kommuner med samme antall institusjonsplasser og innbyggere 80 år+, kan imidlertid ha svært ulik tilgjengelighet. Vårt mål for tilgjengelighet gjør det meningsfylt å sammenlikne kommuner. Gjennomsnittlig oppholdstid/liggetid ved et sykehjem er en alternativ måte for å operasjonalisere hvor ofte plass blir ledig. Gjennomsnittlig oppholdstid kan enkelt beregnes når vi kjenner antall plasser og sirkulasjonsfaktoren.²⁰

Samarbeid mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester

Grad av tilgjengelighet vil fortelle noe vesentlig om hvordan institusjonsplassene blir brukt. Gitt et bestemt antall plasser, vil institusjonsomsorgen nå flere personer med sine tjenester desto større sirkulasjonen er. I kommuner med stor sirkulasjon vil personalet i institusjonene og de hjemmebaserte tjenestene måtte være nære samarbeidspartnere i det daglige, for eksempel ved at brukere ofte innskrives fra de hjemmebaserte tjenestene og til institusjon og vice versa. Og det er dette antatte samarbeidet vi mener indirekte kan operasjonaliseres gjennom mål for tilgjengelighet.

Korttids- og langtidsplasser

Det er to hovedtyper institusjonsplasser: langtidsplasser og korttidsplasser. Og det er selvsagt slik at sirkulasjonsfaktoren er lavere og gjennomsnittlig oppholdstid (liggetid) er betydelig lengre ved langtidsplassene enn ved korttidsplassene. Langtidsplassene utgjorde i 2010 om lag 85 prosent av institusjonsplassene, men sto for bare i underkant av 20 prosent av utskrivningene²¹. Otterstad og Tønseth (2007) konstaterer at ca. 20 prosent av utskrivningene skjer fra langtidsplasser, men i sine analyser av tilgjengelighet foretar de ikke separate analyser for korttids- og langtidsplasser. Korttidsplassene utgjør følgelig 15 prosent av samlet institusjonsvolum, mens vel 80 prosent av utskrivningene skjer fra disse plassene.

Det betyr at det dynamiske samarbeidet mellom institusjonene og de hjemmebaserte tjenestene/primærhelsetjenesten i hovedsak er knyttet til bruken av korttidsplassene. Når en bruker overføres til langtidsplass, kan det hevdes at institusjonens samarbeid med de hjemmebaserte tjenestene oftest er avsluttet for denne brukeren. Det er ved bruk av korttidsplasser at samarbeid mellom institusjon og de hjemmebaserte tjenestene

²⁰ Gjennomsnittlig oppholdstid beregnes som den inverse funksjonen av sirkulasjonsfaktoren, eller 1 dividert med sirkulasjonsfaktoren. Hvis sirkulasjonsfaktoren i en kommune f. eks. er 2,5, gir det oppholdstid i institusjon beregnet slik: Gjennomsnittlig oppholdstid = $365 \text{ dager} / 2,5 = 146 \text{ dager}$, som tilsvarer 0,4 år.

²¹ Dette og en rekke andre trekk ved drift av sykehjem er gjort utførlig rede for i Brevik (2011).

er faglig nødvendig. Dette fordi målsettingen for bruk av korttidsplasser er at bruker skal søkes tilbakeført til bolig. Derfor må institusjon og hjemmebaserte tjenester etablere gjensidige forutsetninger for hverandre og sørge for koordinert innsats overfor samme bruker. Vi tror derfor høy bruk av korttidsplasser kan indikere større grad av samarbeid mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester. Bruk av korttidsplasser er likevel ikke noe perfekt mål for samarbeid. Det kan selvsagt skje at brukere skrives ut uten at tilstrekkelig hjemmebaserte tjenester er på plass.

Vi legger til grunn at analyser av tilgjengelighet av korttids- og langtidsplasser i noen grad bør gjøres separat²². Sirkulasjonsfaktor og tilgjengelighet for henholdsvis langtids- og korttidsplasser er med andre ord uttrykk for prinsipielt ulike funksjoner. Tilgjengeligheten til korttidsplassene vil være en interessant størrelse i seg selv, siden det sier noe om hvor lett det er å få korttidsplass. I tillegg tror vi altså at det kan være en indikator for samarbeid mellom tjenestene. Fordi det er svære kommunevise forskjeller i gjennomsnittlig oppholdstid ved langtidsplassene og fordi langtidsplassene på landbasis utgjør hele 85 prosent av institusjonsvolumet, må det også tas hensyn til antall utskrivninger fra langtidsplasser når det er samlet tilgjengelighet som operasjonaliseres.

Drøftingen ovenfor viser at det kan foreligge tre mulige mål for tilgjengelighet til institusjon: samlet tilgjengelighet, tilgjengelighet til korttidsplasser og tilgjengelighet til langtidsplasser. Vi velger imidlertid to mål for hvordan institusjonsplassene blir brukt.

1. *Tilgjengelighet til korttidsplasser.* Dette er som nevnt en interessant indikator, både fordi samarbeid mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester særlig er knyttet til korttidsplassene, og fordi tilgang til korttidsplass i seg selv sier noe om tilgangen til tjenester. Opphold ved langtidsplass må som oftest langt på vei forstås som at samarbeid med de hjemmebaserte tjenestene er avsluttet.
2. *Samlet tilgjengelighet,* det vil si tilgjengelighet både til korttids- og langtidsplasser. Fordi selv om sirkulasjon per plass er langt mindre ved langtids- enn ved korttidsplassene, utgjør langtidsplassene i absolutte tall en betydelig andel.

Samlet tilgjengelighet er en måte å måle hvorvidt de institusjonsplassene en kommune rår over i hovedsak er «belagt» og sjelden blir ledige, eller i hvilken grad plassene står til rådighet ved kontinuerlig å bli ledige for nye brukere²³. Avslutningsvis og for

²² Personer i livets sluttfase med behov for trygg og omfattende medisinsk pleie i en langtidsplass, har som oftest ikke behov for den typen behandling og opptrening som tilbys ved korttidsplassene.

²³ For enkelte kommuner kan det bli hevdet at behovet for institusjonsplasser er så stort at korttidsplassene langt på vei fungerer som langtidsplasser, siden en ikke kan overføre brukere til de hjemmebaserte tjenestene. Vår operasjonalisering av tilgjengelighet vil dermed også ta høyde for om korttidsplassene er reelle korttidsplasser.

å oppsummere understreker vi at kommunenes innretning av institusjonsomsorgen operasjonaliseres gjennom tre ulike mål eller dimensjoner:

1. *Grad av institusjonsorientering* måles ved antall beboere i institusjon 80 år+ sin andel av befolkningen 80 år+.
2. *Tilgjengelighet til korttidsplasser* måles ved antall korttidsplasser som blir ledige i løpet av et år per 100 innbyggere 80 år+.
3. *Samlet tilgjengelighet til institusjonsplasser* måles ved antall plasser per 100 innbyggere 80 år+ som blir ledig i løpet av et år (både ved korttids- og langtidsplasser).

3.4 Ulike typologier

Her vil vi gjøre rede for hvordan vi har arbeidet fram de valgte typologiene for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Samtidig presenterer vi noen eksempler som dokumenterer hvordan vi har funnet fram til de valgte typologiene.

Om korrelasjon og sammenhenger mellom sentrale mål

Her skal vi ved hjelp av statistiske analyser forsøke å finne eventuelle typiske innretninger av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Vi baserer analysene på åtte mål for innretning av tjenestene og kjennetegn ved tjenestebrukere som er tilgjengelige i registerdata. Vi gjengir først en korrelasjonsmatrise som gjør rede for korrelasjonene mellom de sentrale målene for innretning og dermed grunnlaget for arbeidet med typologier basert på bivariate sammenhenger. Bivariat betyr at vi tar for oss to og to variabler om gangen, og sammenhengen mellom dem måles for å finne ut av om høy (eller lav) verdi på den ene variabelen typisk går sammen med høy eller lav verdi på den andre.

Tabell 3.3 Innbyrdes bivariate korrelasjoner mellom hovedvariablene. Basert på data fra 333 kommuner med 2000 eller flere innbyggere.

	Rate hjem- meb. 80 år+	Rate inst. 80 år+	Rate inst+ hjem- meb. 67 år+	Rate hjem- meb. 0-66 år	Samlet tilgjeng.	Tilgjeng. kort pl.	Omfatt b.behov 67+	Omfatt. b.behov 0-66 år
Rate hjemmeb. 80+	1	-.191**	.662**	.250**	.007	.027	.545**	.116
Rate inst 80 år +	-.191**	1	.427**	.154*	.149*	.112*	-.585**	.090
Rate inst+- hjemmeb. 67 år+			1					
Rate hjemmeb. 0-66	.250**	.154*	.402**	1	-.008	-.010	.105	.452**
Samlet Tilgjengelighet	.007	.149*	.028	-.008	1	.994**	-.094	-.147
Tilgjengelighet Korttidsplasser	.027	.112*	.020	-.010	.994**	1	-.040	-.160*
Omfattende bistandsb. 67+	.545**	-.585**	.202*	.105	-.094	-.040	1	.257*
Omfatt bistands- behov 0-66 år	.116	.090	.306**	.452**	-.147	-.160*	.257*	1

* = signifikant på minst 0,05 nivået, ** = signifikant på 0,000 nivået. For variablene antall med omfattende bistandsbehov, er opplysningene basert på data fra 176 kommuner.

Hva korrelasjonskoeffisienten måler

For å måle om høy verdi på én variabel ofte går sammen med høy verdi på en annen (eller lav verdi går sammen med lav verdi), bruker vi et mål som benevnes som korrelasjonskoeffisient. Koeffisienten vil kunne variere mellom +1 og -1. Hvis korrelasjonskoeffisienten er +1, er det slik at høy verdi på den ene variabelen helt ut går sammen med høy verdi på den andre variabelen i alle kommunene. Hvis den er -1, går lav verdi på den ene variabelen sammen med lav verdi på den andre variabelen i alle kommunene. Hvis koeffisienten er null, er det ingen systematisk samvariasjon mellom de to variablene. Korrelasjonskoeffisienten i seg selv sier imidlertid ingenting om årsakssammenhenger, kun om samvariasjon. Når for eksempel korrelasjonskoeffisienten mellom rate for eldre 80 år+ i institusjon og rate for hjemmebaserte tjenester for eldre 80 år+, er signifikant - og som her -.191, betyr det at det er en signifikant, men ikke særlig sterk negativ sammenheng mellom institusjonsorientering og bruk av hjemmebaserte tjenester for denne

aldersgruppen. Er det for eksempel mange eldre i institusjon i noen kommuner, er det med andre ord noen færre brukere av hjemmebaserte tjenester.

Sentrale signifikante bivarierte korrelasjoner mellom mål

De oppgitte korrelasjonskoeffisientene for de ulike bivarierte korrelasjonene som her følger i punktene 1–9 nedenfor, er alle hentet fra tabell 3.3. For hver korrelasjon, se tabell 3.3.

1 Rate for bruk av institusjon 80 år+ og bruk av hjemmebaserte tjenester 80 år+: korrelasjonskoeffisient -.191

I en gruppe av kommuner er det slik at når relativt mange i den eldre befolkningen bor i institusjon, er forbruksrate og intensitet i hjemmetjenestene til eldre mindre – og omvendt: når mange tildeles hjemmetjenester, har færre plass i institusjon. Dette er som vi kunne forvente.

2 Rate for bruk av institusjon 80 år+ og andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov: korrelasjonskoeffisient: -.585

Korrelasjonskoeffisienten mellom institusjonsorientering og andel brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ med omfattende bistandsbehov (intensitet) er -.585. Kommuner med relativt mange eldre 80 år+ i institusjon, har altså de fleste eldre med omfattende bistandsbehov der, og ikke i de hjemmebaserte tjenestene. I kommuner med få institusjonsplasser bor eldre med omfattende bistandsbehov oftere hjemme privat eller i omsorgsboliger.

At det er andel brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov, og ikke andelen av alle 67 år+ med hjemmebaserte tjenester, som uttrykker den kompensatoriske sammenhengen mellom institusjoner og hjemmebaserte tjenester, bekreftes også ved at korrelasjonen mellom andel brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov (intensitet) og institusjonsorientering er langt sterkere enn korrelasjonen mellom forbruksrate for alle med hjemmebaserte tjenester og institusjonsorientering.²⁴

Hjemmebaserte tjenester og institusjonsplasser er altså i noen grad *alternative* måter å organisere tjenestetilbud på, også overfor brukere med omfattende bistandsbehov. Dersom institusjonsplassering ikke hadde vært et alternativ, kunne vi forvente en negativ sammenheng mellom andel brukere av hjemmebaserte tjenester (forbruks-

²⁴ Korrelasjonskoeffisientene er på henholdsvis -.191 og -.585. Begge er signifikant på .000 nivået, jfr tabell 3.3.

rate) og intensitet – det vil si det motsatte av det observerte.²⁵ Mange tunge brukere i de hjemmebaserte tjenestene kunne tilsi at «lettere» brukere (som kommunen ikke nødvendigvis vurderer som at de har et lovpålagt ansvar for å bistå) ikke ville fått tilbud.

Vi finner imidlertid ikke en sammenheng mellom andel brukere av hjemmebaserte tjenester og intensitet. Dette kan blant annet skyldes den negative sammenhengen mellom institusjonsorientering og satsing på hjemmebaserte tjenester imidlertid også skyldes at noen kommuner har større helse- og levekårsproblemer blant sine eldre enn hva tilfellet er i andre kommuner, og derfor må prioritere tilbud til disse.

3 Rate for bruk av hjemmebaserte tjenester 80 år+ og rate for brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov: korrelasjonskoeffisient .545

Det er også en klar statistisk sammenheng mellom andel eldre 80 år med hjemmebaserte tjenester og andel slike brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Det betyr at andelen av den eldre befolkningen som mottar hjemmebaserte tjenester, i stor grad samvarierer med andelen hjemmeboende brukere med omfattende bistandsbehov. Hvis en kommune tildeler hjemmebaserte tjenester bare til en mindre andel eldre, vil det i denne kommunen samtidig være færre eldre med omfattende bistandsbehov som bor hjemme. Øker andelen eldre som tildeles hjemmebaserte tjenester, tiltar også andelen eldre med omfattende bistandsbehov blant disse. Kommuner som tildeler hjemmebaserte tjenester til relativt mange eldre, vil samtidig også ha relativt mange hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov (høy intensitet).

4 Rate for bruk av hjemmebaserte tjenester 80 år+ og rate for brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov: korrelasjonskoeffisient: .250

Det er også positiv sammenheng mellom andel eldre 80 år+ med hjemmebaserte tjenester og andel personer 0–66 år med slike tjenester. Det betyr for eksempel at kommuner som relativt sett yter hjemmebaserte tjenester til mange eldre, samtidig yter hjemmebaserte tjenester til relativt mange yngre brukere. Jamfør også at det er positiv korrelasjon (korrelasjonskoeffisienten er 0.257, jfr. tabell 3.3) mellom andel brukere

²⁵ Resonnementet er som følger: «Hjemmeboende med omfattende bistandsbehov trenger mer bistand enn hjemmeboende med mindre bistandsbehov. En kommune er først og fremst pliktig til å sørge for at 'nødvendig helsehjelp' i lovens forstand blir prioritert før kommunen tildeler 'ønsket, men ikke nødvendig' bistand. Når kommuner har mange hjemmeboende med omfattende bistandsbehov skulle vi tro at disse kommunene, ut fra tilgjengelige ressurser, ville måtte nedprioritere tildeling av 'ønskede, men ikke nødvendige' hjemmetjenester til personer med beskjedne bistandsbehov. Vi skulle med andre ord forvente at kommuner med mange hjemmeboende med omfattende bistandsbehov vil måtte konsentrere hjelpeinnsatsen til disse (dvs. mye hjelp til få personer, det motsatte av litt hjelp til mange personer. I alle fall bør vi forvente denne sammenhengen i kommuner med lave frie inntekter)». Brevik & Nygård 2013:54.

av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 67 år+ og 0–66 år – se for øvrig korrelasjon nr 7 nedenfor.

5 Rate for brukere av hjemmebaserte tjenester pluss beboere i institusjon 67 år+ og rate for bruk av hjemmebaserte tjenester 0–66 år: korrelasjonskoeffisient: .402

Det er betydelig positiv sammenheng mellom andel brukere av pleie- og omsorgstjenester 67 år+ i alt i kommunene og andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år. Det er således slik at dess flere brukere 67 år+ en kommune har, desto flere brukere har en samtidig i befolkningen under 67 år. I tillegg er det en viss positiv sammenheng mellom å ha mange eldre 67 år + under offentlig omsorgsregime og omfanget av brukere med omfattende bistandsbehov 0–66 år.

Motsatt av hva en skulle forvente og motsatt av hva som har blitt hevdet (at yngre brukere fortrenger innsatsen for eldre brukere 67 år+), er tilfellet oftere slik: Kommuner med mange eldre brukere i alt har innrettet seg slik at en ofte gir hjelp til flere brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år samtidig som disse oftere har omfattende bistandsbehov. Dette er sannsynligvis kommuner som prioriterer omsorgstjenestene slik at alle kommer med – eventuelt kommuner som har betydelige helse- og levekårsproblemer i eldrebefolkningen. Det er med andre ord ikke slik at kommuner som hjelper mange, gjør det på bekostning av andre brukere. Og omvendt vil det være slik at kommuner med få eldre brukere, samtidig har færre yngre brukere. Det synes å være den overordnede eller den generelle pleie- og omsorgspolitikken som slår igjennom. Slike trekk øker sannsynligheten for at de valgte innretningene er gjennomtenkte.

6 Rate for bruk av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med og rate for bruk av hjemmebaserte tjenester 0–66 år blant brukere med omfattende bistandsbehov: korrelasjonskoeffisient: .452

Det er også en klar positiv sammenheng mellom andelen brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år og andel slike brukere med omfattende bistandsbehov (intensitet). Kommuner som tildeler hjemmetjenester til for eksempel relativt mange yngre, har samtidig relativt flere yngre slike brukere med omfattende bistandsbehov. At det er slik, kan på den ene siden ha sammenheng med god kommuneøkonomi (f. eks høy andel frie inntekter), og på den andre siden omfattende helseproblemer i den lokale befolkningen.

7 Rate for bruk av hjemmebaserte tjenester blant brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov og rate for bruk av slike tjenester blant brukere 0–66 år med omfattende bistandsbehov: korrelasjonskoeffisient: .257

Det er signifikant positiv sammenheng mellom andel eldre og yngre brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov. Dette betyr at hjemmeboende med omfattende bistandsbehov både blant eldre og yngre i noen grad følger hverandre. Det

er altså ikke slik at mange yngre tunge brukere fortrenger de eldre, det vil si at en ikke kan ha mange med omfattende bistandsbehov både blant eldre og yngre.

8 Samlet tilgjengelighet og tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem 80 år+: korrelasjonskoeffisient .994

Samlet tilgjengelighet og tilgjengelighet på korttidsplasser i sykehjem har en korrelasjonskoeffisient på .994. Det er altså en entydig positiv sammenheng mellom samlet tilgjengelighet og tilgjengelighet på korttidsplasser. Dette bekrefter at ut- og innskrivninger i sykehjem i all hovedsak er tilknyttet korttidsplassene.

9 Rate for tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem 80 år+ og rate for plass i institusjon 80 år+: korrelasjonskoeffisient .112

Vi finner positiv sammenheng mellom institusjonsorientering og tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem for personer 80 år+. Korrelasjonskoeffisienten er imidlertid bare .112, men er signifikant på 0.05-nivået.

Selve mengden sykehjemsplasser i alt – det vi har definert som teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser – har en viss betydning for tilgjengeligheten: desto flere institusjonsplasser en kommune disponerer, desto større vil tilgjengeligheten til korttidsplasser være. Det kan tolkes som at mange institusjonsplasser fører til mindre press på korttidsplasser for brukeren i langtidsplassene. Og omvendt vil knapphet på langtidsplasser kunne føre til press på korttidsplassene, fordi de ville kunne bli brukt av langtidsbrukere som en ikke har plass til nettopp på grunn av knapphet på langtidsplasser.

Resultatet nevnt ovenfor er samtidig motsatt av forventet. I Otterstad og Tønseths studie (2009) fant en med data fra ti fylker negativ sammenheng mellom tilgjengelighet til institusjonsplasser og teoretisk dekningsgrad i sykehjem. Desto flere institusjonsplasser en kommune relativt sett rår over, desto mindre er tilgjengeligheten, også omtalt som omsorgstjenestens paradoks. På grunnlag av denne studien var vår hypotese at tilgjengeligheten²⁶ avtar med økende institusjonsorientering (andel 80 år+ med plass i sykehjem).

Men i samsvar med den nasjonale tendensen, jfr. positiv korrelasjon mellom rate for plass i institusjon og tilgjengelighet til korttidsplasser, finner vi kommuner med stor tilgjengelighet til korttidsplasser som samtidig har en stor andel eldre i sykehjem. Men det er også en undergruppe av kommuner med lav tilgjengelighet på korttidsplasser.

²⁶ Vi nytter her tilgjengelighet til korttidsplassene som tilgjengelighetsmål, mens Otterstad og Tønseth nyttet samlet tilgjengelighet, dvs inkluderte utskrivningene på langtidsplassene. Men som vi allerede har vist i tabell 3.3, er det så sterk samvariasjon mellom disse variablene i vårt materiale (korrelasjon=.99) at de måler det samme. Og vi nytter derfor tilgjengelighet til korttidsplasser som eneste mål for tilgjengelighet til eldreinstitusjoner.

ser til tross for å være sterkt institusjonsorientert. Brevik og Nygård (2013:59–60) har synliggjort at en også finner en undergruppe av kommuner som i samsvar med vår hypotese har høy tilgjengelighet til korttidsplasser samtidig som kommunene rår over få institusjonsplasser per 100 innbyggere 80 år+ (er lite institusjonsorientert).

Selv om de finner en svak, men likevel signifikant statistisk positiv sammenheng mellom teoretisk dekningsgrad av institusjonsplasser og tilgjengelighet på nasjonalt nivå, er det et like framtreddende resultat at det er undergrupper av kommuner som avviker fra denne nasjonale tendensen. De fant med andre ord at *under* en signifikant sammenheng som observeres på det nasjonale nivået, var det et betydelig antall kommuner som – sammenliknet med den nasjonale trenden – har stikk motsatt innretning.

Sammenhengen på nasjonalt nivå viser altså at også mengden (antallet) plasser – og ikke bare sirkulasjonsfaktoren – har betydning for tilgjengeligheten, jfr. drøftingen av sammenhengen mellom antall plasser og tilgjengelighet. Resultatene tyder på at selv om tilgjengeligheten i størst grad bestemmes av sirkulasjonsfaktoren, har også kommunenes grad av institusjonsorientering (andel av den eldste befolkningen med plass i institusjon) likevel en viss betydning, og kanskje større betydning enn det som framgår av Otterstads studier (Brevik & Nygård 2013:61).

Denne gjennomgangen viser at når korrelasjonene er svake, vil det være mange kommuner som avviker fra den nasjonale trenden. Plottdiagrammene som Brevik og Nygård (2013:59) har utarbeidet i denne sammenhengen, jfr. for eksempel figur 3.1 nedenfor, viser at det er den store spredningen, det vil si mangfoldet i kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene, som oftest er det mest framtreddende trekket. Deltypologiene som er utarbeidet på grunnlag av korrelasjonene, vil derfor nesten alltid bare måtte representere et mindre antall undergrupper av kommuner. Det finnes med andre ord ikke vidtfnende mønstre eller typologier for kommunens innretning av omsorgstjenestene.

Gjennomgangen viser dessuten at det i det kommunale mangfoldet likevel er visse mønstre, eller undergrupper av kommuner hvor vi gjenfinner klare *deltypologier* for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Og det er de korrelasjonene og de mønstrene som vi har funnet mellom bivariate mål for innretning av pleie- og omsorgstjenestene, som vi har lagt til grunn for det videre arbeidet med å avklare hvilke deltypologier som er markante og interessante, i den forstand at det etter vår vurdering ligger bevisste valg til grunn for den måten pleie- og omsorgstjenestene er innrettet på, spesifisert ved de enkelte deltypologienes spesifikke kjennetegn.

Grunnlag for typologier for ulike innretninger av pleie- og omsorgstjenestene

Vi har etablert våre typologier for innretning av kommunale pleie- og omsorgstjenester på grunnlag av bivariate sammenhenger (korrelasjoner) mellom sentrale mål for bruk og brukere av pleie- og omsorgstjenester. Typologiene bestemmes primært ved å ta utgangspunkt i de bivariate sammenhengene mellom de nevnte faktorene som kor-

relerer mest. Men vi tar også hensyn til hvordan hovedtjenestene i pleie og omsorg forholder seg til hverandre, det vil si hvilke sammenhenger som foreligger mellom bruk av hjemmebaserte tjenester og institusjoner (sykehjem).

Faktoren andel brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov er dessuten nyttet som spesifiserende kriterium for typologisering, da denne faktoren innføres i et trinn 2 i spesifiseringene av kommunenes innretning av omsorgstjenestene, der det skilles mellom kommunenes bruk av hjemmebaserte tjenester etter den relative størrelsen av andel brukere med omfattende bistandsbehov. Det gjelder deltypologi 5, 6 og 8. Vi viser til oversikt over typologiene til slutt i kapittel fire, der det gjøres rede for kriterier og kjennetegn for de valgte typologiene.

Så langt slår vi fast at de ni omtalte korrelasjonene mellom de åtte anvendte målene for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene (jfr. tabell 3.3) som vi her har gjort rede for, etter vår vurdering fanger opp seks hovedorienteringer i hvordan kommunene har innrettet sine pleie- og omsorgstjenestene i Norge:

- institusjonsorientering (1) versus hjemmetjenesteorientering (2),
- pleiestrategisk orientering (3) versus en forebyggende strategi (4),
- grad av integrert bruk av tjenestene ved samspill mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester målt ved tilgjengelighet til korttidsplassene (5),
- og de hjemmebaserte tjenestenes funksjon som alternativ til institusjon (6) målt ved andel brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov.

De seks hovedorienteringene for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene er:

1. Institusjonsorienterte kommuner eller ikke. Mange/få brukere i institusjon.
2. Hjemmetjenesteorienterte kommuner eller ikke. Mange/få brukere av hjemmebaserte tjenester.
3. Kommuner med pleie- eller forebyggende strategi. Få/mange eldre brukere i alt i institusjon/hjemmebaserte tjenester.
4. Kommuner med allmenn forbyggende strategi i pleie- og omsorgstjenestene. Mange brukere av hjemmebaserte tjenester under og over 67 år.
5. Progressive kommuner. Samhandling mellom hovedtjenestene. Stor tilgjengelighet til sykehjem.
6. Kommuner med godt utviklet omsorgstjeneste for hele befolkningen Mange brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov under 67 år og 67 år+.

Med utgangspunkt i disse hovedorienteringene og de ulike delmålene for innretning av omsorgstjenestene, har vi utarbeidet åtte ulike deltypologier for egenskaper ved kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Oversikt over disse foreligger i vedleggstabell V3.1b.

3.5 Bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester blant brukere 80 år+

I det følgende vil vi legge fram eksempler på hvordan vi har arbeidet med å komme fram til de åtte valgte deltypologiene for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene i 2010.

Grad av korrelasjon mellom bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester til brukere 80 år+

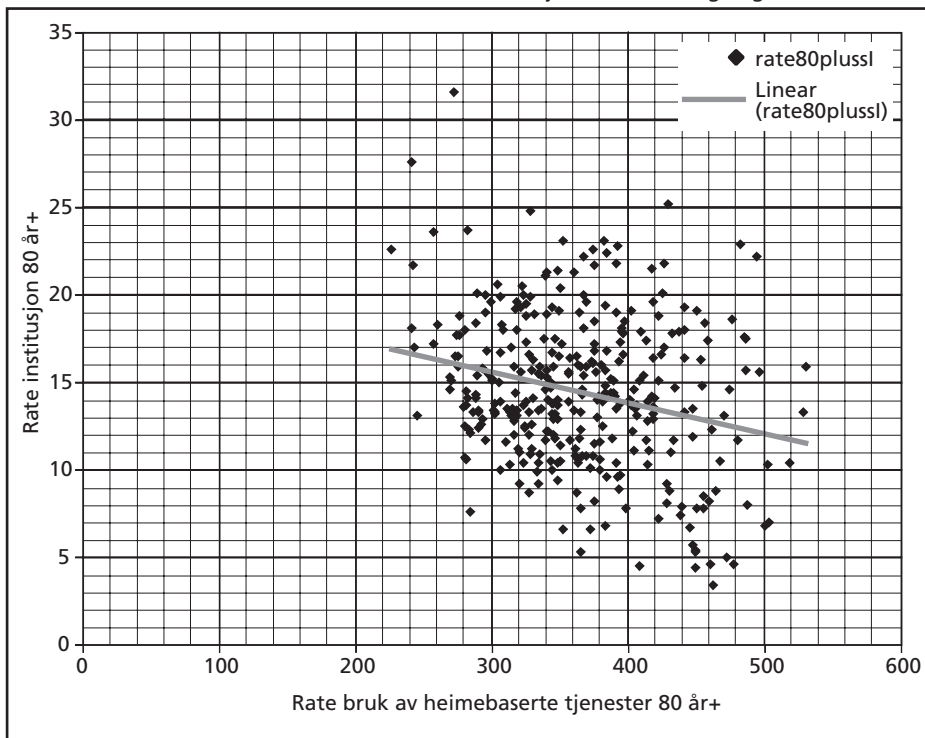
Slik det går fram i kapittel 3.1, har vi valgt å måle kommunenes orientering med hensyn til innretningen av omfanget i bruk av eldreinstitusjoner (sykehjem) versus hjemmebaserte tjenester, ved hjelp av rater for bruk 80 år+ i disse to hovedtilbudene. Vi legger til grunn at det er et kompenserende mønster mellom bruk av institusjoner og hjemmebaserte tjenester, idet kommuner med lavinstitusjonsdekning jevnt over antas å ha et mer omfattende tilbud i de hjemmebaserte tjenestene. Og en kan legge til grunn at det også er strukturelle grunner til at det vil være slik (Daatland 2012).²⁷

Våre analyser av korrelasjonen mellom de sentrale målene for typologiseringen av innretningen av kommunenes pleie- og omsorgstjenester viser, som tidligere gjort rede for, at det er en negativ korrelasjon mellom rate for bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester blant brukere 80 år+, tilsvarende $-0,19$ ²⁸. En lav institusjonsdekning kompenseres bare *svakt* ved en høyere bruk av hjemmebaserte tjenester. Det generelle mønsteret er imidlertid bare svakt kompenserende.

²⁷ Daatland peker på at når institusjonsplasser er etablert, varer de ved og representerer en varig eller langsomt forandrende struktur, og plassene blir heller ikke stående tomme. De hjemmebaserte tjenestene er langt mer fleksible. Men når en kommune har bundet opp omfattende resurser i institusjon, vil det som oftest være mindre igjen til hjemmebaserte tjenester (Daatland mfl. 2012:85–86).

²⁸ I en analyse av 383 kommuner i 2009 (jevnt over små kommuner holdt utenfor) på grunnlag av KOSTRA, fant en en svak negativ korrelasjon på $-0,16$ mellom rate for bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester blant brukere 80 år+. I kommuner med 5000 innb.+, var korrelasjonen noe sterkere ($-0,28$ – Daatland mfl. 2012:95). Dette stemmer godt med våre resultater for 333 kommuner med 2000 innb. + i 2010.

Figur 3.1 Sammenhengen mellom bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester blant brukere 80 år+ i 333 kommuner med 2000 innb+ i 2010. (Korrelasjon= - .191). Beregninger ved NIBR 2012.



Kilde: KOSTRA 2010, SSB 2011.

Plotdiagrammet i figur 3.1 viser at det generelt er en viss tendens til at tiltakende dekningsgrad i institusjon gir færre brukere med hjemmebaserte tjenester. Dette antakelig mest fordi en tiltakende del av de samlede ressursene blir bundet til institusjonsdrift når dekningsgraden i institusjon øker, og dermed blir potensialet for å yte hjemmebaserte tjenester tilsvarende svekket. Det er det allmenne bildet. Men grupper av kommuner avviker betydelig fra dette. Det finnes kommuner med svært lav dekning i institusjon og svært høy dekning i hjemmebaserte tjenester, det vil si med et sterkt kompensende mønster. Og samtidig finnes det kommuner med et lite omfattende tilbud i begge tjenestene, eller kommuner med et omfattende tilbud i begge tjenestene. Det generelle bildet er at spredningen er svært stor. Hvordan dette rent empirisk forholder seg, vil vi vise i neste avsnitt. Der viser vi hvordan kommunene plasserer seg når det gjelder bruken av disse to hovedtjenestene når vi deler dem inn i skåre i rater 80 år+ i de respektive tjenestene i kvintiler.²⁹

²⁹ Kvintilplassering skjer ved at kommunene rangeres langs det aktuelle målet. Deretter deles kommunene i fem like store grupper. 1. kvintil er den femdelen av kommunene som skårer lavest på det aktuelle målet. 5. kvintil er den femdelen som skårer høyest.

Sammenheng mellom ulike tjenester

Vi gjør her rede for sammenhengen mellom andel eldre 80 år med plass i institusjon og rate i hjemmebaserte tjenester 80 år+ etter skåre plassert i kvintiler for disse to målene.

Tabell 3.4 Sammenheng mellom andel eldre 80 år med plass i institusjon og rate i hjemmebaserte tjenester 80 år+. Antall og andel kommuner i 1.+2. kvartil og 4.+5. kvartil i begge tjenestetilbudene, samt sum andel kommuner og disse kommunenes andel i prosent av alle kommuner (333). 2010.

Rate institusjon 80 år+	Rate hjemmebaserte tjenester 80 år+						
	1. kvartil	2. kvartil	1.+ 2. kv, pst	4. kvartil	5. kvartil	4.+5. kv, Pst	Alle - 1,2+4,5
1.+2. kvartil	20	30	(a) 15%	23	34	(b) 17 %	97
4. + 5. kvartil	30	25	(c) 17 %	23	23	(d) 14 %	101
Alle kommuner	50	55	105	46	57	103	208

Forkortelser: Institusjonsbruk (sykehjem) i 1.+2. kvartil=Sl (lav). Og i 4.+5. kvartil= Sh (høy). Og tilsvarende for de hjemmebaserte tjenestene: Hl og Hh.

Den generelle relativt lave kompensasjonsgraden går fram av at det er omtrent like mange kommuner som skårer Sl/Hl (a), Sl/Hh (c), Sh/Hl (b) og Sh/Hh(d), det vil si hver sjettede kommune (14–17 prosent av kommunene), jfr. tabell 3.4. Til sammen utgjør disse 208 kommunene 62 prosent av de 333 kommunene med 2000 innbyggere+ i Norge i 2010. Alle fire ytterkantene av spredningsfeltet er jevnt representert. Kommunene er ingenierte samlet rundt et gjennomsnitt.

En hovedtrend i innretning av omsorgstjenestene er altså en kompensatorisk sammenheng mellom institusjonsomsorg og hjemmetjenester. Om vi holder oss til kommuner som tilhører henholdsvis 1. eller 2. kvartil eller 4. eller 5. kvartil i begge målene (variablene) for innretning, jfr. tabell 3.4, var det 112 kommuner, eller 33 prosent av de 333 kommunene som tilhørte den kompensatoriske enten/eller-gruppen av kommuner (celler med grå bakgrunn i tabell 3.4 viser antall kommuner med denne tydelige kompensatoriske innretningen).

Det er imidlertid jevnt over like store undergrupper av kommuner som bryter med dette kompensatoriske innretningsmønsteret. Noen kommuner gir både plass i institusjon og hjemmebaserte tjenester til få personer, idet 50 kommuner (15 prosent) yter hjemmebaserte tjenester til relativt få eldre samtidig som disse har relativt få plasser i institusjon. Disse kan vi betrakte som «særlig påholdne» kommuner. Motsatt er det 46 kommuner (14 prosent) som kan sies å tildele både institusjonsplasser og hjemmetjenester til mange eldre, det vil si at de plasserer seg i 4. eller 5. kvartil i disse to målene for innretning av omsorgstjenestene. Det er igjen et mindre antall kommuner som vi ut fra disse data kan karakterisere som «særlig påholdne» eller «særlig rause». Det kommer vi tilbake til i omtalene av eksempler på deltypologier nedenfor. Det er imid-

lertid ikke antallet kommuner, men at det er kommuner med ulike typer innretninger av hovedomsorgstjenestene som er det interessante og vesentlige.

Som tidligere nevnt (Brevik & Nygård 2013:53) representerer de fire skisserte undergruppene av kommuner sentrale og strategisk interessante innretninger. Og det er mulig å finne fram til kommuner som har valgt ulikt: noen kommuner har for eksempel i hovedsak satset på hjemmebaserte tjenester, der institusjonsomsorgen oftest blir brukt til korttidsopphold. Andre kommuner har i hovedsak staset på institusjonsomsorg. Men også de to andre undergruppene kan representere vesentlige strategiske innretninger. Det er nærliggende å anta at undergruppen av «særlig rause» kommuner, som tildeler både institusjonsomsorg og hjemmebaserte tjenester til mange, også bruker relativt mye ressurser på omsorgstjenestene.

Den motsatte undergruppen av kommuner, som tildeler både institusjonsomsorg og hjemmebaserte tjenester til få eldre – og som vi har karakterisert som «særlig påholdne» – har kanskje en omsorgstjeneste som kort og godt er for knapp. Men tjenestene kan her likevel være omfattende for enkelte brukere. Det er selvsagt også mulig at dette er en undergruppe av kommuner som både driver kostnadseffektivt og med god eller tilfredsstillende kvalitet.

Men slik det er drøftet tidligere (Brevik & Nygård 2013, kap. 4.2.1), kan det stilles en rekke spørsmål til sammenhenger mellom strategisk innretning på den ene siden og kvalitet og driftsforhold på den andre. Hvis eksempelvis en kommune tildeler både institusjonsplass og hjemmetjenester til få personer, er det, ifølge Brevik og Nygård (2013:50) «ikke antall kommuner som har en slik innretning, som er det interessante. Det interessante er hvilke praktiske grep disse kommunene har tatt og med hvilke kvalitative eller andre konsekvenser».

Og slik Brevik og Nygård (2013) i den nevnte sammenhengen tidligere har pekt på: det er typen innretning og ikke antall kommuner med en slik innretning som er vesentlig, som de skriver: «Det er omsorgstjenestenes innretning, driftsforhold og kvalitet i bostedskommunen som *er* omsorgstjeneste for innbyggerne i denne kommunen, selv om denne kommunen er den eneste av landets kommuner som har slik innretning.» (Brevik & Nygård, 2013:51)

Vi har beskrevet følgende fire kommunegrupper som er karakterisert med innretning av hovedtjenestene i pleie og omsorg slik det går fram av tabell 3.5, som viser antall kommuner og andel av alle kommuner i prosent, forutsatt at inklusjonskriteriet er 2 kvintiler for begge de anvendte målene. Dette gjaldt i 2010 208 av i alt 333 kommuner med 2000 innbyggere+, det vil si 62 prosent av kommunene med 2000 innbyggere+.

Tabell 3.5 Oversikt over 4 deltypologier etter hvordan kommunene kombinerer bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester til brukere 80 år+.

Type deltypologi for innretning av omsorgstjenestene	Antall	Andel pst
Institusjoner til mange og hjemmetjenester til få	55	17
Institusjoner til få og hjemmetjenester til mange	57	17
Både institusjoner og hjemmetjenester til få	50	15
Både institusjoner og hjemmetjenester til mange	46	14
Sum	208	62,46 pst

I tillegg har vi et stort antall eksempler på innretninger hvor kommunene tilhører mellomkvintiler. Det gjelder $333-208=115$ kommuner med 2000 innbyggere+. Selv med to mål for innretning – institusjonsorientering og rate hjemmetjenester – med fem verdier i hvert mål (5 kvintiler), blir antall mulige kombinasjoner, det vil si mulige innretninger av omsorgstjenestene, stort og uoversiktlig.³⁰

Mangel på nasjonal konsensus og anbefalinger

De objektive behovene for helse- og omsorgstjenester i befolkningen varierer noe fra kommune til kommune. Ulikhetene i innretning av helse- og omsorgstjenestene er likevel så store at de ikke kan forklares med slike ulikheter. Hvis det forelå en nasjonal konsensus om hvordan dette behovet best kunne møtes qua sammensetning av tjenestetilbud, burde vi kunne forvente nokså enhetlig innretning av tjenestene mellom kommuner med likeartet befolknings sammensetning og levekårsutfordringer. Dette er imidlertid langt fra tilfellet. Og det faktiske utbyggingsmønsteret og innretningen av tjenestene viser derfor at en slik nasjonal konsensus på langt nær foreligger realisert, snarere tvert imot.

Samtidig er det rimelig å anta at noen måter å innrette tilbudet på, både er mer effektivt og kvalitativt bedre enn andre. Dette betyr at det samtidig antakelig foreligger betydelige forskjeller mellom kommunene med hensyn til slike effekter.

³⁰ Med bare to mål for innretning (institusjonsomsorg og rate hjemmetjenester eldre) og 5 eller 10 verdier (5 kvintiler eller 10 desiler), blir antall mulige kombinasjoner eller mulige innretninger av omsorgstjenestene uoversiktlig. Selv om vi reduserer antall verdier i hvert mål til 3 – lav, middels og høy – blir likevel antall kombinasjoner lett uoversiktlig.

3.6 Eksempel på valg av typologier

Vi skal nå gi eksempler på tre ulike grupperinger eller deltypologier for kommunenes innretning av hovedtjenestene i pleie og omsorg og hva som karakteriserer dem. Og vi gjør det ut fra kommunenes bruk av institusjon versus hjemmebaserte tjenester blant brukere 80 år+, slik som vist i forrige avsnitt, jfr. tabell 3.5, og tabell 3.6 nedenfor. Dette for å anskueliggjøre grunnlaget og utgangspunktet for utformingen av samtlige av de åtte deltypologiene for innretningen av kommunenes omsorgstjenester som er utarbeidet i dette prosjektet. Det som følger er med andre ord ment som undervisning i hvordan vi har etablert ulike typologier. Og for å spare plass, nøyer vi oss her med tre typologier. Men alle typologiene vil bli utførlig gjort rede for i kapittel seks.

Generelt om fordeling i skåre på kvintilnivå

Vi tar på nytt utgangspunkt i tabell 3.4, som viser hvordan kommunene fordeler seg i kvintiler etter skåre i rate for bruk av institusjoner (sykehjem) og hjemmebaserte tjenester til brukere 80 år+. Her gjengir vi antall og andel kommuner innenfor hvert enkeltkvintil for 1. og 2. kvintil versus 4. og 5. kvintil. Før vi gjør rede nærmere rede for de kommunene som hører hjemme i de valgte deltypologiene, gjør vi med utgangspunkt i tabell 3.6 generelt rede for mønsteret i fordelingen av kommunene etter skåre i rate for bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester.

Kommuner med et kompenserende mønster i bruk av institusjon versus hjemmebaserte tjenester

Om vi tar for oss kommuner med skåre i 1. og 5. kvintil for bruk av institusjon (sykehjem) – jfr. tabell 3.4, er det et betydelig antall kommuner som framstår med et kompenserende mønster. Av kommuner som har stor bruk av institusjonsplasser (i 5. kvintil med rate 80 år+ tilsvarende i gjennomsnitt 20,6 plasser per 100 innb. 80 år+ i 2010), er det 30 kommuner (gruppe c, jfr. tabell 3.6 som samtidig har andel brukere med hjemmebaserte tjenester i 1. og 2. kvintil, det vil si kommuner med en nokså ensidig satsing på sykehjem (c11, jfr. tabell 3.6). Blant disse befinner 17 kommuner i 1. kvintil for andel 80 år+ med hjemmebaserte tjenester. Dette er kommuner med svært mange eldre 80 år+ i institusjon og svært få eldre med hjemmebaserte tjenester. Dette er sterkt institusjonsorienterte kommuner. Av den grunn velger vi disse kommunene som deltypologier (typologi 1 – se vedleggstabell V3.1b).

Til forskjell fra operasjonaliseringen av typologier slik den går fram av tabell 3.4, innsnevrer vi her inklusjonskriteriene for valg av typologier, idet vi velger kommuner ut fra deres plassering i enkeltkvintiler. På den andre siden er det en annen gruppe, som består av 37 kommuner (gruppe b1) med lavt tilbud i institusjon (1. kvintil), jfr. tabell 3.6, men med mange brukere av hjemmebaserte tjenester (i 4. og 5. kvintil).

I den første gruppen (c1) kan vi teoretisk gå ut fra at mange institusjonsplasser kompenseres for lav bruk av hjemmebaserte tjenester, mens i den andre gruppen (b1) kan vi anta at lavt institusjonstilbud kompenseres ved et tilbud i hjemmebaserte tjenester som omfatter mange, særlig hvis det samtidig her er relativt mange brukere med omfattende bistandsbehov. Dette kommer vi tilbake til nedenfor.

Tabell 3.6 Sammenheng mellom andel eldre 80 år med plass i institusjon og rate i hjemmebaserte tjenester 80 år+. Andel kommuner i 1.og 2.kvintil og i 4. og 5. kvintil for begge tjenestetilbudene i prosent av alle kommuner (333). Samt antall kommuner i 1.og 2. og i 4. og 5. kvintil.

Rate institusjon 80 år+	Rate hjemmebaserte tjenester 80 år+						
	1. kvintil	2. kvintil	1.+ 2. kv, Pst	4. kvintil	5. kvintil	4.+5. kv. Pst	Alle - 1,2+4,5
1. kvintil	5	8	(a1) 4	11	26	(b1)12	50
2. kvintil	15	22	11	12	8	6	57
1.+2. kvintil	20	30	(a) 15%	23	34	(b) 17 %	
4. kvintil	13	12	8	12	13	8	50
5. kvintil	17 (c11)	13	(c1) 9	11	10	(d1) 6	51
4. + 5. kvintil	30	25	(c)17 %	23	23	(d) 14 %	
Alle kommuner	50	55		46	57	333	208

Kommuner med hopende mønstre – få/mange brukere av hjemmebaserte tjenester versus institusjon

På den andre siden er det 21 kommuner (gruppe d1) med høy institusjonsbruk som samtidig også har mange brukere av hjemmebaserte tjenester (befinner seg i 4. og 5. kvintil). Dette må antas å være kommuner med et relativt raust tilbud. Disse har vi av den grunn valgt som en annen deltypologi (typologi 3). Disse synes å utgjøre en motsetning til de 13 kommunene (gruppe a1) med særs lavt institusjonstilbud (1. kvintil) og samtidig med relativt få brukere av hjemmebaserte tjenester (1. og 2. kvintil). Disse to siste gruppene representerer hopende mønstre, der det enten er kommuner med relativt mange eller få brukere av begge tjenestene. Derfor har vi valgt disse 13 kommunene som representanter for kommuner som har et svært begrenset antall brukere, som driver knapt, men med en mulig pleiestrategisk innretning av omsorgstjenestene. Disse kommunene inngår i vår tredje deltypologi (typologi 2).

Egenskaper ved tre ulike deltypologier

På grunnlag av gjennomgangen og presentasjonen ovenfor, gjengir vi her hovedkjen- netegn ved tre deltypologier etter egenskaper ved bruk og innretning av pleie- og omsorgstjenestene.

- Typologi 1 Institusjonsorienterte kommuner: Mange eldre i institusjon – få eldre brukere i hjemmebaserte tjenester

Vi tar her utgangspunkt i vår gjennomgang ovenfor om fordeling etter skåre i kvintiler for rater i bruk av institusjon og hjemmebaserte tjenester, jfr. tabell 3.6. Her går det fram at 17 kommuner har svært mange med plass i institusjon (sykehjem), det vil si plasserer seg i 5. kvintil for rate eldre 80 år+ i institusjon, men som samtidig har relativt få brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+, det vil si at de plasserer seg her i 5. kvintil (c11).

- Typologi 2 Kommuner med mulig pleiestrategisk orientering: Få eldre både i insti- tusjon og i hjemmebaserte tjenester

Dette er kommuner med andel bruker 80 år+ i 1. kvintil i institusjon og brukere 80 år+ i 4. og 5. kvintil i hjemmebaserte tjenester, i alt 13 kommuner (a1), jfr. tabell 3.6. Dette er kommuner med svært få brukere i sykehjem, samtidig som det her jevnt over er få eldre brukere av hjemmebaserte tjenester.

- Typologi 3 Kommuner med mulig orientering mot forebyggende strategi: Mange eldre brukere i institusjon, men samtidig mange eldre i hjemmebaserte tjenester

Dette er kommuner med andel 80 år+ i institusjon i 5. kvintil samtidig som andelene 80 år+ med hjemmebaserte tjenester er i 4. og 5. kvintil, det vil si kommuner med mange eldre både i institusjon og i hjemmebaserte tjenester, i alt 21 kommuner (d1).

Innsikt i kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene

På samme måte som vist for de tre nevnte typologiene her i kapittel 3.6, har vi på grunnlag av våre åtte anvendte mål for bruk og brukere av pleie- og omsorgstjenestene og oversikten over seks hovedinnretninger av disse tjenestene (jfr. avsnitt 3.4), etablert ytterligere fem deltypologier, det vil si åtte typologier i alt. Til slutt i dette avsnittet presenterer vi en oversikt over disse åtte deltypologiene. I kapittel seks gjør vi mer utførlig rede for hva som særlig kjennetegner disse typologiene.

Selv om det på langt nær eksisterer en slags helhet i innretningene av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene på nasjonalt nivå, foreligger det likevel flere avgrensede og nokså avklarte delstrukturer eller deltypologier for ulike innretninger av pleie- og omsorgstjenestene som er nokså entydige. Vi har slik sett avgrenset disse åtte til del- typologier.

Jevnt over inngår det omkring 15–30 kommuner i hver av de åtte deltypologiene. Av de 333 kommunene med 2000 innbyggere+ i 2010, er det 153 kommuner, eller 46 prosent, som omfattes av disse deltypologiene. Resten, eller om lag halvparten (54 prosent), faller utenfor vår typologisering. Hvis alle skulle typologiseres på en eller annen måte, ville bildet ha blitt svært sammensatt, komplisert og antakelig gitt liten mening. Spredningen i måter å innrette omsorgstjenestene på, er rett og slett alt for stor. Det er på sett og vis blant hovedfunnene i dette prosjektet når det gjelder innretning.

Slik det går fram her, har vi i dette prosjektet beskrevet omsorgstjenestenes innretning ved hjelp av ulike delmål for bruken og brukerne. På grunn av det store mangfoldet i innretning av disse tjenestene kommunene imellom, ville det blitt både uoversiktlig og lite meningsfylt å skulle gjøre rede for alle de ulike innretningene.

Hensikten med vår analyse av kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene har vært å utarbeide en empirisk basert beskrivelse av noe av mangfoldet i kommunenes omsorgstjenester, her gjennom åtte deltypologier. I vedleggstabell V3.1b gir vi en oversikt over hovedkjennetegn ved kommuner som inngår i våre åtte typologier for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene i 2010, til sammen 153 kommuner.

Oversikt over åtte typologier for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene

I denne oversikten gir vi en kort karakteristikk av de åtte typologiene samt gjør rede for hvordan de er definert ved kvintilplassering i de målene som definerer dem. De omfatter 153 kommuner i 2010. En mer utførlig omtale av typologiene finnes i kapittel seks.

1. Institusjonsorienterte kommuner

Mange beboere i institusjon – få brukere i hjemmebaserte tjenester. Med andel plasser i institusjon 80 år+ i 5. kvintil samt andel med hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 1. kvintil. 17 kommuner.

2. Kommuner med mulig pleiestrategisk orientering

Få brukere både i hjemmebaserte tjenester og i institusjon. Med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 1.+ 2. kvintil og andel i institusjon 80 år+ i 1. kvintil. 13 kommuner.

3. Kommuner med mulig orientering mot forebyggende strategi

Mange beboere i institusjon – men samtidig mange brukere i hjemmebaserte tjenester. Med andel plasser i institusjon 80 år+ i 5. kvintil samt andel med hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 4. og 5. kvintil. 21 kommuner.

4. Kommuner med både pleie- og forebyggende strategi

Mange brukere under offentlig omsorgsregime og mange brukere av hjemmebaserte tjenester. Med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 5. kvartil og andel brukere 67 år+ i alt i 5. kvartil. 32 kommuner.

5. Kommuner med høy tilgjengelighet i korttidsplasser – antatt progressive kommuner

Høy tilgjengelighet i korttidsplasser, få beboere i institusjon og mange med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene. Tilgjengelighet til korttidsplasser 80 år+ i 4. eller 5. kvartil og rate for plass i institusjon 80 år+ i 1. kvartil og andel med omfattende bistandsbehov blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ i 4. eller 5. kvartil. 15 kommuner.

6. Kommuner med hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon – antatt progressive kommuner

Mange brukere i hjemmebaserte tjenester – få beboere i institusjon. Med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov i 5. kvartil og andel i institusjon 80 år+ i 1. kvartil. 25 kommuner.

7. Kommuner med en allmenn forebyggende strategi

Mange brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år og mange brukere 67 år+ under offentlig omsorgsregime – få eldre i institusjon. Med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år i 5. kvartil og andel brukere av hjemmebaserte tjenester pluss andel i institusjon 67 år+ i 5. kvartil. 28 kommuner.

8. Kommuner med høy andel brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg

Mange brukere med omfattende bistandsbehov i hjemmebaserte tjenester både 0–66 år og 67 år+:

a) Med andel brukere med omfattende bistandsbehov 0–66 år i 5. kvartil og andel med omfattende bistandsbehov 67 år+ i 4. eller 5. kvartil. 17 kommuner.

b) Med andel brukere med omfattende bistandsbehov 0–66 år i 4. kvartil og andel med omfattende bistandsbehov 67 år+ i 4. eller 5. kvartil. 10 kommuner.

3.7 Vedleggstabeller

Tabell V3.1a Rate Brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+(1), rater Beboere i institusjon 80 år+ (2), rater Institusjon + hjemmebaserte 67 år+ (3) samt rater Brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov (4). Rater per 100 innbyggere 80 år (1,2) og per 67 år+ (3,4). Grenseverdier for ratenes skåre i desiler i 2012 (f. eks andel brukere 80 år+ per 100 innbyggere 80 år+ i prosent) for disse målene. Gjennomsnitt, median og samt forhold i skåre mellom 1. og 10. desil.

	Fire ulike rater for bruk av Plo-tjenester blant personer 80 år+ og 67 år+			
	Hjemmebaserte 80 år+ (1)	Institusjon 80 år+ (2)	Hjemmebaserte + Institusjon 67 år+ (3)	Hjemmebaserte med omfattende bistandsbehov 67 år+ (4)
Antall kommuner	422	423	421	198
1. desil	17,35-28,71	1,54-9,64	6,79-18,19	0,60-1,10
2. desil	28,84-31,28	9,68-11,59	18,28-20,27	1,11-1,43
3. desil	31,29-32,58	11,62-12,78	20,31-21,39	1,44-1,64
4. desil	32,60-34,29	12,81-13,90	21,40-22,62	1,66-1,98
5. desil	34,33-35,92	13,92-14,93	22,67-23,84	2,01-2,29
6. desil	35,06-37,45	14,94-16,18	23,86-24,95	2,30-2,65 (2,646)
7. desil	37,50-39,20	16,20-17,36	25,00-26,34	2,65(2,653)-3,00
8. desil	39,21-41,42	17,56-19,40	26,46-28,10	3,02-3,32
9. desil	41,43-44,18	19,42-22,28	28,21-30,93	3,34-3,99
10. desil	44,93-54,20	22,30-39,39*)	30,95-48,85	4,01-7,97
Gjennomsnitt	36,27	15,66	24,19	2,50
Median	35,89	14,88	23,81	2,29
Gj sn. 1. desil	26,53	7,15	16,50	0,85
Gj.sn. 10. desil	47,87	26,45	33,39	5,33
Forhold 1.: 10. desil	1:1,8	1:3,7	1:2,0	1:6,3

* Modalen kommune skårer her 64,29 og er holdt utenfor beregningen av gjennomsnitt for rate i 10. desil i institusjon, hvor gj.sn. i 10.desil er 26,45.

Kilder: KOSTRA (2,4) og IPLOS (1,3) Spesialkjøring SSB (3), SSB 2013

Tabell V3.1b Rate Brukere av hjemmebaserte tjenester 0-66 år (5), rater Brukere av hjemmebaserte tjenester 0-66 år med omfattende bistandsbehov (6). Grenseverdier for ratenes skåre i desiler i 2012 (f. eks andel brukere 0-66 år per 100 innbyggere 0-66 år i prosent) for disse målene. Gjennomsnitt, median og samt forhold i skåre mellom 1. og 10. desil.

	Rater for bruk av hjemmebaserte tjenester blant brukere 0-66 år i 2012	
	Hjemmebaserte 0-66 år (5)	Hjemmebaserte med omfattende bistandsbehov 0-66 år+ (6)
Antall kommuner	422	198
1. desil	0,39-1,08	0,144-0,256
2. desil	1,08-1,28	0,263-0,307
3. desil	1,29-1,45	0,312-0,341
4. desil	1,46-1,66	0,343-0,384
5. desil	1,67-1,84	0,389-0,424
6. desil	1,84-2,00	0,426-0,458
7. desil	2,01-2,224	0,463-0,494
8. desil	2,25-2,65	0,497-0,533
9. desil	2,67-3,24	0,537-0,631
10. desil	3,26-6,11	0,631,1,347
Gjennomsnitt	2,04	0,438
Median	1,84	0,423
Gj sn. 1. desil	0,86	0,210
Gj.sn. 10. desil	4,17	0.801
Forhold 1.: 10. desil	1:4,8	1:3,8

Kilde: KOSTRA, SSB, 2013

4 Om å måle ressurseffektivitet

4.1 Tradisjonelle mål

I rapporten «Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren» analyserer Hjelmbrekke mfl. (2011) hvordan ulike innretninger av pleie- og omsorgstjenestene i norske kommuner påvirker kostnadene. For å skille mellom samfunnsøkonomiske kostnader og kommunale kostnader benytter Hjelmbrekke mfl. (2011) henholdsvis logaritmisk transformerte brutto driftsutgifter og netto driftsutgifter til pleie- og omsorgssektoren (funksjon f234, f253, f254, f261) som avhengige variabler i sine analyser. Netto driftsutgifter til pleie og omsorg er definert som brutto driftsutgifter fratrukket statlige tilskudd og gebyrer/vederlag. Hjelmbrekke mfl. (2011) argumenterer derfor for at bruttodriftsutgiftene gir et uttrykk for de samfunnsøkonomiske kostnadene, mens nettoutgiftene representerer de kommunaløkonomiske kostnadene. I rapporten deles pleie- og omsorgssektoren i de enkelte kommuner inn i fem tjenesteprodukter. Disse er: sykehjemsplasser-langtidsopphold, sykehjemsplasser-korttidsopphold, omsorgsboliger m/heldøgnsbemanning, omsorgsboliger u/heldøgnsbemanning hjemmetjenester Hjelmbrekke mfl. (2011) understreker at det i KOSTRA ikke finnes informasjon om kostnader for hvert av de fem omsorgsalternativene og at dette skaper spesielle utfordringer for analyser som søker å avdekke kostnadene knyttet til de ulike alternativene. Basert på de totale netto- og bruttoutgiftene beregner Hjelmbrekke mfl. et anslag på gjennomsnitts- og marginalkostnader ved produksjon av ulike bo- og omsorgsformer.

I rapporten «Effektivitetsforskjeller og effektiviseringspotensial i pleie- og omsorgssektoren» analyserer Borge og Haraldsvik (2006), basert på 2003-data for 420 kommuner, potensial for økt effektivitet og kommunal effektivitets variasjoner innen pleie- og omsorgssektoren. I sitt metodiske opplegg bruker de såkalt Data Envelopment Analysis, forkortet DEA, hvor utgangspunktet er spesifiseringen av innsats- og produktfaktorer, og på basis av disse beregnes en effektivitetsindikator for hver kommune. Denne indikatoren ligger mellom 0 og 1, hvor verdien 1 innebærer at en kommune er 100 prosent teknisk effektiv. Kommunene som driver 100 prosent teknisk effektivt, danner en referansefront som de øvrige kommunene sammenliknes med. En lavere verdi enn 1 innebærer dermed at kommunen har et effektiviseringspotensial.

Borge og Haraldsvik (2006) viser til at de følger tidligere DEA-studier som er gjort i pleie- og omsorgssektoren, og benytter «antall brukere» som et tilnærmet mål for produksjon, som innsatsfaktor benyttes «korrigerede brutto driftsutgifter».

De understreker at resultatene må fortolkes med forsiktighet, da datamaterialet de benytter gir relativt begrenset informasjon om omfanget av pleie- og omsorgstjenester den enkelte mottar. Et potensielt problem kan være at enkelte kommuner konsentrerer ressursinnsatsen om tyngre brukere, mens andre kan velge å spre ressursene på flere brukere, jfr. kapittel seks. Borge og Haraldsvik (2006) framhever derfor at resultatene må fortolkes med forsiktighet. De understreker videre at dersom det hadde eksistert gode og landsomfattende data for det tjenestetilbudet brukerne mottar, ville de benyttet seg av disse opplysningene som produksjonsindikatorer. Data fra IPLOS (Individbasert Pleie- og omsorgsstatistikk) ble imidlertid først publisert fra og med 2007.

4.2 Vår tilnærming til måling av ressurseffektivitet

Til forskjell fra tidligere undersøkelser av kostnadseffektivitet i pleie- og omsorgstjenestene, tar vi utgangspunkt i pleietyngde/grad av bistandsbehov og omfang av ytt hjelp (målt i årsverk) til disse ulike grupper brukere etter grad av bistandsbehov. Og kostnadseffektiviteten vil vi måle ved hjelp av et samlemål for ressursbruk (årsverk) per bruker, beregnet som gjennomsnittlig bruk for alle brukere i en kommune etter grad av bistandsbehov. Vi nytter her IPLOS-data om grad av bistandsbehov og ressursbruk per bruker for alle kommuner. Derfor nytter vi heretter betegnelsen «ressurseffektivitet», da vi både opererer med årsverk og brutto driftskostnader. Begrunnelsen for dette kommer vi tilbake til i slutten av kapittel 4.2.

Vi gjør her rede for en alternativ tilnærming til problematikken knyttet til spørsmålet om ressurseffektivitet, der vi på den ene siden måler effekten av ulik innretning av tjenestene, det vil si bruken av institusjonstjenester versus bruken av åpen omsorg for brukere med omfattende bistandsbehov. Dernest analyserer vi bruken blant brukerne av hjemmebaserte tjenester med avgrenset-noe/middels-stort bistandsbehov hver for seg og samlet. Vi beregner med andre ord ressursbruken på per brukernivå for brukerne gruppert etter grad av bistandsbehov. Dette fordi det er – slik vi viser nedenfor – nærmest enorme forskjeller i ressursbruk nettopp mellom brukerne etter grad av bistandsbehov.

Grad av bistandsbehov hos brukeren – en nøkkelstørrelse

Vi tar med andre ord utgangspunkt i de empirisk observerte store forskjellene i ressursbruk etter grad av bistandsbehov, slik det går fram av tabell 4.1. Det er umiddelbart klart at å nytte antall brukere uten å innarbeide og korrigere for ulikhetene i ressursbruk etter grad av bistandsbehov, nærmest vil bli meningsløst. Slik vi pekte på i kapittel 3.1, er omfang i ressursbruk etter grad av bistandsbehov en svært sentral dimensjon ved

bruken av pleie- og omsorgstjenester. Således nyttet brukere av hjemmebaserte tjenester med middels til stort bistandsbehov i 2011 i gjennomsnitt nesten tre ganger så mange årsverk per bruker sammenliknet med brukere med noe/avgrenset bistandsbehov, respektive 0,08 og 0,22 årsverk per bruker per år, jfr. tabell 4.1. Og brukere med omfattende bistandsbehov brukte igjen tre ganger så mange ressurser per år som brukere med middels til stort bistandsbehov, det vil si 0,66 årsverk versus 0,22 årsverk, jfr. tabell 4.1³¹.

Tabell 4.1 Brukere av pleie- og omsorgstjenester 67 år+ i institusjon og brukere av kjerne hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov. 2013. Årsverk per brukere i institusjon og per bruker av hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov på tre nivåer.

Type brukere	Brukere 67 år+ i institusjon (a)	Brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ etter grad av bistandsbehov			Sum
		Noe/avgrenset (b)	Middels/stort (c)	Omfattende (d)	
Bruk i årsverk					a + d
Årsverk per bruker	1,43	0,08	0,22	0,66	1,23

Kilde: KOSTRA, SSB 2014, Spesialkjøring ved SSB av fordeling av årsverksdata for 2013, aug. 2015 og av IPLOS-data for 2013 (grunnlaget for data i tabell 4.1 her er hentet fra vedleggstabell V7.4 i kapittel sju).

Med hjemmebaserte tjenester – som her er basert på IPLOS – forstår vi summen av brukere med praktisk bistand, hjemmesykepleie og brukerstyrt personlig assistanse (BPA), det vil si kjernetjenestene i de mange hjemmebaserte tjenestene til eldre og funksjonshemmede. Som vi kommer til å vise i kapittel 6.2, varierer andelen brukere med for eksempel omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene svært mye mellom kommunene. Det var i 2012 vel seks ganger så mange slike brukere i den tidelen av kommunene med flest slike brukere sammenliknet med tidelen med færrest brukere, jfr. tabell V3.1a i vedlegg til kapittel tre.

Tabell 4.2 Brukere av pleie- og omsorgstjenester 67 år+ i institusjon og brukere av kjerne hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov. 2013. Fordeling av antall brukere i institusjon samt brukere av hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov. Prosent.

Type brukere	Brukere 67 år+ institusjon (a)	Brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ etter grad av bistandsbehov			Sum	Brukere i alt
		Noe/avgrenset (b)	Middels/stort (c)	Omfattende (d)		
Antall brukere	26,2	34,1	30,6	9,1	35,3	100 (n=145 944)

Kilde: KOSTRA, SSB 2014, Spesialkjøring ved SSB av fordeling av årsverksdata for 2013, aug. 2015 og av IPLOS-data for 2013, nov. 2015 (grunnlaget for data i tabell 4.2 her er hentet fra vedleggstabell V7.4 i kapittel sju).

Samtidig er det slik at brukere med omfattende bistandsbehov utgjorde bare 9 prosent av alle brukere av pleie- og omsorgstjenester, mens brukere med avgrenset/noe

³¹ Dette er presist det samme som vi fant for året 2010, jfr. tabell 3.2. I makro synes det å være stor stabilitet i ressursbruken per bruker etter grad av bistandsbehov.

bistandsbehov utgjorde ca. fire ganger så mange, eller 34 prosent av samtlige brukere, eller 49 750 brukere 67 år+ mot 13 300 brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov (jfr. tabell V7.4 i vedlegg til kapittel sju). Men på tross av at brukere med omfattende bistandsbehov utgjør bare 9 prosent av brukerne, bruker de til gjengjeld åtte ganger så mange årsverk per bruker sammenliknet med dem med noe/avgrenset bistandsbehov, jfr. tabell 4.1. Dette viser hvordan per bruker beregninger uten å korrigerer for andelsmessig sammensetning av brukerne etter grad av bistandsbehov, må bli en ytterligere stor kilde for feilberegninger.

Derfor vil de betydelige variasjonene i sammensetningen av brukerepopulasjonene mellom kommunene etter grad av bistandsbehov være av sentral betydning for ressursbruken og beregninger av kostnadseffektivitet. Alle ulikhetene i sammensetning av brukerne og ressursbruken per bruker etter grad av bistandsbehov mellom kommunene, illustrerer til det fulle hvor misvisende det vil være å foreta beregninger der alle brukere teller likt.

Her viser vi til Borge og Haraldsvik (2006), som har pekt på at brukerne av pleie- og omsorgstjenester er en svært heterogen gruppe, og at «utfordringen er å dele inn brukeren slik at man i størst mulig grad klarer å fange opp sammensetningen i pleietyngden» (Borge & Haraldsvik 2016:15). Men den gangen disponerte en bare data om mottakerne, for eksempel etter tjenestetype i de hjemmebaserte tjenestene (som indirekte mål for pleietyngde) og alder, og nyttet disse i analysene. Og de tilføyer at om hadde «det eksistert gode og landsomfattende data for det tjenestetilbud brukerne mottar, ville de ha vært benyttet som produksjonsindikatorer i DEA-analysen» (Borge & Haraldsvik 2006:26).

Vi kjenner heller ingen kostnadseffektivitetsstudier som har brakt inn brukernes bistandsbehov, verken ut fra omfang i bruk i de ulike bistandsbehovsgruppene eller etter sammensetningen av brukerne. Derfor vil resultatene fra slike studier måtte bli lite gyldige. I tillegg kommer det at de ofte måler bruken av omsorgstjenester gjennom å sammenligne med befolkningens størrelse, enten hele befolkningen, eventuelt befolkningen 67 år + fremfor å benytte brukernivå. Vi konkluderer derfor med at kostnadseffektivitet/ressurseffektivitet må måles på per-bruker-nivå blant de faktiske brukerne, der en tar utgangspunkt i hvordan disse brukerne fordeler seg etter grad av bistandsbehov, og den faktiske ressursbruken (årsverk per bruker) på de ulike behovsnivåene, slik vi her har dokumentert dette.

Innretning av tjenestenes betydning for ressursbruken

Personer som har opphold i institusjon har jevnt over en ressursbruk målt i årsverk som er dobbelt så stor sammenliknet med brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, det vil si brukere som bor i kommunale omsorgsboliger eller i egne private boliger. Slik det går fram av tabell 4.1, brukte beboere i institusjon i 2013 i gjennomsnitt

1,43 årsverk per beboer, mens brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg i gjennomsnitt nyttet 0,66 årsverk, eller under halvparten så mye.

Dette viser etter vår vurdering i klartekst betydningen av kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene, det vil si særlig hvordan de innretter tilbudet for dem med omfattende bistandsbehov, om det i stor grad ytes i eller utenfor institusjon.

En kommune med en svært stor andel av sine brukere i institusjon, vil av den grunn generelt (teoretisk) – men også reelt – måtte få høye kostnader, siden ressursbruken til drift i gjennomsnitt er dobbelt så høy i institusjon. Slike kommuner vil teoretisk av slike grunner jevnt over måtte framstå som mindre ressurseffektive sammenliknet med kommuner med få brukere i institusjon, men med desto flere brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Hvordan kommunene har innrettet seg med hensyn til bruk av institusjoner versus åpen omsorg for brukere med omfattende bistandsbehov, vil måtte være av vesentlig betydning for utfallet av den samlede ressursbruken i omsorgstjenestene for disse to brukergruppene. Det at kommunene faktisk har innrettet seg forskjellig, går for eksempel fram av det forhold at den tidelen av kommunene med relativt færrest institusjonsbeboere i 2012, hadde sju beboere per 100 innbyggere 80 år+, mens den tidelen med flest slike plasser hadde 26,5 beboere per 100 innbyggere 80 år+ i institusjon, eller nærmere fire ganger så mange, jfr. tabell V3.1a i vedlegg til kapittel tre.

Hvis omfanget av brukere med omsorg på disse nivåene for bistandsbehov (i institusjon pluss brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg) er noenlunde det samme i disse høyst ulikt innrettede kommunene, må kommuner med få institusjonsplasser ha tilsvarende flere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Hvis lønnskostnadene per årsverk i to kommuner er de samme, og bistandsbehovene hos brukerne er de samme – samtidig som de ressursmessig dekkes likt på de ulike behovsnivåene – vil det bare være ulik innretning av tjenestetilbudet mellom kommunene som vil virke inn på ressursbruken. Derfor har vi nettopp valgt å bruke innretning av tjenestene i kommunene etter bruken av institusjoner og bruk av åpen omsorg for brukere med omfattende bistandsbehov, som grunnlag for analyse av ressurseffektivitet og ressursbruk. Og blant disse to gruppene brukes 82,5 prosent av de samlede ressursene i pleie- og omsorgstjenestene til eldre 67 år+ i 2013, jfr. tabell 4.3.

To delmål for kostnadseffektivitet

Vi gjør her rede for en alternativ tilnærming til problematikken knyttet til spørsmålet om ressurseffektivitet, der vi først måler effekten av ulik innretning av omsorgstjenestene, det vil si bruk av institusjon versus bruk av åpen omsorg for de hjemmebaserte tjenestene 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Dernest har vi lagt opp til å analysere brukere 67 år+ av hjemmebaserte tjenester med avgrenset-noe/middels-stort bistandsbehov for seg. Vi beregner med andre ord ressursbruken per bruker for brukerne delt

inn etter grad av bistandsbehov. Dette fordi det er – som vi har vist – store forskjeller i ressursbruk mellom disse brukerne etter grad av bistandsbehov.

Delmål 1 skal fange opp effekten av hvordan tjenestetilbudet i kommunene er innrettet for brukere med omfattende bistandsbehov, det vil si forholdet mellom andel brukere med plass i institusjon og andel brukere med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene, det vil si i åpen omsorg.

Delmål 2 skal fange opp forskjellene i ressursbruken i kommunene blant øvrige brukere av hjemmebaserte tjenester, det vil si blant brukere med noe/avgrenset bistandsbehov (a) og brukere med middels/stort bistandsbehov (b).

Den førstnevnte gruppen brukte på landsbasis i 2013 82,5 prosent av årsverkene til beboere i institusjon 67 år+, mens brukere knyttet til delmål 2, bruker de resterende 17,5 prosent, jfr. tabell 4.3.

Tabell 4.3 Brukere av pleie- og omsorgstjenester 67 år+ i institusjon og brukere av kjerne hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov. Fordeling av antall årsverk nyttet i institusjon samt årsverk nyttet av brukere av hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov. Prosent.

Type brukere	Brukere 67 år+ institusjon (a)	Brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ etter grad av bistandsbehov			Sum	Brukere i alt
		Noe/avgrenset (b)	Middels/stort (c)	Omfattende (d)		
Bruk i årsverk					a + d	Årsverk
- Årsverk, pst	71,1	5,0	12,5	11,4	82,5	100 (n=76 868)

Kilde: KOSTRA, SSB 2014, Spesialkjøring ved SSB av fordeling av årsverksdata for 2013, aug. 2015 og av IPLOS-data for 2013, nov. 2015. (Grunnlaget for data i tabell 4.3 er hentet fra vedleggstabell V7.4 i kapittel sju).

Figur 4.1 Illustrasjon av 2 delmål for ressurseffektivitet.

Delmål 2	Årsverk hjemmebasert per bruker noe/avgrenset bistandsbehov	Årsverk kommune/brukere kommune	Antall brukere*årsverk landsgjennomsnitt	Faktisk bruk-vektet bruk
	Årsverk hjemmebasert per bruker middels/stort bistandsbehov	Årsverk kommune/brukere kommune	Antall brukere*årsverk landsgjennomsnitt	Faktisk bruk-vektet bruk
Delmål 1	Årsverk hjemmebasert per bruker omfattende	Årsverk kommune/brukere kommune	Antall brukere*årsverk landsgjennomsnitt	Faktisk bruk-vektet bruk
	Årsverk institusjon per beboer	Årsverk kommune/brukere kommune	Antall brukere*årsverk landsgjennomsnitt	Faktisk bruk-vektet bruk

↑
Forklare avvik ved bruk av regresjonsanalyser

Ressursbruken i den enkelte kommune relateres til tilsvarende bruk på landsbasis

Den faktiske innsatsen på per brukernivå etter grad av bistandsbehov, måles på grunnlag av den faktiske ressursbruken i den enkelte kommune (årsverk per bruker i de hjemmehaserte tjenestene og årsverk per beboer i institusjon). Ressursbruken i den enkelte kommunen må igjen relateres til tilsvarende bruk på landsbasis, det vil si, i forhold til landsgjennomsnittet, der bruken på landsbasis for eksempel settes lik 100.

Variasjon i brukersammensetning etter bistandsbehov mellom kommunene – vekting

Sammensetningen av disse brukerne etter nevnte grader av bistandsbehov (avgrenset-noe/middels-stort bistandsbehov), vil samtidig variere betydelig mellom kommunene. Derfor må vi standardisere for slike lokale variasjoner i relativ sammensetning av de to gruppene, ved å vekte hvordan disse to bistandsgruppene fordeler seg innbyrdes på landsbasis.

Antall (få eller mange) brukere er holdt utenfor – vi måler bruken per bruker

Vi ønsker å utvikle et mål for ressurseffektivitet på brukernivå etter grad av bistandsbehov, der variasjon i antallet brukere i kommunene både absolutt og relativt er holdt utenfor, det vil si vi måler ressurseffektiviteten uavhengig av hvor mange brukere som i kommunene er omfattet av de ulike tjenestene. Den effekt som variasjon i antall brukere vil måtte ha på ressursbruken per bruker, undersøkes imidlertid ved hjelp av regresjonsanalyse, der antall brukere nyttes som uavhengig variabel.

Forenklet sagt legger vi opp til å beregne ressurseffektiviteten i pleie- og omsorgstjenestene ut fra den faktiske ressursbruken målt i årsverk per bruker, der vi tar utgangspunkt i den faktiske sammensetningen av brukerne etter grad av bistandsbehov i den enkelte kommune, der grad av ressurseffektivitet måles ved avviket i bruken per alle brukere for hele brukerpopulasjonen i den enkelte kommune i forhold til landsgjennomsnittet. Slik det går fram av vår utlegning av konstruksjonen for mål av ressurseffektivitet, nytter vi med andre ord et direkte og mer fmggradert mål for den faktiske bruken, idet vi for hvert nivå for bistandsbehov utmåler bruken i årsverk som gjennomsnitt for alle brukere i en gitt brukergruppe.

Samtidig vil vi nytte dette årsverksmålet som avhengig variabel i våre analyser av hvilke forhold som bidrar til variasjon i den avhengige variabelen i stedet for å analysere den effekten grad av bistandsbehov har på den avhengige variabelen, ved å la målene for bistandsbehov inngå som uavhengige variabler i en regresjonsanalyse eller DEA-analyse, slik det ofte gjøres i tradisjonelle analyser av kostnadseffektivitet.

Fortrinnet ved vårt mål for ressurseffektivitet

Det største fortrinnet ved vår måte å måle ressurseffektivitet på, er at vi utnytter mulighetene som ligger i tilgangen til IPLOS-data til å bygge vår tilnærming på kunnskap om hvor ressursinnsatsen (hos oss målt ved årsverksinnsats) er fordelt mellom

brukerne etter grad av bistandsbehov (bistandsnivå). Vi evner dermed i større grad enn i tidligere studier å ta hensyn til forskjeller i ressursinnsats som nettopp skyldes ulike grader av bistandsbehov hos brukerne. Brukere med for eksempel «noe eller avgrenset bistandsbehov» blir dermed behandlet kvalitativt forskjellig fra brukere med «omfattende bistandsbehov» – nettopp fordi vi er i stand til å skille mellom disse gruppene i absolutt antall og ikke minst etter de ressursene som disponeres til de ulike brukergruppene. Vi er dermed også i stand til å dekomponere mer av variasjonen i ressursinnsatsen og behandler ikke brukerne av omsorgstjenestene likt, på tross av store variasjoner i bistandsbehov. Hvis det sistnevnte ikke hadde vært tilfellet, ville vi ikke målt ressursinnsatsen, men sammensetningen av brukerne – all den tid ressursinnsatsen varierer betydelig mellom de ulike brukergruppene (jfr. tabell 4.1). I sistnevnte tilfeller ville kommuner med svært mange brukere med omfattende bistandsbehov måtte komme ut som ressursineffektive, mens kommuner med mange brukere med mindre bistandsbehov ville framstå som ressurseffektive.

Vår framgangsmåte gjør det som nevnt mulig å skille mellom de ulike brukergruppene, og slik sett kommer vi således rundt utfordringen knyttet til de store forskjellene mellom kommunene etter sammensetning av brukerne etter grad av bistandsbehov og tilhørende ressursbruk hos brukerne av omsorgstjenester. Vi måler med andre ord «det samme» i alle kommuner, nettopp ressursinnsatsen som ytes til sammenliknbare brukergrupper per bruker, og der vi utmåler denne i forhold til den tilsvarende på landsbasis.

Problemer knyttet til faktisk effektivitet og mulige effekter av raushet eller knipenhet

Ved enhver beregning av ressurseffektivitet må vi legge til grunn at en ytelses resultat og kvalitet (standard) må forbli den samme uavhengig av effektiviseringsgrepene. En innsparing som samtidig endrer en ytelses resultat eller kvalitet, er ikke effektivisering, men kan være en forringelse av ytelsen. En kommune kan bare sies å oppnå en effektiviseringsgevinst dersom den for eksempel følger av endret innretning av tjenestene eller, enda bedre, smartere eller raskere måter å organisere eller å utføre tjenestene på, og aldri ved at standarden senkes.

Men her gjenstår likevel et hovedproblem. Hvis to kommuner, med alle brukere på samme bistandsbehovsnivå, yter ulik ressursinnsats per bruker per uke, i hvor stor grad skyldes dette effektiv/ineffektiv drift, og hvor mye skyldes det lavere standard/kvalitet på tjenestene eller færre timer ytt i forhold til faktisk bistandsbehov, det vil si knipenhet versus raushet? Vi kan ikke umiddelbart ved hjelp av IPLOS-data avgjøre om for eksempel relativt høy ressursbruk per bruker skyldes raushet og stor bevissthet og politisk vilje til å tilføre kvalitet eller med mindre målt ressurseffektivitet som resultat. Eller om lav ressursbruk skyldes påholdenhet og lite kvalitetsbevissthet eller faktisk

effektivitet. I analysene i kapittel åtte vil vi imidlertid så langt det lar seg gjøre med tilgjengelige data, undersøke sammenhengene mellom ressursbruk og tjenestekvalitet.

Et annet problem er at den grupperte målingen av bistandsbehov hos brukerne i IPLOS kan være svært grov – det vil si at vi vil observere en betydelig spredning i antall timer brukerrettet ytt hjelp per uke/år innenfor samme gruppe for grad av bistandsbehov – selv om slike forskjeller på individnivå muligens vil jevne seg noe ut på kommunenivå. Dette kan vi imidlertid undersøke nærmere ved å analysere spredningen i antall timer ytt hjelp/brutto driftskostnader per bruker innen de enkelte grupperingene etter bistandsbehov, jfr. kapittel sju. Og er det slik at denne spredningen varierer betydelig mellom kommunene, eller er den noenlunde lik? Med andre ord, er det et problem at disse grove målene grupperer de ulike brukergruppene på samme eller ulike måter i ulike kommuner? Men hvis ambisjonene er å måle dette i hovedsak og ikke i detalj, burde IPLOS-målene for bistandsbehov holde mål.

På landsbasis har vi gode data i KOSTRA for antall beboere i institusjon under og over 67 år. Det ideelle ved analyser på kommunenivå ville ha vært å avgrense beboere i institusjon til beboere 67 år+. Beboere under 0–66 år utgjorde på landsbasis i 2013 11 prosent av alle beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Men i midtels store og i mindre kommuner lar det seg ikke gjøre å skille ut disse beboerne under 67 år+, da deres antall ikke er oppgitt («prikket») når det er fire eller færre brukere i en aldersgruppe (celle). På grunn av dette forholdet vil ressursbruken og antall beboere i institusjon veie noe mer enn hva det ville ha gjort om dette var begrenset til beboere 67 år+. Dette bør vi ha i mente. På den andre siden vil dette ved sammenlikning bare ha betydning for casekommunene, det vil si om andelen brukere 0–66 år skulle være ujevnt fordelt. Det vet vi imidlertid ikke noe om, siden antall beboere 0–66 år er prikket for fem av de ni casekommunene.

Om bruk av brutto driftsutgifter eller årsverk som mål for ressursbruk

Vi hadde i dette prosjektet lagt opp til å bruke årsverk og årsverk per bruker nyttet i pleie og omsorg i kommunene som mål for ressursbruk og ressurseffektivitet. Det er den samlede ressursbruken som er den sentrale når en skal sammenlikne kommuner. Og den måles best og mest nøytralt ved årsverksbruk. For å unngå at lokale variasjoner i lønnskostnader skulle få innvirkning på målingen av ressursbruken, mente vi at det ved måling av ressurseffektiviteten ville være mest riktig å nytte brukerrettede timeverk/årsverk – slik disse går fram av IPLOS-data. Dette også fordi det er effekten for brukerne som er siktemålet i våre analyser, og ikke betydningen av lokale variasjoner i lønnskostnader, selv om dette selvsagt vil kunne påvirke både omfang og innretning av omsorgstjenesten mellom kommunene.

Så langt i denne framstillingen har vi nyttet årsverk som mål for ressursbruk. Men underveis i arbeidet erfarte vi at data om årsverk i enkelte kommuner kunne være

upålitelige, på grunn av feilføringer. Således synes det som at enkeltkommuner for eksempel har ført bemanningen i heldøgns omsorgsboliger under institusjon (f253 i KOSTRA). Derfor måtte vi velge å nytte driftsutgifter som mål for ressursbruken i våre analyser av casekommunene og i analyser på kommunenivå.

I makro, det vil si på landsbasis, betrakter vi årsverksoppgavene for omsorgstjenestene i 2013 fra SSB – der en skiller mellom bruk i institusjon (f253+f261 i KOSTRA) og bruk i hjemmebaserte tjenester (f254 i KOSTRA) – som pålitelige. Dette fordi vi ikke har grunn til å tro at denne feilrapporteringen er systematisk, og at tilfeldig feilrapportering ikke vil påvirke årsverksoppgavene i makro/landsnivå, da tilfeldige målefeil opphever hverandre ved at noen kommuner feilfører for mange årverk, mens andre igjen feilfører for få. Derfor har og vil vi gjengi fordelingen av årverk på landsnivå i denne rapporten.

Brutto driftsutgifter omfatter utgifter til pleie og omsorg i institusjon, det vil si i sykehjem, aldershjem og boliger som er godkjent som institusjon, herunder barneboliger. (KOSTRA, f253) Videre innbefatter de utgifter til pleie og omsorg i de hjemmebaserte tjenestene (hjemmesykepleie, praktisk bistand og BPA, KOSTRA f 254). Netto driftsutgifter i omsorgstjenestene er definert som brutto driftsutgifter fratrukket statlige overføringer, ulike gebyrer, egenbetalinger og vederlag fra brukerne.

Nettoutgiftene er uttrykk for den finansielle belastningen på kommunene og måler hvilket «økonomisk løft de ulike tjenestene representerer for kommunene» (Hermansen 2009:45). Når en for eksempel ønsker å studere variasjoner i denne mellom kommuner, kan en ikke bruke brutto driftskostnader, men nettopp nettokostnadene. Men dette er ikke formålet med dette prosjektet.

I enkelte studier har en nyttet både brutto og netto driftsutgifter i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Hjelmekrekke mfl. 2012). Her argumenteres det for at brutto driftsutgifter gir et uttrykk for de samfunnsøkonomiske kostnadene, mens nettoutgiftene representerer de kommunaløkonomiske kostnadene. Vi har imidlertid ikke behov for å se på de kostnadene som er kommunenes egne, det vil si netto driftskostnader.

En operasjonalisering av ressursbruken ut fra brutto driftsutgifter, vil gi et «mål på den totale finansielle innsatsen innenfor institusjonsbasert pluss hjemmebasert omsorg» (Hermansen 2009:45) Og det er, som tidligere nevnt, den samlede ressursbruken som er lagt til grunn ved sammenlikninger av kommuner i dette prosjektet. Når vi velger å nytte brutto og ikke netto driftsutgifter, er det nettopp fordi vi ønsker å få et godt mål for den samlede aktiviteten. Hadde vi for eksempel valgt netto driftsutgifter, ville vi blant annet heller ikke ha fanget opp den delen av ressursbruken i omsorgstjenestene som i et mindre antall kommuner utføres av private aktører, men det gjør vi ved å nytte brutto driftsutgifter.

4.3 Variabler i regresjonsanalyse

Her gjør vi rede for seks variabler knyttet til egenskaper ved brukerne av omsorgstjenester og sju variabler knyttet til egenskaper ved kommunene.

Variabler knyttet til egenskaper ved bruken og brukerne av pleie- og omsorgstjenester

Vi vil her innledningsvis gjøre rede for egenskaper ved brukeren og bruken av pleie- og omsorgstjenestene og egenskaper ved kommunen som kan påvirke kostnadseffektiviteten, det vil si ressursinnsatsen (målt i brutto driftskostnader per bruker).

Først gir vi en oversikt over standardvariabler (bruksratebaserte), som er mål for egenskaper ved bruken og brukerne av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene – det vi velger å benevne som bruks-spesifikke variabler – til bruk i regresjonsanalyser av ressurseffektivitet. De er definert på samme måte som de bruksratene vi har nyttet ved utarbeidelse av typologiene for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene. En omtale og definisjoner av disse finnes i kapittel 3.1–3.3. Samtidig legger vi fram våre hypoteser om hvordan disse variablene har sannsynlig innvirkning på ressurseffektiviteten målt ved variasjonene mellom kommunene i antall årsverk per bruker i omsorgstjenestene etter de to delmålene for ressurseffektivitet som vi vil nytte i våre regresjonsanalyser.

I vår metode for å måle ressursinnsats og dermed ressurseffektivitet, tar vi som nevnt utgangspunkt i årsverksbruk eller brutto driftsutgifter per bruker etter innretning av omsorgstjenestene og etter grad av bistandsbehov. Vi ser, som tidligere nevnt, bort fra mengde brukere og mengde bruk etter grad av ulike bistandsbehov, da våre mål gjelder på per brukernivå. Likevel vil det være slik at disse størrelsene teoretisk i betydelig grad vil kunne virke inn på størrelsen av våre to valgte effektivitetsmål.

Vi legger derfor opp til en analyse der vi ønsker å finne uttrykk for hvordan generelle egenskaper ved bruken og brukerne av omsorgstjenestene eventuelt virker inn på målet for ressursbruk på per brukernivå, det vil si på ressurseffektivitet (brutto driftskostnader per bruker). Det gjør vi ved et begrunnet valg av hvordan (seks) slike egenskaper kan tenkes å påvirke vårt valgte delmål 1 for ressurseffektivitet. Operasjonaliseringen av disse egenskapenes innvirkning på målet for ressurseffektivitet gjennomføres ved at de variablene som måler de anvendte egenskapene, nyttes i regresjonsanalyse som vil vise disse egenskapenes selvstendige betydning for størrelsen på effektivitetsmålene under ellers like vilkår, det vil si kontrollert for den separate selvstendige effekten av disse valgte uavhengige variablene hver for seg.

Seks mål for egenskaper ved brukerne og bruken av pleie- og omsorgstjenestene

Her gjør vi nærmere rede for og drøfter 6 mål for egenskaper ved brukerne og bruken av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, med henblikk på hvordan de kan tenkes å påvirke variasjonen i målet for kostnadseffektivitet per bruker av disse tjenestene. Disse målene er allerede gjort rede for i kapittel 3.1–3.3. Vi repeterer likevel innledningsvis kort definisjonen av hver enkeltvariabel.

1. Institusjonsorienterte kommuner

Grad av institusjonsorientering måles som andel (rate) av befolkningen 80 år+ med plass i institusjon. En rekke ulike resultater fra forskning har vist at kommuner som i stor grad er institusjonsorienterte, bruker mer ressurser til pleie- og omsorgstjenester enn andre kommuner. Dette er igjen ofte mindre kommuner, med høy andel frie inntekter (Brevik & Nygård 2013). Sørheim og Paulsen (2012) finner således at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere i institusjon, oftest bruker flest ressurser per innbygger.

Regresjonsanalyser av vårt datamateriale tyder på at andelen eldre i institusjon er av en viss betydning for omfanget av ressursbruken per bruker i institusjon + omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, det vil si ressurseffektivitet i kommunene etter delmål 1, i den forstand at kommuner som er betydelig institusjonsorienterte, er noe mer ressurseffektive enn kommuner med få eldre beboere i institusjon, jfr. kapittel sju.

2. Kommuner med hjemmebasertorienterte tjenester til eldre 80 år+

Grad av orientering mot hjemmebaserte tjenester til eldre måles som andel (rate) av befolkningen 80 år+ med slike tjenester.

Borge og Haraldsvik (2005) finner at kommuner som er orientert mot hjemmebaserte tjenester, driver mer kostnadseffektivt enn institusjonsorienterte kommuner, uten at dette går ut over omfang og kvalitet av tjenestene.

Vi kjenner ikke til flere studier som spesifikt viser innvirkningen på ressurseffektivitet i omsorgstjenestene som følge av å ha få eller mange brukere av hjemmebaserte tjenester. Selv om antall brukere av slike tjenester vil måtte ha en mindre innvirkning på samlet ressursbruk – fordi disse i gjennomsnitt bruker ca. 30 prosent av årsverkene til brukere 67 år+ i omsorgstjenestene samlet, jfr. tabell 4.3 – er det rimelig å anta at det i kommuner med mange slike brukere vil være konkurranse om midlene. Det vil i slike kommuner kunne føre til senket samlet innsats per bruker generelt, det vil si at disse kommunene vil kunne framstå som mer ressurseffektive enn de faktisk er, fordi de må opp tre mer «knipent».

3. Andel eldre under offentlig omsorgsregime

Andel eldre 67 år under offentlig omsorgsregime måles som alle beboere i institusjon 67 år+ pluss brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ sin andel av befolkningen 67 år+. Vi har vist at det er dobbelt så mange brukere av omsorgstjenester i den tidelen av kommuner med flest brukere, som i den tidelen av kommuner med færrest brukere, jfr. tabell V3.1a. Under ellers like vilkår vil samlet ressursinnsats teoretisk kunne være ned mot bare halvparten i noen kommuner i 1. desil sammenliknet med noen kommuner i 10. desil, uten at dette dermed kan utlegges som at de førstnevnte er mer kostnadseffektive enn de siste.

Det vil kunne være rimelig å legge til grunn at kommuner med relativt sett få brukere i en bistandsgruppe, av rene ressurs hensyn vil kunne måtte yte flere timer/ha høyere brutto driftskostnader per bruker enn kommuner kommune med relativt sett mange brukere i samme bistandsgruppe. Dette fordi konkurransen om tilgjengelige ressurser vil måtte antas å være større i en slik situasjon. En regresjonsanalyse med ressursbruken i en gitt bistandsgruppe som avhengig variabel kan vise hvordan størrelsen på den relative andelen brukere (raten) påvirker ressursbruken/ressurseffektiviteten. Vår hypotese er at ressursbruken per bruker avtar med stigende andel brukere.

4. Brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov

Andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov måles ved deres andel (prosent) av befolkningen 67 år+ (raten). Andelen brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov under kommunal omsorg varierer svært mye mellom kommunene (se kapittel 6.2). Det er heller ikke urimelig å anta at det noen ganger vil være mulig å gi mer omfattende hjelp når brukerne relativt sett er få enn når de er mange. En rimelig hypotese her er at ressursbruken per bruker i kommunene tiltar med avtakende andel brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Det foreligger etter vår kunnskap ikke studier som har analysert hvordan grad av bistandsbehov hos brukerne virker inn på ressursbruken per bruker.

Vi bør i denne sammenhengen også vurdere å operere med en variabel/noen variabler som måler sammensetningen av brukere av hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov blant brukere 67 år+. Enten som en variabel med tre verdier for noe/avgrenset (1), middels/stort (2) og omfattende bistandsbehov (3). Eller alternativt dette som tre dikotome variabler. Vi kan også nytte «andel med omfattende bistandsbehov av alle brukere, eller andel brukere med omfattende bistandsbehov per 100 innb. 67 år+.

5. Rater for bruk av hjemmebaserte tjenester til brukere 0–66 år

Andel yngre brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år måles ved deres andel (prosent) av befolkningen 0–66 år.

6. Brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov

Andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov måles som deres andel (i promille) av befolkningen 0–66 år. Det foreligger ingen studier som viser hvordan andel brukere under 67 år virker inn på kostnadseffektiviteten i pleie- og omsorgstjenestene for brukere 67 år+. I 2013 var det imidlertid slik at brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år brukte 67 prosent av alle ressursene i disse tjenestene, mens brukere 67 år+ nyttet resten, det vil si 33 prosent, jfr. kapittel 4.4, tabell 4.4. Siden brukerne under 67 år totalt bruker dobbelt så mange årsverk som brukerne 67 år+, er det rimelig å forvente at ressursbruken per bruker 67 år+ vil avta med tiltakende andel brukere under 67 år, særlig med andelen slike med omfattende bistandsbehov.

Våre korrelasjonsanalyser har imidlertid vist at det er signifikant positiv sammenheng mellom andel brukere under og over 67 år, og faktisk enda større positiv sammenheng mellom disse to aldersgruppene for brukere med omfattende bistandsbehov, jfr. kapittel 3.4. Kommuner med mange brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov har samtidig ofte mange brukere under 67 år med omfattende bistandsbehov. Det er likevel ikke ensbetydende med at de samme kommunene samtidig bruker like mange årsverk per slike brukere. Når det er slik, det vil si at når en har mange med omfattende bistandsbehov blant brukere av hjemmebaserte tjenester både over og under 67 år, vil en slik sammenheng måtte forsterke hypotesen om at ressursinnsatsen per bruker 67 år+ avtar med stigende andel brukere 0–66 år. Dette fordi det generelt vil måtte være lettere å yte mer per bruker i en kommune med få enn i en kommune med mange brukere, og særlig til dem med omfattende bistandsbehov.

Hypotesen understøttes delvis av en annen studie (Hagen mfl. 2011), der en finner at antall psykisk utviklingshemmede bidrar til å forklare variasjoner i ressursbruken i kommunene. Utviklingshemmede er særlig ressurskrevende brukere, vi har tidligere vist at de i gjennomsnitt bruker ca. 1,5 årsverk per bruker per år i de hjemmebaserte tjenestene (Brevik 2010:2, kap 7.5.3). Et alternativt mål til andel brukere 0–66 år med omfattende bistandsbehov, kan være et mål for hvor stor andel av samlet ressursbruk i kommunene som går til brukere under 67 år, det vil si andel brutto driftskostnader i hjemmebasert + institusjon under 67 år/samlede brutto driftskostnader i pleie og omsorg. Det siste vil etter vår vurdering kanskje gi det beste bildet av hvor mye ressursbruken blant brukere 0–66 år påvirker omfanget av tjenester til eldre 67 år+, det vil si per bruker 67 år+.

Variabler knyttet til egenskaper ved kommunene

Det er ikke bare kjennetegn ved brukerne og bruken av pleie- og omsorgstjenestene som vil kunne påvirke hvor mye kommunen bruker av slike tjenester per innbygger. Egenskaper ved kommunene, for eksempel demografiske kjennetegn og tilgang på ressurser, vil også måtte gjøre seg gjeldende og påvirke kommunenes evner til å opptre

kostnadseffektivt. Data her hentes fortrinnsvis fra 2012, det vil også gjelde de øvrige uavhengige variablene. Dette fordi de uavhengige bør komme før de avhengige (2013-data) i tid.

Demografiske kjennetegn og tilgang til ressurser

1. Omfang av privat omsorg

Brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov som bor i egen bolig får ofte betydelig privat omsorg/ektefelleomsorg. Denne omsorgen kan redusere den offentlige innsatsen, men ved overgang til institusjon forsvinner dette. Det er således for eksempel vist at omfanget av den private omsorgen for funksjonshemmede 0–66 år på landsbasis utgjorde 37 prosent sammenlignet med omfanget av de kommunale hjemmebaserte tjenestene i 2011 (Brevik 2014:1, kap. 5). Den kommunale ressursbruken per bruker vil måtte være påvirket av ulik tilgang på privat omsorg mellom kommunene, samtidig som vi må anta at de kommunale variasjonene i slik tilgang vil være betydelig. Hagen mfl. (2011) finner for eksempel at andel enslige i kommunene påvirker kostnadsomfanget i pleie- og omsorgstjenestene.

Vi vil således nytte andel aleneboende eldre 80 år+ som indirekte mål for hvilken betydning tilgangen på privat omsorg kan ha for ressursbruken per bruker av hjemmebaserte tjenester til brukere 67 år+. Vår hypotese er at høy andel eldre brukere som bor alene i kommunene, fører til økt ressursbruk per bruker i de hjemmebaserte tjenestenes, det vil si minsket ressurseffektivitet.

2. Om behovsmål – mål for dødelighet og befolkningsstruktur

Mål for dødelighet i kommunene utgjør et indirekte mål for helsetilstanden i befolkningen, og da spesielt i eldrebefolkningen. For å undersøke betydningen av dødelighet for ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene, inkluderes derfor dødelighet i regresjonsanalysene, målt ved andel døde i løpet av året. Her måler vi andelen døde ved å dele det samlede antall døde på den totale befolkningen i kommunene.

For analytisk å kunne kontrollere for en eventuell selvstendig effekt av innbyggertall på kostnadseffektivitet vil vi se på hvor stor del av kommunenes samlede utgifter til pleie og omsorg utgjør. Her tar vi utgangspunkt i brukere 67 år + og kontrollerer for befolkningsstrukturen i samme aldersgruppe. I dette analyseopplegget mangler vi imidlertid mål for underliggende behov for omsorgstjenester i eldrebefolkningen. Direkte mål for dette foreligger ikke. Vi er henvist til bare å operere med faktiske mål for bruk og brukere, eller med «kommunale atferdsmål». Det er kun alderssammensetningen i den eldre befolkningen som indirekte kan fortelle noe om underliggende behov. Men omfang av helseproblemer varierer antakelig også svært mye etter sosioøkonomisk status i den enkelte eldrebefolkningen, jfr. ulikhetene i dødelighet etter slike mål.

Andel brukere med omfattende bistandsbehov kan også være en god indikator for underliggende behov, da det er lite sannsynlig at særlig mange med store bistandsbehov faller utenfor pleie- og omsorgstjenestene. Derfor kan andel med omfattende bistandsbehov nyttes som et indirekte mål for omfanget av underliggende behov for pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Her vil det kanskje også være nyttig å bruke en befolkningsstrukturvariabel for den eldre befolkningen – for eksempel andel 80 år+ av alle eldre, eller alle 67 år + av hele befolkningen.

3. Omfang av frie inntekter per innbygger

Det har i ulike sammenhenger vært hevdet og ført empiriske belegg for at kommuner med lavt innbyggertall og også få eldre jevnt over bruker flere ressurser til pleie- og omsorgstjenestene. Dette gjelder også om vi sammenligner med andre sektorer i kommunen. Det har igjen sammenheng med høyt bruk av institusjoner i mindre kommuner (Brevik & Nygård 2013, kapittel 3.1). For å undersøke dette inkluderer vi frie inntekter per innbygger (i 1000), både som mål for økonomisk handlingsrom og kommunestørrelse. Sistnevnte begrunnes med den sterke korrelasjonen mellom frie inntekter og antall innbyggere (-.966 Pearsons r), som illustrerer tydelig at mindre kommuner har langt høyere frie inntekter per innbygger.

De frie inntektene består av skatteinntekter og rammetilskudd, og er midler kommuner og fylkeskommuner fritt kan disponere uten andre føringer fra staten enn gjeldende lover og regler. Det er nokså innlysende at kommuner med selvstendig god økonomi vil ha muligheter til å yte både flere ressurser per bruker og /eller å yte slike tjenester til en større del av befolkningen, det vil si å inkludere flere innenfor et offentlig omsorgsregime. Et velkjent eksempel er mindre kommuner med høye frie inntekter («kraftkommuner»), med høy institusjonsdekning og relativt høyt bruk av ressurser til pleie- og omsorgssektoren. Vår hypotese er imidlertid er at vårt mål for ressurseffektivitet per bruker i omsorgstjenestene vil være påvirket av kommunenes generelle økonomiske situasjon, slik at ressurseffektiviteten vil måtte avta med stigende andel frie inntekter.

4. Mål for fagutdanningsnivå i på kommunenivå

Hjelmbrekke mfl. (2011) fant at kommuner driver mer kostnadseffektivt når andelen med relevant høgskoleutdanning er stor, sammenliknet med kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Vår hypotese er at vi vil finne at ressurseffektiviteten tiltar med tiltakende innslag av godt utdannet personell.

5. Mål for kvalitet

Som vi har redegjort for i kapittel to, er det begrenset med data på kommunenivå som kan nyttes til å måle ressurs-, prosess- og produktkvalitet. Blant de målene som anvendes i kapittel åtte, er fagutdanning, legetimer per bruker i sykehjem, tilrettelagte enerom i sykehjem og omfang av reinnleggelser. Se for øvrig kapittel åtte.

6. Bruk av korttidsplasser i sykehjem

Bruk av korttidsplasser måles ved antall liggedøgn i korttidsopphold per 100 innbyggere 80 år+. Vi har tidligere gjort rede for hva vi forstår med tilgjengelighet til korttidsplasser. I kapittel 3.3 pekte vi på at hyppig bruk av korttidsplasser er en indikasjon på at institusjonene og de hjemmebaserte tjenestene samarbeider godt i det daglige. Og at vi nettopp nytter målet som uttrykk for grad av slikt samarbeid. Samtidig har vi vist (kap. 6.2) at bruken av korttidsplasser varierer svært mye mellom kommunene. Det er rimelig å anta at hyppig bruk av korttidsplasser med tilbud om tjenester i åpen omsorg mellom oppholdene vil være vesentlig rimeligere enn opphold i langtidsavdeling i sykehjem. Derfor er det rimelig å forvente at kostnadseffektiviteten tiltar med økende bruk av korttidsopphold, målt som liggedøgn i korttidsplassene sammenliknet med befolkningen 80 år+.

Hjelmbrekke mfl. (2011) fant for øvrig at ved spesialisert heldøgns omsorg, enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har kommunene et beregnet og uutnyttet kostnadsreducerende potensial nettopp gjennom stordriftsfordeler. Og disse stordriftsfordelene ble beregnet å være større om kommunene ensidig satser på omsorgsboliger med heldøgns bemanning framfor ensidig på institusjoner. Det vil rimeligvis også generelt være mer kostnadseffektivt å satse på omsorgsboliger framfor sykehjem, fordi den sistnevnte driftsformen per se må være dyrere særlig på grunn av høy bemanningsfaktor, som vi har vist var 1,43 årsverk per plass i 2013, jfr .tabell 4.1. Vi kjenner ikke kostnadene ved drift av omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Men vi vet at brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg i gjennomsnitt nyttet 0,66 årsverk per bruker i 2013. Brukere i omsorgsboliger med heldøgns bemanning antas å fordre noe mer, men antakelig sjelden mer enn i sykehjem. Det vil imidlertid våre beregninger av ressursbruken blant brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg gi noen indikasjoner på, jfr. kapittel 7.5.

7. Kommunenes selvstendige prioriteringer

Som mål for kommunal prioritering av omsorgstjenestene velger vi netto driftsutgifter i pleie og omsorg som andel av netto driftsutgifter totalt i kommunene. Alternativt kan vi nytte netto driftsutgifter i pleie og omsorg per innbyggere 80 år+. Som vi vil se av presentasjonen av de store forskjellene i hvordan kommunene har valgt å innrette og å dimensjonere pleie- og omsorgstjenestene (jfr. kap. 6.2), er det åpenbart at de prioriterer omsorgstjenesten ulikt, målt ved samlet relativ ressursbruk. Det vil ha sammenheng med blant annet kommunale forskjeller i behov i andre sektorer. Men likevel er forskjellene i satsingen i omsorgssektoren både ut fra per capita-betraktninger og bistandsbehovshensyn stor mellom kommune, jfr. resultatene som vi har gjort rede for i kapittel 6.2, hvor vi for eksempel viser at om lag dobbelt så mange eldre 67 år+ i en gruppe kommuner mottar pleie- og omsorgstjenester, sammenliknet med den samme eldrebefolkningen i en annen gruppe av kommuner.

Og det vil være rimelig å anta at kommuner med mange brukere, under ellers like forhold, vil måtte komme ut med lavere ressursinnsats per bruker med samme grad av bistandsbehov, uten at dette her kan utlegges som større grad av effektivitet.

4.4 Fordeling av årsverk i hjemmebaserte tjenester

Her gjør vi til slutt rede for hvordan ressursene – målt ved timeverkene og årsverkene – i de hjemmebaserte tjenestene fordeler seg mellom brukere over og under 67 år i 2013. Vi viser samtidig hvordan bruken fordeler seg etter ulike aldersgrupper. Dette for å etablere et grunnlag for fordelingen i bruken av ressurser mellom eldre brukere 67 år+ etter grad av bistandsbehov, siden vår analyse av ressurseffektivitet tar utgangspunkt i grad av funksjonstap/hjelpebehov målt ved graden av bistandsbehov, slik dette utmåles i IPLOS. Her skiller vi mellom brukere med omfattende bistandsbehov på den ene siden og øvrige brukere, det vil si brukere med store/middels/noe/avgrenset bistandsbehov.

I IPLOS foreligger opplysninger om antall brukerrettede timer i hjemmebaserte tjenester for alle brukere på et gitt tidspunkt. Disse dataene blir publisert hvert år.³² Vårt analyse-år er 2013. Data om fordeling av årsverk mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester (KOSTRA f254) i kommunene er basert på en spesialkjøring fra SSB (august 2015). Disse dataene foreligger foreløpig ikke i KOSTRA.

Om fordeling av årsverk på grunnlag av uketimeverk

I 2013 ble det ifølge KOSTRA utført 66 653 årsverk i de hjemmebaserte tjenestene³³. I KOSTRA omfattes det som ofte benevnes som de hjemmebaserte tjenestenes kjerne-tjenester av: praktisk bistand, hjemmesykepleie, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn og avlastning. De statistiske opplysningene over timebruk per uke i brukerrettede tjenester, jfr. tabell 4.4, omfatter imidlertid rimeligvis ikke omsorgslønn, men timer medgått til avlastning vil være inkludert³⁴.

³² Vi nytter data over alle brukere, som er fullstendige (våre data gruppert etter grad av bistandsbehov, har imidlertid en mindre andel «uoppgitte», men vil avvike ubetydelig i forhold til våre data her).

³³ Vi viser her til data mottatt fra SSB av 27.8. 2015 som viser at antall årsverk i de hjemmebaserte tjenestene, KOSTRA, f254, var 66 653 i 2010, mot 59 480 i 2009, dvs. en økning på 11,2 prosent i løpet av 4 år.

³⁴ Således vil sum årsverk knyttet til KOSTRA, f254, være litt høyere enn årsverk knyttet til hjemmebaserte tjenester (inkludert BPA). Det er ikke mulig for oss å skille ut differansen, som uansett er en liten størrelse, siden det dreier seg om relativt få personer (ca 7000 personer med avlastning i alt utenfor institusjon/bolig i 2013). Vi er derfor henvist til og velger å knytte opplysningene om årsverk i KOSTRA (f254) opp mot opplysningene om avtalte brukerrettede timeverk i hjemmebaserte tjenester, slik de går fram av tabell 4.4.

Vi regner om fordelingen av avtalte brukerretnede timeverk til årsverk, idet vi forutsetter at årsverk i alt (inkludert indirekte tid) fordeler seg på samme måte. Vi fordeler således årsverkene i hjemmebaserte tjenester (f254) etter fordelingen av brukerretnede timeverk i henhold til IPLOS-data, slik denne går fram av tabell 4.4. Tabellen viser for eksempel at 33,3 prosent av de brukerretnede timeverkene i de hjemmebaserte tjenestene i 2013 gikk til brukere 67 år+. Vi forutsetter da at den tilsvarende andelen av samlet årsverk i KOSTRA, f 254, gikk til samme gruppe, eller 22 207 årsverk, jfr. tabell 4.4. Resultatene går fram av tabell 4.4.

Av samtlige brukerretnede timeverk per uke i 2013, gikk 66,7 prosent til brukere under 67 år. Resten, 33,3 prosent av timeverkene, tilfalt eldre, det vil si brukere 67 år+, jfr. tabell 4.4.³⁵

Tabell 4.4 Antall brukere av hjemmebaserte tjenester, antall timer i brukerretnet hjelp per uke, sum timeverk, samt andel av uketimeverk og årsverk etter alder. 2013. Absolutte tall og prosent.

Alders-grupper	Antall brukere	Antall timer per uke	Uketime verk i alt	Andel av uketimeverk	Antall årsverk (beregnet)
0-17	1626	17,3	28130	1,83	-
18-49	41214	16,0	659424	43,02	-
50-66	29358	11,4	334681	21,83	-
0-66 år	72198	-	1022235	66,68	44446
67-79 år	33640	5,2	174928	-	-
80-89 år	53237	4,2	223595	-	-
90 år+	20782	5,4	112223	-	-
80 år+	74019	-	335818	21,91	14601
67 år+	107659	-	510746	33,32	22207
Total	179658	-	1532981	100,00	66653

Kilde: SSB, Mørk, E. mfl. (2014). *Pleie- og omsorgstjenestene 2013*. Rapporter 2014/33, tabell 6.1 og tabell B.11 (data fra IPLOS), samt data om årsverk i hjemmebaserte tjenester (KOSTRA, f254), upubliserte data fra SSB til Brelanta/Fafo, 27.8. 2015.

Vi kan således slå fast at yngre brukere, det vil si brukere under 67 år, nå er den dominerende brukergruppen av de sentrale hjemmebaserte tjenestene. Dette illustreres blant annet av at brukere 0–49 år i 2013 brukte om lag dobbelt så stor andel av årsverkene i hjemmebaserte tjenester som eldre 80 år+, idet 45 prosent av årsverkene i disse tjenestene i 2013 gikk til brukere under 50 år, mens 22 prosent gikk til brukere 80 år+, jfr. tabell 4.4.

Disse dataene gjør det mulig å beregne forholdet mellom brukerretnede uketimeverk og årsverk i de hjemmebaserte tjenestene (f254) på landsbasis i 2013. Hvis vi

³⁵ Vår første beregning av denne andelen på grunnlag av IPLOS-data, viste at andelen i 2006 var 59,8 prosent. (Brevik 2010:2).

forutsetter at de brukerretnede tjenestene ytes i alle årets 52 uker, vil ett årsverk måtte bestå av 1196 brukerretnede timer i kjernetjenestene i den hjemmebaserte omsorgen i 2013, beregnet ut fra følgende enkle formel: $1\ 532\ 981 \text{ uketimeverk i alt} \cdot 52 / 66\ 653 \text{ årsverk} = 1196 \text{ brukerretnede timeverk per årsverk}$.³⁶

Det betyr igjen at et årsverk på landsbasis i de hjemmebaserte tjenestene i gjennomsnitt tilsvarer en ytelse som innebærer 23,0 brukerretnede timeverk per uke.

Tilsvarende beregninger kan gjøres for de enkelte kommunene. Vi kan imidlertid ikke forutsette at forholdet brukerretnede/indirekte tid ute i kommunene er det samme som landsgjennomsnittet. Hvis dette varierer en god del, kan det samtidig betraktes som et selvstendig deluttrykk for hvor effektivt tjenestene arbeider overfor brukerne. En kommune med høy andel indirekte tid må antas å arbeide mindre effektivt enn en kommune med lav andel indirekte tid. Beregningene må gjøres ut fra våre data (IPLOS) om brukerne etter grad av bistandsbehov for gruppene over og under 67 år. Her må også de med uoppgitte brukerretnede uketimeverk med, siden de inngår i oppgavene over årsverk i KOSTRA.

Et brukerretnet uketimeverk bør dessuten ha den samme verdi i alle kommuner, helt uavhengig av variasjonene i hvor stor del av årsverket som faktisk går med til indirekte tid. Et brukerretnet uketimeverk er et brukerretnet uketimeverk, da indirekte tid her er holdt utenfor. Og skal det ha den samme verdi for alle kommuner, må det regnes om til årsverk etter samme felles mål, det vil si 1196 timeverk per årsverk.

Det å beregne forholdet mellom uketimeverk og årsverk mellom kommunene, er bare meningsfylt hvis oppgaven er å studere variasjon i størrelsen av indirekte tid mellom kommunene. Men dette bør gjøres som en tilleggsanalyse og er ikke vår oppgave her. Da gjenstår bare oppgaven med å beregne gjennomsnittlig uketimeverk for eldre 67 år i de tre gruppene for grad av bistandsbehov, og deretter å regne dem om til årsverk etter $1 \text{ årsverk} = 1196 \text{ brukerretnede timeverk}$. Dette har vi gjort i kapittel sju.

³⁶ Det er tidligere for året 2010 på samme måte beregnet at et registrert årsverk tilsvarte gikk 1160 brukerretnede timeverk (Brevik 2012). Denne ubetydelige økningen på ca. 1 prosentpoeng fra 2010 til 2013 tyder på stabilitet i forholdet mellom registrerte årsverk og timeverk tilført brukerne direkte. Men forholdet mellom registrerte årsverk og brukerretnede årsverk mellom kommunene kan muligens variere noe. Variasjon i dette forholdet mellom kommunene kan igjen til en viss grad være et inntak til å studere brukereffektivitet eller omfang av indirekte tid (tid medgått til administrasjon, kurs, reisetid o.l.), men er ikke vår oppgave i denne sammenheng.

5 Casestudier

Det er valgt ut ni casekommuner til denne studien. Ved å gå dypere inn i enkeltkommuner kan vi få vesentlig mer detaljert informasjon om hvordan tjenestene er innrettet, og hva som ligger til grunn for de valgene som er tatt. Det gir også mulighet til å undersøke om typologiene er gjenkjennbare i kommunene, og om kommunene selv har samme vurdering av sitt tjenestetilbud som det våre typologier skulle tilsi. I flere av de foregående kapitlene har vi pekt på at det har foregått en dreining fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester i løpet av de siste årene – men at institusjonsorientering fortsatt har en dominerende posisjon i mange kommuner. En viktig problemstilling blir dermed hva som driver utviklingen i retning av mer hjemmebaserte tjenester. I utvalget av casekommuner har det derfor vært viktig å få med mange kommuner der det har foregått en bevegelse i retning av mer hjemmebaserte tjenester – samtidig som det var viktig å få med kommuner som representerer en spredning i tjenesteinnretningen (målt ved våre typologier). Utvelgingen har dermed delvis skjedd med utgangspunkt i registerdata over kjennetegn ved kommunene, og delvis med utgangspunkt i forskerteamets tidligere kjennskap til kommunene. De kommunene som ble valgt ut, er Hurum, Jevnaker, Namsos, Nittedal, Nord-Aurdal, Nord-Fron, Os i Hordaland, Sola og Sula. Samlet har vi intervjuet 211 personer. Dette er personer på politisk nivå – for det meste ordførere, kommunalt toppledernivå slik som rådmenn og kommunalsjefer innen pleie- og omsorgsfeltet, virksomhetsledere, avdelingsledere, tillitsvalgte og enkelte kommuneleger.

Før vi ser nærmere på kvalitetsbegrepet og hvordan de intervjuede forstår kvalitet og effektivitet, vil vi først presentere profilen og organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene til de utvalgte casekommunene. Det gjør vi ved å plassere dem inn i typologiene utarbeidet i kapittel tre og seks – samt med kommunenes egne vurderinger av om de har en institusjonsorientert eller hjemmebasert tjenesteprofil. Til slutt i hver presentasjon av kommunenes plassering i våre typologier har vi også trukket inn informasjon fra de kvalitative intervjuene som er gjennomført i hver av casekommunene. Det som er trukket ut her, er kommunenes egne vurderinger av sin tjenesteprofil og årsakene til at de har valgt den orienteringen de har valgt. Deretter presenteres en analyse på tvers av casekommunene, der vi presenterer kommunenes oppfatninger av hva som er kvalitativt gode tjenester og hvordan god kvalitet kan oppnås. Vi vil for øvrig påpeke at kommunene stadig er i endring, slik at situasjonen på intervjutidspunktene kan være forskjellig fra dagens situasjon.

5.1 Hovedkjennetegn ved innretningen i pleie- og omsorgstjenestene

1. Andel 67 år+ i alt under offentlig omsorgsregime

Vi har laget et mål for hvor stor andel av befolkningen 67 år+ som er brukere av de hjemmebaserte tjenestene pluss eldre beboere i institusjon, det vil si brukere i alt per 100 innbyggere 67 år+ som er under offentlig eller kommunalt omsorgsregime.

Majoriteten av casekommunene er kjennetegnet ved å ha få brukere 67 år+ med hjemmebaserte tjenester og få brukere 67 år+ i institusjon, idet seks av ni befinner seg blant den tidelen (plasserer seg i 1. desil) av kommuner med færrest brukere i alt 67 år+ i 2012. Sula befinner seg i 5. desil, men under gjennomsnittet. Nord-Fron plasserer seg i 6. desil. Bare Namsos kan sies å ha svært mange brukere i omsorgstjenestene, idet kommunen hører hjemme i den tjuedelen (9. desil) med størst andel brukere 67 år+ under kommunalt omsorgsregime. Altså er det bare to av ni kommuner hvor andelen 80 år+ i institusjon er over landsgjennomsnittet, jfr. tabell 5.1.

Et flertall av casekommunene har også relativt *få brukere 67 år+ under offentlig omsorgsregime.*

Tabell 5.1 Skåre i rate for hjemmebaserte tjenester 80 år+, beboere i institusjon 80 år+ og skåre i rate for hjemmebaserte tjenester +beboere i institusjon 67år+, 2012. Plassering i desiler. Ni casekommuner.

	Skåre rate hjemmebaserte 80 år+, rate institusjon 80 år+ og skåre i rate hjemmebasert+institusjon 67 år+, 2012, plassering i desiler		
	Hjemmebasert 80 år+ (a)	Institusjon 80 år+ (b)	Hjemme+ Instit. 67 år+ (c)
0233 Nittedal	2. desil	5. desil	1. desil
0516 Nord-Fron	6. desil	9. desil	6. desil
0532 Jevnaker	1.desil	3. desil	1. desil
0542 Nord-Aurdal	1. desil	1. desil	1. desil
0628 Hurum	7. desil	1. desil	1. desil
1124 Sola	1. desil	6. desil	1. desil
1243 Os	7. desil	1. desil	1. desil
1531 Sula	7. desil	1. desil	5. desil
1703 Namsos	10.desil	1. desil	9. desil

Kilde: IPLOS 2012 (a), KOSTRA 2012 (b), IPILOS og Spesialkjøring ved SSB, okt 2013 (c)/ Brelanta/Fafo, oktober 2013.

2. Andel 80 år med plass i institusjon

Jevnt over er casekommunene karakterisert ved å ha relativt få personer 80 år+ i institusjon, det vil si den typen innretning som de fleste kommuner har beveget seg mot. Av de ni casekommunene befant fem seg i den tidelen med færrest institusjonsbeboere (i 1. desil). Dette er et nokså markant trekk, og disse er alle kommuner som over tid har bygget ned bruken av institusjoner til et svært lavt nivå. Ytterligere to kommuner (Jevnaker og Nittedal) plasserer seg samtidig under gjennomsnittet for institusjonsdekning, jfr. tabell 5.1. Sola er plassert i 6. desil, men likevel under landsgjennomsnittet. Nord-Fron (med plass i 9. desil) representerer den eneste kommunen med omfattende bruk av institusjoner.

3. Andel brukere 80 år+ med hjemmebaserte tjenester

Sammenliknet med de to andre målene for innretning av pleie- og omsorgstjenester i kommunene, er andelen 80 år+ med hjemmebaserte tjenester i casekommunene vesentlig annerledes enn for institusjonsbruken. Her befinner fem av ni kommuner seg på eller over landsgjennomsnittet, mens tre kommuner (Hurum, Os og Sula) er plassert i 7. desil og én kommune (Namsos) befinner seg blant den tidelen (i 10. desil) av kommunene med flest hjemmebaserte tjenester for brukere 80 år+.

På den andre siden er det her fire kommuner som har svært få brukere av hjemmebaserte tjenester, idet tre kommuner plasserer seg i 1. desil (Jevnaker, Sola og Nord-Aurdal), mens Nittedal plasserer seg her i 2. desil. Disse fire er samtidig blant de kommunene som generelt har få eldre i alt under offentlig kommunalt omsorgsregime, alle med plass i 1. desil med hensyn til andel 67 år+ med hjemmebaserte tjenester + plass i institusjon, jfr. tabell 5.1.

4. Andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov

Det som også kjennetegner de ni casekommunene, er at flertallet av dem har en høy andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Av de sju kommunene som vi så langt har data for (for Jevnaker og Nord-Fron mangler vi slike data pga. «prikking» i SSB (prikking betyr manglende verdi, og skjer som følge av ingen eller for få observasjoner i kommunen), jfr. tabell 5.2), befinner fire seg i 7.–10. desil (Nord-Aurdal, Os, Hurum og Sula), det vil si kommuner som vi innenfor vår typologisering normativt har karakterisert som «progressive» kommuner.»

På den andre siden er det to kommuner (Nittedal og Sola) som har få brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov (plasserer seg i 1. desil – for Jevnaker kjenner vi ikke skåren i denne variabelen pga prikking i KOSTRA). Disse kommunene har i tillegg samlet svært få brukere 67 år+ i alt og få brukere 80 år+ med hjemmebaserte

tjenester (begge i 1. desil). Disse tre kommuner har lite av det meste, bortsett fra en del institusjonsplasser.

Tabell 5.2 Skåre i rate for hjemmebaserte tjenester 0–66 år, hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov og skåre i rate hjemmebaserte 67 år+ med omfattende bistandsbehov, 2012, plassering i desiler. Ni casekommuner.

	Skåre rate hjemmebaserte 0-6 år rater hjemmebaserte 0-66 år med omfattende bistandsbehov og rater hjemmebaserte 67 år+ med omfattende bistandsbehov. 2012, plassering i desiler		
	Hjemmebasert 0–66 år (d)	Hjemmebaserte omfattende 0–66 år (e)	Hjemmebaserte 67 år+, omfattende (f)
0233 Nittedal	2. desil	1. desil	1. desil
0516 Nord-Fron	3. desil	1. desil	1. desil
0532 Jevnaker	8. desil	3. desil	2. desil
0542 Nord-Aurdal	3. desil	10. desil	7. desil
0628 Hurum	6. desil	7. desil	10. desil
1124 Sola	1. desil	1. desil	1. desil
1243 Os	3. desil	4. desil	9. desil
1531 Sula	5. desil	5. desil	10. desil
1703 Namsos	8. desil	1. desil	6. desil

Kilde: KOSTRA 2012 / Brelanta, oktober 2013.

5. Brukere under 67 år i de hjemmebaserte tjenestene

Når det gjelder andelen brukere under 67 år med hjemmebaserte tjenester, er bildet av casekommunene noe mer blandet. Det er imidlertid fem av ni kommuner som har relativt få brukere 0–66 år, det vil si de plasserer seg i 1.–3. desil. Nittedal og Sola har svært få brukere av slike tjenester under 67 år (plasserer seg 1. desil, jfr. tabell 5.2), samtidig som disse to kommunene har særs få brukere 67 år+ i alt.

På den andre siden befinner to av kommunene seg i 8. desil når det gjelder brukere 0–66 år (Jevnaker og Namsos), og to kommuner i 5. og 6. desil (Sula og Hurum). Det er imidlertid bare Namsos som kombinerer det å ha svært mange yngre brukere av hjemmebaserte tjenester og særlig mange eldre brukere 67 år+ i alt, jfr. tabell 5.1 og 5.2.

6. Brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov

Brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov er det også jevnt over få av i casekommunene. Av de sju vi her har data for, befinner tre kommuner

seg i 1. desil, mens tre andre befinner seg under gjennomsnittet for landets kommuner. Bare to befinner seg så høyt som i 7. desil (Hurum) og 10. desil (Nord-Aurdal), jfr. tabell 5.2.

Her ser vi igjen at Nittedal og Sola befinner seg blant den tidelen kommuner med færrest slike brukere (i 1. desil), mens vi mangler slike data for Jevnaker.

5.2 Typologi 2: Nord-Aurdal kommune

Nord-Aurdal kommune ligger i Oppland fylke og har 6400 innbyggere. Nord-Aurdal befinner seg i typologi 2 og i typologi 8.

Typologi 2 er: Kommuner med mulig pleiestrategisk orientering – med få brukere både i hjemmebaserte tjenester og i institusjon (med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 1. + 2. kvintil og andel beboere i institusjon 80 år+ i 1. kvintil). Ifølge vår typologiiinndeling befinner 13 kommuner seg i typologi 2.

Dette er kommuner som kombinerer lav institusjonsdekning med generelt få brukere av hjemmebaserte tjenester, men hvor relativt mange brukere til gjengjeld har omfattende bistandsbehov. Sannsynligvis vil disse kommunene jevnt over drive nokså pleieintensivt, det vil si konsentrerer innsatsen om svært få brukere.

Typologi 8 er: Kommuner med høy andel brukere med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenester både 0–66 år og 67 år+ (med andel brukere med omfattende bistandsbehov 0–66 år i 4. eller 5. kvintil og andel med omfattende bistandsbehov 67 år+ i 4. eller 5. kvintil). Ifølge vår typologiiinndeling befinner 27 kommuner seg i typologi 8.

Nord-Aurdal har bygget ned sin institusjonstjeneste i de senere årene, og for beboere 80 år+ halverte kommunen dette tilbudet fra 1996 til 2012. Institusjonsraten 80 år+ ble redusert fra 19,0 i 1996 til 9,6 i 2012. Samtidig har bruken av hjemmebaserte tjenester lenge vært forbeholdt få eldre i Nord-Aurdal. I 2012 befant Nord-Aurdal seg blant den tidelen kommuner med færrest andel eldre 80 år+ med plass i institusjon, og med færrest brukere av hjemmebaserte tjenester, med respektive 9,6 prosent beboere i institusjon og 26,8 prosent brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+, jfr. tabell V5.1 i kapitlets vedlegg. Sammenliknet med for eksempel Namsos, er dette ned mot halvparten så mange, idet 61 prosent av alle innbyggere 80 år+ der enten hadde plass i institusjon eller var brukere av hjemmebaserte tjenester i 2012, mot tilsvarende 36 prosent i Nord-Aurdal, jfr. tabell V5.1.

Når Nord-Aurdal kommer med i typologi 8, skyldes det også at Nord-Aurdal – i tillegg til de nevnte egenskapene – er blant den tidelen av kommuner med flest brukere 0–66 år med omfattende bistandsbehov, eller nesten det dobbelte av landsgjennomsnittet, jfr. tabell V5.2 i vedlegget. At kommunen samtidig plasserer seg i 3. desil for

andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år i alt, det vil si konsentrerer seg om relativt få brukere, er muligens med på å understreke den pleiestrategiske profilen i innretningen av tjenestetilbudet i kommunen.

Men her skylder vi å gjøre oppmerksom på at Nord-Aurdal er blant de kommuner som mottar statlige overføringer gjennom det gamle såkalte Vertskommunetilskuddet, det vil si mottar statlige tilskudd for å kompensere for fortsatt kommunale brukere med utviklingshemming fra før HVPU-reformen.³⁷ Utviklingshemmede som over tid kan ha vokst inn i aldersgruppen 67 år+, kan også være noe av forklaringen på den høye andelen 67 år+ med omfattende bistandsbehov i Nord-Aurdal.

Med hensyn til tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem befant imidlertid Nord-Aurdal seg på landsgjennomsnittet både i 1996 og 2006, med ca. 30 utskrivninger per 100 innbyggere 80 år+ fra korttidssengene. Situasjonen i 2012, er, som tidligere nevnt, ikke kjent.

Våre informanter i Nord-Aurdal framhever at kommunen har vært igjennom store omstillinger de siste årene. Kommunen har relativt få institusjonsplasser i forhold til folketallet, og de oppgir at dette har vært en villet politikk. Innbyggerne i kommunen ønsker å bo hjemme og få sine tjenester der, så kommunen har gjennom mange år bevisst bygget opp det de opplever som en stor hjemmetjeneste. I forbindelse med et pågående stort utbyggingsprosjekt – Valdres lokalmedisinske senter (VMS)³⁸ – er det vedtatt at kommunen skal bygge 20 nye omsorgsboliger for eldre. De endrer samtidig innretningen på tjenestene, med færre institusjonsplasser. Det innebærer blant annet at kommunen utvider antallet korttidsplasser. Kommunen får også en rehabiliteringsavdeling på VMS. De vil dessuten samle Familiens hus³⁹ – barnevern og PPT, omsorg og rehabilitering og NAV. Det bygges videre nye lokaler for hjemmetjenestene i underetasjen på de nye omsorgsboligene samt nye lokaler for et kommunalt hjelpemiddellager. Samlet får kommunen et stort og bredt fagmiljø i det lokalmedisinske senteret. I det nye bygget vil det bli en intermedier avdeling, legevakt, spesialistpoliklinikk og dialyseavdeling. Regionen har felles jordmortjeneste som også legges inn i lokalene, og det blir en ny fysio-/ergoterapiavdeling i senteret. Det er et samarbeid mellom regionale og kommunale tjenester. Planen framover er å konvertere elleve langtidsplasser til elleve omsorgsboliger i bofellesskap, bygge ut omsorgen for demente og bygge flere bofellesskap.

³⁷ Men det er også slik at hvis de samtidig mottar statlige overføringer i tilknytning til ordningene med statlige overføringer til særlig ressurskrevende brukere, kommer eventuelt mottatt vertskommunetilskudd for utviklingshemmede i fratrukk i denne statlige overføringen.

³⁸ De er de første i landet som har etablert et eiendomsselskap for å bygge et lokalmedisinsk senter, hvor alle som samarbeider om fellestjenester er medeiere i selskapet. Det vil si at alle de seks kommunene i Valdres er medeiere.

³⁹ Familiens hus er en enhet som yter tjenester til barn og unge, psykisk helsearbeid, barnevern, PPT, miljøarbeid og tjenester til psykisk utviklingshemmede.

På intervju tidspunktet oppga informantene at kommunen er inne i en ny prosjektfase – Samhandling i Valdres – som består av tre delprosjekter, og hvor kommunen blant annet skal lage rutiner for samhandling med tanke på implementering i drift. Etablering av disse fellestjenestene oppgis å få konsekvenser for tjenesteflyten i egen kommune, og kommunen har planlagt og omstilt i henhold til dette. I tillegg har kommunen en rekke ulike prosjekter som blant annet ser på mer bruk av velferdsteknologi. Nord-Aurdal ønsker å få en lungepoliklinikk til kommunen. Ledelsen er opptatt av å bryte ned behandlingslinjen og finne samhandlingspunktene: Hvilket ansvar kan vi flytte over til kommunen? Hvordan kan en bruke velferdsteknologiske løsninger (iPad)? Hva kan foregå hjemme hos pasienten, og hva kan foregå på poliklinikken lokalt? Hva kan intermediær ivareta, og når må man legges inn på sykehus?

Kommunen har gått grundig til verks for å se nærmere på hva de bruker pengene og ressursene på. KOSTRA-analysene viste at kommunen bruker mye penger på pleie- og omsorgstjenester, at de ligger høyt med hensyn til fysioterapidekning og sykehjemsplasser, og at de har bra legedekning. Samtidig oppgir ledelsen at de har store kostnader per bruker.

5.3 Typologi 1: Nord-Fron kommune

Nord-Fron kommune ligger i Oppland fylkeskommune og har 5800 innbyggere. Nord-Fron tilhører typologi 1: Institusjonsorienterte kommuner – mange i institusjon, få i hjemmebaserte tjenester. Med andel plasser i institusjon 80 år+ i 5. kvintil samt andel med hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 1. kvintil – i alt 17 kommuner. Dette er kommuner som jevnt over synes å satse nokså ensidig på sykehjem samtidig som de konsentrerer seg om i alt relativt få eldre brukere.

Som tidligere nevnt var det bare 18 kommuner med 2000 innbyggere+ som på landsbasis bygget opp institusjonsomsorgen fra 1996 til 2010 (Brevik & Nygård 2013:104), og sju av disse befinner seg i typologi 1.

Bruken av institusjon (sykehjem) er stor i Nord-Fron, som i 2012 skåret i 9. desil for andel 80 år+ med plass i institusjon, hvor raten var 20,3 beboere per 100 innbyggere 80 år. På den andre siden var det 30,4 prosent av befolkningen 80 år+ i Nord-Fron som mottok hjemmebaserte tjenester. I 2012 var raten 37,0 prosent, jfr. tabell V5.1 i vedlegget. Andelen eldre brukere av hjemmebaserte tjenester har økt betydelig i Nord-Fron i forhold til 2010.⁴⁰

⁴⁰ Innplasseringen i kvintiler i 2010 og i desiler i 2012 vil ikke være helt sammenliknbar, fordi data fra 2010 er basert på 328 kommuner, mens data fra 2012 er basert på 422 kommuner, dvs at kommuner med under 2000 innbyggere er kommet med i datagrunnlaget for desil-inndelingene for 2012.

Således ville data for 2012 nesten ha plassert Nord-Fron i typologi 3, Kommuner med mulig orientering mot forbyggende virksomhet. Samtidig vet vi at alle kommuner – unntatt én – i denne typologien har bygget ned bruken av hjemmebaserte tjenester til de eldste fra 1996 til 2010, og det betydelig (med i gjennomsnitt 8 prosentpoeng, fra i gjennomsnitt 35,4 til 27,5 brukere per 100 innbyggere 80 år+). Disse kommunene synes å ha kombinert en nokså høy og stabil institusjonsdekning med en betydelig reduksjon i andelen eldre med hjemmebaserte tjenester til et svært lavt nivå.

Denne *ene* kommunen som utgjorde unntaket, var Nord-Fron, hvor andelen brukere 80 år+ av hjemmebaserte tjenester økte. Denne økningen synes å ha vært betydelig også de to siste årene, fra 2010 til 2012, jfr. anføringene ovenfor.

En god del av kommunene i typologi 1 har økt tilgjengeligheten til korttidsplasser, og noen plasserte seg i 2006 på et høyt nivå. Her lå Nord-Fron på topp blant kommunene i denne typologien både i 1996 og 2006, og kommunen var ved begge tidspunkt blant den tidelen med høyest tilgjengelighet til korttidsplasser. Dette siste peker mot at Nord-Fron ganske tidlig la om bruken av institusjonsplassene sine.

I Nord-Fron oppgir våre informanter at kommunen har hatt mange ulike organisasjonsmodeller innenfor pleie- og omsorgstjenestene, men siden 2013 har de hatt en todeling av tjenestene med institusjonsplasser (langtidsplasser) og hjemmebaserte tjenester, som består av hjemmehjelp, hjemmesykepleie og korttids rehabiliteringsplasser. Kommunen definerer også tjenester for funksjonshemmede inn under hjemmebasert omsorg. Flere ledere oppgir at de har høy belegningsprosent på sykehjemsplassene, og de hevder at alle som trenger plass, får plass. Kommunen har de siste fem–ti årene satset mer på å styrke de hjemmebaserte tjenestene. Lederne mener derfor det blir feil å hevde at de har en institusjonsbasert profil og innretning. Det begrunnes med at institusjonsbaserte tjenester og hjemmebaserte tjenester ses – og må ses – i sammenheng. De påpeker at gode hjemmebaserte tjenester kan bidra til å redusere presset på institusjonstjenestene, men institusjonstjenestene kan også være en støtte for de hjemmebaserte tjenestene. Kommunen har ansatt en samhandlingskoordinator på prosjekt, og målet er å vri kommunens innsats over mot mer forebyggende helsearbeid.

Nord-Fron har satt i gang et utbyggingsprosjekt i fem trinn, som skal gå over flere år. Det første byggetrinn – bygging av omsorgsboliger – sto ferdig i 2012, og neste byggetrinn skal ferdigstilles i løpet av 2016. En av de viktigste foringene for neste byggetrinn er å legge bedre til rette for hjemmebasert omsorg. Plasser for korttidsopphold og rehabilitering blir dermed ansett som viktig. Planen er at det skal bygges 18 plasser for korttidsopphold og rehabilitering og 18 institusjonsplasser. Dette skal erstatte den bygningsmassen kommunen har per i dag, og som anses som å være i for dårlig forfatning. Da kommunen satte i gang planleggingen av byggingen i 2009, var tanken at korttidsplassene og rehabiliteringsplassene skulle bygges i en av de senere fasene, men disse plassene ble bestemt framskyndet fordi de så at behovet var størst her.

Langtidsavdelingen skal totalrenoveres, blant annet fordi kommunens ø-hjelpsplasser skal være der. Korttidsavdelingen skal fungere som en intermediæravdeling, der pasienter som utskrives fra sykehuset og som er for syke til å være hjemme, skal plasseres. Disse planene var delvis lagt før samhandlingsreformen ble innført. Utbyggingen ble vedtatt i 2009, og den har i noen grad blitt justert i forbindelse med reformen.

5.4 Typologi 6: Os kommune (i Hordaland)

Os kommune ligger i Hordaland fylke og har 18 700 innbyggere. Os kommune hører hjemme i vår typologi 6: Kommuner med hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon – mange brukere av hjemmebaserte tjenester – få beboere i institusjon (med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov i 5. kvintil og andel i institusjon 80 år+ i 1. kvintil). Ifølge vår typologiinndeling befinner 25 kommuner seg i typologi 6.

Her nytter vi imidlertid kun målet «brukere med omfattende bistandsbehov» (og ikke andel med hjemmebaserte tjenester generelt). Typologien rendyrker således forholdet mellom institusjonsbruk og omfang av intensiv bruk av hjemmebaserte tjenester.

Dette er kommuner med rate i institusjon 80 år+ i 1. kvintil (i gjennomsnitt for disse kommunene 8,4 beboere i institusjon per 100 innbyggere 80 år+) og andel med omfattende bistandsbehov i 5. kvintil (i gjennomsnitt 4,7 slike brukere per 100 innbyggere 67 år+).

Os har særskilt få institusjonsbeboere, med en rate tilsvarende 6,7 beboere i sykehjem per 100 innbyggere 80 år+ i 2012. På den andre siden har Os en relativt stor andel brukere 80 år+ med hjemmebaserte tjenester (plasserer seg i 7. desil av kommunene etter dette målet – med 38,6 prosent 80 år+ med hjemmebaserte tjenester i 2012). Men særlig legger vi merke til at Os har en svært stor andel brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene (befinner seg i 9. desil i 2012).

Samtidig er kommunen kjennetegnet ved å ha relativt få brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år i sin alminnelighet og få slike brukere med omfattende bistandsbehov (i respektive 3. og 4. desil i 2012, jfr. tabell 2). Dette går sammen med samlet å ha relativt få brukere av pleie- og omsorgstjenester 67 år+ i alt (her plassert i 1. desil, jfr. tabell 5.1).

Os synes å være en kommune som er progressiv ved at de satser på hjemmebaserte tjenester versus institusjon, men som *samtidig* har lagt seg på en pleiestrategi ved generelt å konsentrere seg om få brukere.

Siden 1996 har Os halvert institusjonsraten 80 år+, fra 14,1 beboere per 100 innbyggere 80 år+ i 1996 til 6,7 beboere i 2012, mens nivået på de hjemmebaserte tjenestene omtrent har vært det samme, det vil si 38 brukere per 100 innbyggere 80 år+ både i 1996 og 2012. Utviklingen i bruken av omsorgsboliger vil her antakelig måtte

være sentral for innretningen i Os (som i Namsos), noe som igjen antas å gjenspeiles indirekte ved andelen brukere med omfattende bistandsbehov.

Tilgjengeligheten til korttidsplasser økte i Os fra 1996 til 2006, og den utgjorde i 2006 32 opphold per 100 innbyggere 80 år+, det vil si Os plasserte seg i 6. desil.

Våre informanter i Os forteller at fram til 2001 hadde kommunen en trenivå-modell, men med en omorganisering samme år gikk kommunen over til en tonivå-modell. Denne organiseringen varte fram til 2008, da kommunen gikk tilbake til en trenivå-modell. Denne organisasjonsmodellen oppgis av de intervjuede å åpne for mer tverrfaglig samarbeid og samhandling. Hovedstrategien til Os kommune er at tjenestene skal være hjemmebaserte og ytes i boliger, og i liten grad bestå av langtidsopphold i sykehjem. For Os kommune ser det ut til å være foretatt et strategisk valg, med vekt på hjemmebaserte tjenester framfor institusjon. Kommunen har nylig bygget flere omsorgsboliger framfor å satse på flere institusjonsplasser. Både økonomiske hensyn (investering og drift), ideologiske hensyn samt mulighet for mer fleksibel (og dermed brukerstyrt) tjeneste var forhold som spilte inn da kommunen valgte en hjemmebasert strategi. Det er full enighet, både politisk og administrativt, om denne hovedstrategien.

Under tonivå-organiseringen oppgir flere intervjuede at det var høy grad av detaljstyring, det ble lagt ensidig vekt på økonomi, og det var mange som satt på hver sin tue. Helhetstenkningen forsvant til fordel for tanker som «mine og dine pasienter». Da kommunen gikk tilbake til trenivå-modellen, mener de intervjuede at det åpnet for mer tverrfaglig samarbeid og samhandling. Ny organisering har gjort det enklere å utøve ledelse. Kommunen er opptatt av systematisk og kontinuerlig lederutdanning/utvikling, og lederne uttrykker tilfredshet med dagens organisering.

Ledergruppen til kommunalsjefen for helse, omsorg og beredskap består av enhetsleder for pleie og omsorg, enhetsleder for tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming, kommuneoverlege, enhetsleder for helsetjenester som består av ergoterapi, fysioterapi og psykiatri, samt enhetsleder for brann, beredskap og legevakt. Bestiller- og forvalterkontoret inngår også i ledergruppen. Enhetsleder for pleie og omsorg har fem avdelingsledere: Avdelingsleder for åpen omsorg (alle ordinære hjemmetjenester), avdelingsleder for boligavdelingen som har 16 leiligheter for langtidsboere, avdelingsleder for demensavdelingen som har 24 boliger, avdelingsleder for pleie- og miljøavdelingen som har 25 institusjonsplasser fordelt på fire rehabiliterings-/korttidsplasser, tre korttidsavlastningsplasser og 18 langtidsplasser, avdelingsleder for behandlingsavdelingen som har åtte langtidsplasser og 16 korttidsplasser, hvorav to er avsatt til medisinsk øyeblikkelig hjelp. Enhetsleder for pleie og omsorg har en nestleder. I tillegg til dette yter Aleris døgnkontinuerlige tjenester til 24 demente langtidsboere og 16 andre langtidsboende.

5.5 Typologi 4: Namsos kommune

Namsos kommune ligger i Nord-Trøndelag og har 12 900 innbyggere. Namsos tilhører typologi 4: Kommuner med både pleie- og forebyggende strategi – mange brukere under offentlig omsorgsregime og mange brukere av hjemmebaserte tjenester (med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 5. kvartil og andel brukere 67 år+ i alt i 5. kvartil). Ifølge vår typologiinnstilling befinner tolv kommuner seg i typologi 4.

Det kan antas å være sjenerøse kommuner, siden de har høy dekning i begge hovedtjenestetypene for eldre. Kommuner med mange brukere synes imidlertid å ha flere brukere med mindre omfattende bistandsbehov. Som vi skal se i kapittel åtte, har Namsos lav dekningsgrad når vi utelukkende ser på brukere med omfattende bistandsbehov.

Namsos skårer i 2012 i 9. desil for andel brukere 67 år+ under offentlig kommunalt omsorgsregime, samtidig som de befant seg blant den tidelen av kommuner med størst andel brukere 80 år+ med hjemmebaserte tjenester, idet 51,4 prosent av alle 80 år+ i Namsos hadde hjemmebaserte tjenester i 2012. Dette er svært høyt.

Namsos skilte seg imidlertid fra de andre tolv kommunene i typologi 4 (unntatt Jølster) med en særlig lav institusjonsrate 80 år+, idet denne var 9,6 prosent i 2012. Namsos har samtidig mange brukere 0–66 år i de hjemmebaserte tjenestene – kommunen plasserer seg her i 8. desil. Dessuten hadde kommunen i 2006 relativt høy tilgjengelighet til korttidsplasser i denne typologien, tilsvarende 44 utskrivninger fra korttidsplasser i sykehjem per 100 innbyggere 80 år+, og befant seg i 7. desil.⁴¹

Våre informanter gir ulike forklaringer på hvorfor kommunen har valgt en strategi i retning av stor dekning av hjemmebaserte tjenester. Det pekes på at en kommunesammenslåing i 1964 innebar at hver av de tidlige kommunene hadde et aldershjem. Da aldershjemmene etter hvert måtte renoveres, ville ikke kommunen bygge nye aldershjem i de gamle kommunesentraene. I stedet ble det bygget boliger. Denne beslutningen oppgis av lederne i kommunen å være delvis ideologisk og delvis distriktspolitisk begrunnet. Det var samtidig enighet om at ny institusjon skulle bygges sentralt. Som et kompromiss ble det bygget 97 plasser. Tolv av disse plassene har stått ledige, og dette arealet benyttes i dag til kontorer. En omorganisering i 2013 innebar en endring i lederstrukturen, og samtidig ble det vedtatt at lederopplæring skulle være et satsingsområde. Flere av de intervjuede lederne oppgir at det har ført til mer samarbeid på tvers og mer helhetstenkning.

Enkelte av de intervjuede sier at det å tildele hjemmetjenester er en bevisst *forebyggende* strategi ved at en sørger for at det er fagpersoner med kompetanse som vurderer situasjonen gjennom hjemmebesøk, og at en også har tiltak å sette i verk når det vurderes

⁴¹ Vi har ikke presentert data om tilgjengelighet til sykehjem her. Opplysningene om dette er basert på grunnlagsmaterialet i prosjektet og foreligger i notatet: *Grunnlag for valg av case-kommuner*, jfr. Brelanta, notat av 10.4., 2013, matrise 4, s. 13.

som hensiktsmessig. Innsatsteamet som Namsos har etablert, er et tiltak som sørger for at det er folk med vurderingskompetanse som foretar hjemmebesøk og som også kan iverksette tiltak. Det er en viss usikkerhet hos noen av de intervjuede om terskelen for å bli tildelt hjemmetjenester er riktig. Noen hevder at Brukerkontoret (eller bestillerkontoret) tildeler for mye hjemmetjenester, mens andre gir uttrykk for større usikkerhet knyttet til hva som er riktig balanse – om det er riktig å bruke ressurser på de mange med mindre eller ubetydelige behov for bistand.

Kommunen har ett sykehjem, bestående av en korttids- og rehabiliteringsavdeling, en demensavdeling og en avdeling for langtidspleie. Alle de intervjuede peker på at det er knapphet på korttidsplasser i kommunen og at presset på slike plasser har økt de siste årene. Kommunen er delt inn i to helsedistrikt. Helsedistrikt Sør har fem avdelingsledere, blant annet tre for hjemmesykepleie. Helsedistrikt Vest har seks avdelingsledere, hvorav to for hjemmesykepleie. Kommunen har et brukerkontor (bestillerkontor) som består av fire årsverk, og som foretar alle førstegangsbesøk og fatter alle førstevedtak. Fagpersonen i hjemmetjenestene har fullmakt til å justere tjenestene. Ved slike justeringer overprøver ikke brukerkontoret fagpersonens vedtak.

5.6 Typologi 5 og 6: Hurum og Sula

Hurum og Sula hører hjemme i typologi 5: Kommuner med høy tilgjengelighet i korttidsplasser i sykehjem – med høy tilgjengelighet i korttidsplasser, få eldre med plass i institusjon og mange med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene (med tilgjengelighet 80 år+ i 4. eller 5. kvintil, rate for plass i institusjon 80 år+ i 1 kvintil og andel med omfattende bistandsbehov blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ i 4. eller 5. kvintil). Ifølge vår typologiiinndeling befinner 15 kommuner seg i typologi 5.

Hurum og Sula hører samtidig hjemme i typologi 6, som har det til felles med typologi 5 at dette er kommuner med få eldre i institusjon og mange med hjemmebaserte tjenester 67 år med omfattende bistandsbehov. Men typologi 5 er i tillegg definert ut fra tilgjengelighet til korttidsplassene.

Vi har således for typologi 5 skjerpet inn kravene til å komme med i denne typologien i forhold til typologi 6, fordi relativt høy tilgjengelighet til korttidsplassene innføres som tilleggskriterium. Derfor har vi valgt primært å plassere Hurum og Sula i typologi 5.

Kommuner i typologi 5 er jevnt over kommuner som har bygget ned institusjonstilbudet radikalt eller i gjennomsnitt mer enn halvert det, fra i gjennomsnitt 17,3 beboere i institusjon per 100 innbyggere 80 år+ i 1996 til 7,2 prosent i 2010. Dette er kommuner som har lagt om innretningen radikalt.

Bare fire av dem hadde i 2012 en institusjonsbruk over grenseverdien for 10. desil for rate for beboere i institusjon 80 år+ (9,6 beboere per 100 innbyggere 80 år+, og seks av dem hadde færre enn sju beboere i institusjon per 100 innbyggere 80 år+, det vil si under halvparten av landsgjennomsnittet i 2012 (15,7 prosent). Dette er kommuner med en lav bruk av institusjoner for eldre.

Et vesentlig kjennetegn ved begge disse to typologiene er at de omfatter kommuner med svært mange brukere med omfattende bistandsbehov som bor hjemme, det vil si er under åpen omsorg.

Hurum

Hurum kommune ligger i Buskerud fylke og har 9200 innbyggere. Hurum synes å ha vært tidlig ute med institusjonsnedbyggingen, idet institusjonsraten 80 år+ var lavere i 1996 enn 2012. Andelen med hjemmebaserte tjenester 80 år+ ble i tidsrommet 1996–2012 redusert fra 55 prosent til 38 prosent, det vil si fra 10. desil i 1996 til 7. desil i 2012. Det kan synes å henge sammen med at svært mange med hjemmebaserte tjenester i Hurum har omfattende bistandsbehov og at en derfor har redusert noe på andelen brukere av hjemmebaserte tjenester i alt⁴².

Hurum hadde i 2012 en svært lav institusjonsdekning og befant seg i 1. desil med 6,4 beboere 80 år+ per 100 innbyggere 80 år+. Kommunen har til gjengjeld fortsatt relativt mange brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+, jfr. tabell 5.1. Men Hurum skiller seg særlig ut ved å ha radikalt stor andel brukere 67 år+ med hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov, det vil si i åpen omsorg. Etter dette målet befant Hurum seg i 2012 i 10. desil – og fyller slik også kriteriet for å komme med i typologi 6.

Samtidig har Hurum bra tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem, og som vi måler ved 43 utskrivninger fra korttidsplasser per 100 innbyggere 80 år+ det året, det vil si at Hurum her befant seg i 4. kvintil, eller på samme nivå som i 1996. Det er med andre ord nokså lenge siden kommunen endret innretning av pleie- og omsorgstjenestene.

Vi nevner også at Hurum har relativt mange brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år (plasserer seg i 6. desil). De har samtidig mange slike brukere 0–66 år med omfattende bistandsbehov i 2012 (med plass i 7. desil i 2012, jfr. tabell 5.1).

Det som særlig kjennetegner Hurum er den svært lave institusjonsbruken, bra tilgjengelighet til korttidsplassene i sykehjem og den motsvarende høye andelen eldre brukere i åpen omsorg med omfattende bistandsbehov. Som vi skal se i kapittel åtte,

⁴² I den sammenhengen har vi tidligere anført at «En satsing på svært begrenset institusjonsbruk vil lite rimelig være logisk i forhold til samtidig å ha svært mange brukere med hjemmebaserte tjenester, men heller med nokså omfangsrik bruk av hjemmebaserte tjenester blant dem med omfattende bistandsbehov» (Notat, Brelanta, 10.4. 2013, s 16).

har imidlertid Hurum samlet sett lav dekningsgrad for brukere med omfattende bistandsbehov.

Våre informanter forteller at kommunen endret innretningen på sine pleie- og omsorgstjenester for over 20 år siden. Hurum hadde en pleie- og omsorgssjef som beskrives som den faglige og ideologiske drivkraften da kommunen skulle reorganisere tjenesten tidlig på 1990-tallet. I tillegg framheves det at han samarbeidet tett med lederen for helse- og sosialutvalget, noe som vurderes å ha bidratt med den politiske kraften de trengte i reformarbeidet. Omstillingen betegnes som utfordrende, fordi det var nytt både å skulle redusere antall sykehjemsplasser og å satse sterkt på rehabilitering. Begge disse forholdene var selve grunnpilaren i reformarbeidet. De ansatte var i liten grad involvert i denne prosessen, så kommunen møtte en del motstand til å begynne med. Men allerede i 1990 hadde kommunen flere hjemmeboende brukere med omfattende bistandsbehov. Flere av de intervjuede mener at de har en klar og tydelig «fysio-ergo-kultur» i kommunen som går tilbake til begynnelsen av 1990-tallet, hvor de hadde ledere som så betydningen av rehabilitering. Kommunen gikk i denne reorganiseringsperioden fra å ha 32 sykehjemsplasser til åtte, mens kommunen i dag har 20 plasser, hvorav 15 er langtidsplasser og fem er korttidsplasser. En av de intervjuede lederne oppgir at dette er tilstrekkelig, så lenge rehabiliteringstjenesten fungerer som en buffer.

Tjenestene oppgis å ha blitt formet ut fra et verdivalg. I 2008 ble politikere, ledere, fagfolk og tillitsvalgte samlet, og de laget et verdidokument, som er grunnlaget for helse- og omsorgsplanen i kommunen (Handlingsplanen 2009 – 2015). Dette har skapt en forankring i den praktiske tjenesteutformingen kommunen står for: At innbyggere og brukere, gjennom en sterk hjemmetjeneste, skal få bo hjemme. Det skal være trygt å bo hjemme, og brukerne skal ha en reell valgfrihet mellom institusjon og å motta tjenester i hjemmet. Korttidsplassene og rehabiliteringsavdelingen oppgis å ha vært viktige suksessfaktorer for å få dette til. I tillegg til et godt ledersamarbeid – både tverrfaglig og tverretatlig. Informantene peker også på at de har mange fleksible ansatte som er dyktige til å samarbeide på tvers av avdelinger. En særlig suksessfaktor som nevnes av flere av de intervjuede, er samarbeidet med fastlegene. Dette samarbeidet oppgis å være spesielt godt, og de intervjuede er enige om at dette har bidratt til færre sykehusinnskrivninger.

Kommunen oppgir at de har en krevende økonomi, og at denne måten å innrette tjenestene på er kostnadskrevende, blant annet fordi høy kompetanse koster. Lederne opplyser om at det foregår en vridning i rehabiliteringstilbudet i kommunen, fra institusjonsrehabilitering til rehabilitering i hjemmet. Dette er faglig begrunnet, og denne vridningen mener lederne muligens også kan bidra til økonomiske innsparinger.

Sula

Sula kommune ligger i Møre og Romsdal fylke og har 8600 innbyggere. Tilgjengeligheten til korttidsplassene økte radikalt i perioden 1996–2006, fra 18 til 50 utskrivninger per 100 innbyggere 80 år+ i 2006. Sula har også hatt svært god tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem for den eldre befolkningen.

Siden 1996 har Sula bygget institusjonsbruken kraftig ned, fra 16 plasser per 100 innbyggere 80 år+ i 1996, til 4,4 i 2012. Andelen 80 år+ med hjemmebaserte tjenester har imidlertid vært nokså konstant, med 42 brukere per 100 innbyggere 80 år+ i 1996 og 39 prosent i 2012, det vil si at kommunen plasserer seg på samme måte som Hurum i 7. desil. Disse to kommunene er svært like med hensyn til utvikling og status i hovedtjenestene i pleie og omsorg.

Sula hadde i 2012 en svært lav institusjonsdekning, samtidig som kommunen hadde relativt mange eldre 80 år+ med hjemmebaserte tjenester. Og på samme måte som Hurum hadde Sula svært mange brukere 67 år+ med hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov i 10. desil. Etter de tre nevnte målene er innretningen av pleie- og omsorgstjenestene i de tre kommunene identiske. Derfor vil karakteristikken av Hurum også måtte gjelde Sula.

Når det gjelder andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år generelt og andel slike brukere 0–66 år med omfattende bistandsbehov, plasserte kommunen seg litt under gjennomsnittet for landet og hadde her plass i 5. desil i 2012, jfr. tabell V5.2 i vedlegget.

Våre informanter i kommunen forklarer overgangen til hjemmebaserte tjenester i Sula med både økonomiske og ideologiske forhold. I 2007 sto Sula på ROBEK-lista, som er en liste over kommuner i økonomisk ubalanse og som dels er under statlig administrasjon. For å redusere utgifter og oppnå selvråderett igjen, ble en innsparingskomité oppnevnt, med politiske og administrative representanter, samt tillitsvalgte. De foreslo å spare 1,2 mill. kroner på årsbasis ved å legge ned sykehjemsplasser. Dette førte til store politiske stridigheter, uten at administrasjonen ble en del av striden. Administrasjonen utredet, etter bestilling fra politisk nivå, både fordeler og ulemper med nedleggelse av sykehjemsplasser. Selv om den økonomiske krisen oppgis å være foranledningen til nedleggelsen, var den både faglig og ideologisk begrunnet. Ideologien og tenkningen var forankret i kommunens planverk de to siste tiårene.

Den faglige og ideologiske begrunnelsen for avhjemlingen var avklart lenge før den formelle avhjemlingen. I 1997 ble retningen formulert ideologisk fra administrasjonens side. Det ble oppgitt at en skulle ta vare på og bygge opp under den hjelpetrequendes integritet og selvbestemmelse. Signalet fra kommunen ut til befolkningen var at det skulle gis et individuelt tilbud i eget hjem og ikke «et pakketilbud» i institusjon. Kommunen ønsket altså å satse på hjemmetjenester og ha få institusjonsplasser. Dette ble sett i lys av både kommuneøkonomi og et ønske hos folk flest. Samtidig oppgir de intervjuede lederne at kommunen opplevde stort press på sine hjemmetjenester.

Sykehuset skrev ut pasienter raskere enn tidligere, og flere av de intervjuede mener at dette var mer krevende for det kommunale tjenesteapparatet, særlig fordi ressursene ikke hadde økt tilsvarende.

5.7 Typologi 9: Nittedal, Jevnaker og Sola

Nittedal, Jevnaker og Sola er kommuner som hører hjemme i typologi 9: Kommuner med få brukere under offentlig omsorgsregime – med få brukere 67 år+ i alt og med få eldre brukere med hjemmebaserte tjenester (med brukere i institusjon og hjemmebaserte tjenester i alt i 1. kvintil og brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 1. kvintil). Ifølge vår typologiiinndeling befinner 32 kommuner seg i typologi 9.

Disse tre kommunene hørte alle med til typologi 9 – en undergruppe av 32 kommuner som i 2010 var kjennetegnet ved både å ha få brukere 67 år+ i alt og få brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+, det vil si at de skåret i 1. kvintil for begge disse målene. I typologi 9 hadde i gjennomsnitt 8,4 prosent 80 år+ i disse kommunene plass i institusjon og 18,5 prosent av befolkningen 67 år+ i gjennomsnitt var under offentlig omsorgsregime i 2010. Dette er på landsbasis radikalt lavt.

Nittedal, Jevnaker og Sola

Som vi alt har vist i dette kapitlet, skåret både Nittedal, Jevnaker og Sola i 1. desil for målet antall brukere med hjemmebaserte tjenester + antall beboere i institusjon 67 år+ i 2012. De har særs få brukere i pleie- og omsorgstjenesten, jfr. tabell 5.1.

Jevnaker og Sola skåret i 1. desil for antall brukere 80 år+ med hjemmebaserte tjenester, mens Nittedal skåret i 2. desil. Disse tre kommunene har med andre ord særs få eldre brukere i de hjemmebaserte tjenestene, jfr. tabell 5.1.

Det som videre kjennetegner disse kommunene er en institusjonsdekning 80 år+ litt under landsgjennomsnittet, jfr. tabell V5.1 i vedlegget.

Alle de tre kommunene har svært få brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov, det vil si at Nittedal og Sola er blant den tidelen av kommunene med færrest slike brukere i 2012, mens Jevnaker plasserer seg i 2. desil, jfr. tabell 5.1. Videre har de svært få brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år, med unntak av Jevnaker, som har til dels svært mange (i 8. desil), jfr. tabell 5.2. Samtidig har disse tre kommunene særs få brukere 0–66 år med omfattende bistandsbehov, jfr. tabell 5.2.

Bortsett fra en gjennomsnittlig institusjonsdekning har disse tre kommunene jevnt over svært lite av det meste. Særlig bør vi legge merke til at de har særs få brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov. De fleste slike brukere må således ha fått

plass i institusjon. Men samtidig er det slik at det er særs få brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år.

Nittedal kommune

Nittedal kommune ligger i Akershus fylke og har 22 700 innbyggere. Fram til 2009 hadde Nittedal en flat struktur med mange selvstendige ledere, mens de nå har tre tydelige ledernivåer, bestående av kommunalsjef (med rådmannens fullmakter innen sitt område), enhetsleder og avdelingsleder. I tillegg finnes noen nestledere, teamledere osv.

Hovedbegrunnelsen for å forlate den flate strukturen var ifølge flere ledere at det i alt for stor grad hadde utviklet seg en form for «enhetsegoisme», med mange små organisasjonsledd som hadde selvstendig resultatansvar uten forventning om måloppnåelse gjennom samarbeid. Et hovedmål med reorganiseringen var å skape en samarbeidende organisasjon. Samtlige informanter sier at helse- og omsorgstjenestene er preget av samarbeid mellom avdelingens ulike enheter, mellom avdelinger, grupper og funksjoner. Det påpekes at noe av det særegne med Nittedal kommune er at de gjennom samarbeid har fått til helhetlige tjenester. Det oppgis å være mange årsaker til at kommunen ønsket å forlate flat struktur, og en viktig begrunnelse var et ønske om bedre samsvar mellom ansvar og myndighet. Kommunen oppgir i 2013 at de ennå ikke er helt i mål og derfor har det de kaller et 2,5-ledernivå og ikke et tre-ledernivå. Det sies å være politisk enighet om tjenestenes hovedstrategi om at det skal satses på korttidsplasser og forebyggende hjemmetjenester for å skape trygghet hos brukerne. Det politiske flertallet er tydelig på en strategi om at kommunen ikke skal ha overforbruk av langtidsplasser.

Kommunalsjefen for helse og omsorg har en form for utviklingsenhet med fire årsverk i sin stab. Denne utviklingsenheten opererer som en faglig støttestab for hele Avdeling for helse og omsorg. Ett av årsverkene er knyttet til arbeidet med samhandlingsreformen, mens de tre andre arbeider med internundervisning, kompetanse og ulike prosjekter. Enhetsleder for hjemmetjenester har tre avdelingsledere: hjemmetjenestene sør, hjemmetjenestene nord og forebygging/rehabilitering. Hjemmetjenestene sør har også et eldresenter. De har dessuten serviceboliger uten personell, som får hjelp fra den ambulante hjemmetjenesten. Avdelingsleder for forebygging og rehabilitering har ansvaret for ergoterapi og fysioterapi, friskliv og hjelpemidler. Hjemmetjenestene har om lag 55 årsverk, mens avdeling for forebygging og rehabilitering har om lag ti årsverk. Enhetsleder for hjemmetjenestene har også et fagårsverk der en ansatt arbeider som kreftkoordinator/med palliasjon.

I institusjon har to avdelingsledere ansvar for langtid somatisk pleie. Hver av disse to avdelingene består av 16 plasser hjemlet som sykehjem. Avdeling for rehabilitering og langtid har samlet 32 plasser, hvorav 16 korttidsplasser og 16 langtidsplasser. Det

er 30 langtidsplasser for demente hjemlet som sykehjem og et dagsenter for demente. Dagsenter for demente tildeles gjennom vedtak.

Kommunen har et tildelingskontor med om lag ni årsverk som vurderer behov og som fatter enkeltvedtak om ordinære hjemmetjenester og tildeling av institusjonsplass. Tildelingskontoret er tverrfaglig sammensatt, og det følger ikke penger med tildelingskontorets vedtak. Tildelingskontoret har også et innsatsteam bestående av to årsverk. Dette er de første personene fra kommunen pasientene møter når de skrives ut fra sykehus. Tildelingskontoret har i tillegg en enhet (ett årsverk) som koordinerer tiltak i de tilfeller en bruker trenger flere tjenester fra flere kommunale enheter.

Jevnaker kommune

Jevnaker kommune ligger i Oppland fylke og har 6500 innbyggere. I henhold til våre informanter startet kommunen endringene for tildeling av tjenester i 2008. Inntil da hadde de det de kaller et styringsproblem, med store budsjettoverskridelser. Flere av informantene forteller at det ble tildelt mye tjenester som kommunen ikke hadde ressurser til å videreføre. Til tross for at det ble tildelt mye hjelp til mange, opplevde tjenestene at mange brukere likevel ikke var fornøyde. Snuoperasjonen som startet i 2008 beskrives som en politisk utfordring, fordi endring av praksis for tildeling av tjenester lett tolkes som en innstramning – både hos de ansatte og hos innbyggerne. Det beskrives som avgjørende for endringen at det var høy tillit mellom det politiske og administrative nivået i kommunen. De intervjuede viser til at fagadministrasjonen argumenterte godt og overbevisende og således fikk med seg det politiske nivået. Snuoperasjonen beskrives som å være faglig og ikke økonomisk begrunnet. Det framheves som avgjørende at fagadministrasjon og politikere spiller på lag i en slik endringsprosess. Det oppgis å ha blitt større forståelse i befolkningen om at en skal få etter behov, og ikke etter hva andre får. Denne holdningsendringen forklares med at kommunen innså at en innenfor omsorgstjenestene måtte bli tydeligere på hva befolkningen kunne forvente. Det var enighet om at befolkningen skulle få rask hjelp ved behov og at korttidsavdelingen var et viktig tiltak for å kunne holde dette løftet. Kommunen jobbet dessuten for mer likeverdige tjenester og tjenester som var faglig begrunnet ut fra helsemessige eller omsorgsrelevante mål, slik som trygghet og hjelp til selvhjelp. Det betydde også at kommunen ble tydeligere overfor befolkningen på hva de *ikke* kunne forvente hjelp til.

Kommunen har en tildelingsenhet som administrativt er lagt til virksomhetsleder for hjemmetjenestene. Der jobber det en konsulent som arbeider med Individuell plan og koordinering av tjenestene. Det er fire virksomhetsledere – en for institusjonstjenestene, en for hjemmetjenestene, en for tilrettelagte tjenester og en for helsetjenestene. Alle disse virksomhetslederne har anvisningsansvar. Institusjonstjenestene består av 44 langtidsplasser hjemlet som medisinsk institusjon fordelt på tre enheter: en somatisk avdeling med akutt sykdom og palliasjon, en demensavdeling og en forsterket demens-

avdeling med åtte plasser samt dagtilbud for de demente med vedtak. Hjemmetjenestene består av enhetene praktisk hjelp (hjemmehjelp), hjemmesykepleie, somatikk og psykiatri og elleve korttidsplasser for rehabilitering og avlastning.

Sola kommune

Sola kommune ligger i Rogaland fylke og har 23 300 innbyggere. Kommunen har hatt en årlig befolkningsvekst på mellom 2 og 3,5 prosent de siste ti årene. Lederne oppgir at kommunen har hatt mange tjenester i øvre del av tjeneste-/omsorgstrappen og en befolkning med høye forventninger til kommunens tjenestetilbud. Rådmannens innstilling framholder at kommunen ikke kan fortsette å ha så rause tjenester (Handlings- og økonomiplan 2013 – 2016:28). I et omstillingsprogram som er lagt fram, tas det blant annet opp at kostnadene per tjenestemottaker i pleie og omsorg må reduseres (ibid.:34). Innretningen på tjenestene skal endres ved at andelen hjemmebaserte tjenester må økes, og det legges opp til en betydelig satsing på rehabilitering. Kommunen ønsker at dette skal være en grunnpilar i helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer samtidig at terskelen for sykehjemstjenester må heves. En del av legitimeringen for denne omleggingen ligger i kommunens kostnadsanalyse av tjenestene, som viser at Sola bruker flere årsverk per bruker enn kommuner det er rimelig å sammenlikne seg med. Grunnlaget for denne analysen er tall fra KOSTRA og IPLOS⁴³ (ibid.:35). Både ledere og representanter fra eldrerådet er opptatt av at kommunen har en viktig oppgave i å formidle til befolkningen at omleggingen ikke bare er økonomisk nødvendig, men at de nye tjenestetilbudene også vil være vel så gode som de bestående. Skal de klare dette, må de vise at de hjemmebaserte tjenestene både kan levere mer avanserte tjenester og med personell som har godkjent fagutdanning.

Samtidig med at utgiftsnivået skal ned, planlegger kommunen et nytt sykehjem, nye omsorgsboliger, et nytt bokollektiv og utvidelser ved eksisterende enheter. Dette vil i tillegg til byggekostnader medføre en opprettelse av om lag 100 nye årsverk.⁴⁴ Så på tross av økonomiske utfordringer, og med et mål om å styrke tjenester som kan understøtte at brukere kan bo lenger hjemme, øker kommunen sykehjemskapasiteten.

5.8 Datagrunnlaget

Hurum, Jevnaker, Nord-Aurdal, Namsos, Nittedal, Nord-Fron, Os i Hordaland, Sola og Sula utgjør de ni casekommunene i denne studien. Det betyr at vi har foretatt en

⁴³ Sola kommunes bruk av IPLOS-data i denne sammenheng er utdypet i kapittel åtte.

⁴⁴ Handlings- og økonomiplan 2013 – 2016:44-45.

dybdestudie i disse kommunene. Dybdestudien består av enkelte dokumentanalyser slik som årsrapporter og handlingsplaner, samt intervjuer med en rekke politikere, ansatte og ledere på ulike nivåer og i ulike virksomheter i kommunene. Dette bidrar til god innsikt i de ni kommunenes profil, deres vurderinger av egne tjenester, omfang og kvalitet.

Dette kapitlet baserer seg på informasjon fra 211 politikere, toppledere, mellomledere og tillitsvalgte i de ni kommunene. Av disse 211 informantene er det også enkelte leger. Av anonymitetshensyn kaller vi toppledere, mellomledere og kommuneoverleger for «leder». Representanter for ulike politiske partier, uavhengig av stilling, vil bli betegnet som «politiker». Intervjuene ble gjennomført både som gruppeintervjuer og intervjuer med enkeltansatte i den enkelte kommune. I tabell 5.3 framgår det hvor mange informanter vi har intervjuet fordelt på de ni casekommunene.

Tabell 5.3 Antall informanter fordelt på casekommunene.

Casekommune	Antall informanter
Nord-Aurdal	10
Nord-Fron	11
Os (i Hordaland)	27
Namsos	34
Hurum	26
Nittedal	32
Jevnaker	22
Sola	16
Sula	33
Totalt	211

5.9 Hva har betydning for god kvalitet?

I kapittel to har vi drøftet kvalitetsbegrepet og de ulike utfordringene knyttet til å måle kvalitet. I de kvalitative intervjuene har vi nettopp mulighet til å innhente kvalitetsvurderinger som ikke lar seg fange gjennom administrative datakilder. Samtidig gir kvalitative data en overflod av eksempler på den kompleksiteten som ligger i kvalitetsbegrepet og utfordringene knyttet til å balansere kvalitetshensyn opp mot budsjettensyn. To ledere i Nord-Aurdal illustrerer godt denne kompleksiteten:

Kvalitet handler om så mangt. Det handler om den enkelte brukers oppfatning av hva som er kvalitet og hva den enkelte medarbeider klarer å utøve hos den enkelte bruker. (...) Det har å gjøre med kompetanse: Riktig kompetanse til riktig tid og

til riktige oppgaver. Riktig bruk av omsorgstrappen (...) Hvis du skal gi mange tjenester lavt i omsorgstrappen og det er uttalt til innbyggerne og de opplever at det blir gjennomført, så vil de oppleve kvalitet. Hvis det er en mismatch mellom den forventningen du viser og det du gjør, så vil du ikke få oppfattelsen av kvalitet. Den konsensusen mellom de to tingene er avgjørende for om det oppfattes som god kvalitet eller ikke. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

(...) god kvalitet betyr at de som har behov for hjelp kan få det i hjemmet og at det er institusjonsplasser nok til å ta imot de som ikke klarer seg hjemme. Og det skal skje innenfor budsjettammene. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

Disse to sitatene gir et godt bilde av hvordan de intervjuede i de ulike casekommunene oppfatter kvalitet. Kvalitet oppfattes ikke som *en* ting, og god kvalitet handler om ulike perspektiver og avveininger av ulike hensyn. Disse hensynene handler om bruker, men også om tilgjengelige ressurser i form av personell og økonomi. I de følgende avsnittene har vi organisert funnene etter henholdsvis strukturkvalitet og prosesskvalitet, jamfør beskrivelsen av disse i kapittel to. Vi har ingen data fra brukere og pårørende, og vi kan dermed ikke si noe direkte om deres opplevelse av kommunenes resultat-/produktkvalitet. Det nærmeste vi kommer data om resultatkvalitet er gjennom informantenes vurderinger av dette. Ambisjonene om brukerorientering kommer også tydelig fram gjennom intervjuene, og vi har samlet en del av disse vurderingene under et eget avsnitt om brukerorientering.

5.10 Strukturkvalitet

Økonomi

Det er ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom høy pengebruk og kvalitet på tjenestene, men ofte vil det være det. Samtidig kan en effektiv og hensiktsmessig bruk av omsorgstrappen redusere kostnadsnivået *samtidig* som kvaliteten opprettholdes og/eller øker.

Ikke overraskende nevner mange av informantene – uavhengig av kommune – at de må utføre helse- og omsorgstjenestene innenfor trange økonomiske rammer, og at det legger noen begrensninger på tjenestekvaliteten. Sula kommune er en av kommunene som i større grad enn andre framhever det økonomiske aspektet som en utfordring for tjenestene. Dette kan skyldes at kommunen oppgis å ha hatt et stort merforbruk innenfor sine tjenester og som et resultat av dette har hatt et behov for større kontroll over pengebruken i helse- og omsorgstjenestene. Noen av informantene er oppgitt over de stramme rammene, som de mener går ut over både ansatte og brukere, mens andre påpeker at å drive innenfor tildelte rammer bidrar til å skape ro og stabilitet i

organisasjonen. Stram økonomi kan se ut til å ha tvunget fram behovet for å utvikle mer effektive tjenester i kommunen. I enkelte av de andre casekommunene ser stram økonomi ut til å ha ført til en endring i tenkningen rundt kvalitet og effektivitet. Mer strategisk tenkning rundt ressursbruk – hvordan få mest mulig ut av de ressursene en faktisk har til rådighet – har tvunget seg fram.

I Sola kommune ser en den samme tendensen til økt behov for kostnadsreduksjoner. Flere intervjuede oppgir at kommunen har vært relativt velstående og med høye forventninger til tjenestene i befolkningen. Høyt pengeforbruk i tjenestene over mange år oppgis nå å straffe seg. Kommunen har hatt særlig god sykehjemsdekning, noe som er svært kostnadskrevende, og de ser nå nødvendigheten av å endre innretningen på tjenestene i kommunen:

Vi har fått dårligere økonomi. Vi må få mer ut av pengene ved å overføre trykket til hjemmetjenestene. Folk skal få komme på sykehjem hvis de vil, derfor kan vi ikke redusere antall sykehjemsplasser for mye. Vi må få flere omsorgsboliger med tilsyn. (Politiker, Sola kommune)

Uttalelsen ovenfor kan sies å illustrere et dilemma. Økt satsing på hjemmebaserte tjenester, som et svar på stram økonomi, vil måtte bety en reduksjon i sykehjemsplasser – det vil si en reallokering av ressurser.

Nord-Fron har noen kraftinntekter. Disse kraftinntektene oppgis å være relativt beskjedne, men en leder påpeker at disse midlene likevel bidrar til å gi kommunen et større økonomisk handlingsrom – også innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Ifølge et par av de intervjuede lederne bidrar disse inntektene til at de får til mye innenfor tjenestene. Samtidig påpekes det at en hjemmebasert tjenesteprofil er svært ressurskrevende både i et økonomisk perspektiv og i et ansatt- og bemanningsperspektiv. Dette poengteres også i Nord-Aurdal kommune, der en av lederne viser til at kommunen har hatt en hjemmebasert profil over lang tid. En leder påpeker at kommunen ønsker å tilby sine brukere en god og verdig avslutning på livet, samtidig som en ser at dette krever store og ofte *mer* ressurser enn kommunen har til rådighet. Behovet for ressurser varierer fra år til år, og enkelte år er antallet terminalpasienter så høyt at det bidrar til å presse tjenestene i kommunen til det maksimale.

(...) Vi har ikke så mange sykepleiere i hjemmetjenestene at vi kan håndtere det når det er mange, slik som i fjor. Det må hele tiden vurderes. Vi har en sykepleierdekning i hjemmetjenestene på ca. 28 prosent. Det er litt knapt. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

En politiker i kommunen påpeker også dette dilemmaet om at brukere vil bo hjemme, men at enkelte av dem er så ressurskrevende at kommunen ikke ser seg i stand til å oppfylle dette ønsket. Politikeren er derfor tydelig på at det er viktig at politikere og administrasjon ikke lover mer enn de kan holde overfor sine innbyggere. Dette handler

på den ene siden om avklaring av forventninger, men det handler også om resultat-/produktkvalitet. Tjenesteutviklingen forandrer seg stadig, og politikeren mener at det er viktig med gode dialoger når budsjetter legges fram og når de skal vedtas, for at politikerne selv skal forstå konsekvensene av det de vedtar.

Samhandlingsreformen har ifølge alle våre informanter i casekommunene bidratt til å endre arbeidshverdagen for mange ansatte i sektoren. At sykehusene skriver ut pasienter tidligere, har bidratt til at kommunene nå mottar brukere som har en betydelig dårligere helsetilstand enn før. Det påpekes av flere av de intervjuede i de ulike casekommunene at mange brukere på korttidsopphold i dag kan beskrives som sykehuspasienter. Denne endringen i brukergruppens helsetilstand har ført til større press på de kommunale tjenestene, mer behov for samhandling internt i tjenesten, men også eksternt, og økt kompetansebehov både hos ledere og ansatte. Dette samsvarer med IRIS' undersøkelse, nevnt tidligere (Abelsen mfl. 2014:9).

I Hurum kommune, som har hatt en orientering mot hjemmebaserte tjenester over mange år, oppgir en leder at de i 2013 opplevde en 41 prosent økning i antall mottakere av hjemmesykepleie, og at kommunen sliter økonomisk med denne økningen, som særlig skyldes en økning av flere yngre brukere. Denne utfordringen har tvunget fram diskusjoner i kommunen om å øke egenandelene for utvalgte tjenester, noe som oppgis å være en lite populær diskusjon politisk. Demensomsorgen oppgis også å være dyr i drift, og det begrunnes med organiseringen av tjenestene. Hjemmesykepleien er organisert i mange små enheter, og dette krever flere ansatte på kveld enn om en hadde samlet tjenesten i *en* stor enhet. Økningen i antall brukere, men også økning i antall krevende brukere, oppgis av flere ledere å fremme behovet for mer ressurser til tjenesten og økt kompetanse blant de ansatte. Et dilemma lederne påpeker er at ansatte med høy kompetanse utgjør en stor lønnskostnad, og jo mer kvalifisert personell tjenesten har, jo høyere blir lønnskostnadene. Det er for øvrig ikke gitt at tjenestene samlet sett blir dyrere.

Kompetanse, vikarbruk og sykefravær

En viktig kvalitetsindikator er de ansattes kompetanse. I Nittedal oppgir flere av de intervjuede lederne at de satser på og forventer en faglig orientering hos de ansatte. Utover at kompetanse oppgis å bidra til kvalitativt bedre tjenester, mener flere av de intervjuede at økt kompetanse bereder grunnen for en mer lærende, løsningsorientert og inspirerende kultur. Kravet om kompetanse er ikke bare rettet mot de ansatte, men også mot lederne i tjenestene. Slik vi oppfatter informantene i de ulike casekommunenes uttalelser, legges formalkompetanse nærmest som et premiss for å oppnå god kvalitet på tjenestene. Det flere av de intervjuede er vel så opptatt av, er *hva* slags kompetanse en trenger og *hvordan* denne kompetansen blir benyttet. Dette fordi det er av vesentlig betydning for enhver virksomhet å få ut det potensialet som ligger i de ansattes kunn-

skap og kompetanse, og fordi det vil ha en direkte betydning både for kvaliteten og effektiviteten i tjenestene. Bogen og Liens (2015) kvalitative studie om handlingsrommet for godt sykefraværarbeid i pleie- og omsorgssektoren, viste at virksomhetsledere for enheter med relativt lavt sykefravær blant annet var opptatt av å kompetanseheve sine ansatte. Ansatte fikk tilbud om videre- og etterutdanning, kortere kurs og deltakelse på seminarer. Målet var å øke både kompetansen og mestringsfølelsen hos dem. Dette ble av de intervjuede lederne oppfattet som et viktig tiltak for å forebygge sykefravær, men også for å øke kvaliteten i tjenesteutøvelsen. Enkelte virksomhetsledere var dessuten opptatt av at ansatte med faglige ambisjoner skulle få rom til å utvikle seg. Disse ansatte ble ikke bare oppmuntret til å spesialisere seg innen sitt interessefelt, men ble også gitt mulighetene til å teste ut ideer for forbedring/ending av tjenestene på arbeidsplassen. Resultatet ble oppgitt å være mindre turnover blant faglig dyktige ansatte og økt kvalitet på tjenestene. En leder i Nord-Fron er inne på noe av det samme:

Har mye flinke folk. Mange har vært her over lang tid. Har en stabil grunnstamme. Så er det dette med å beholde dem og å utvikle dem. Vi pusher jo på ift utdanning og kurs for å ha den kvaliteten vi trenger og ift det vi ser vi trenger fremover. Vi har ganske mange som tar rehabiliteringsutdanning. (...) og vi kurser mange hjemmehjelpere i demens. Hjemmeboende demente er en økende gruppe, derfor er det viktig at hjemmehjelpene har mest mulig kompetanse på det. Jeg tror de synes det er gøy. Det gjør noe med arbeidsmiljøet også. (Leder, Nord-Fron kommune)

Tidligere forskning utført av Fafø viser at omfanget av vikarbruk og høyt sykefravær kan ha betydning for kvaliteten på tjenestene i kommunal pleie- og omsorgstjeneste (Moland mfl. 2015; Bogen & Lien 2015). Det knyttes særlig til at mange endringer i personalet bidrar til manglende kontinuitet i tjenestene overfor brukerne. Blant våre casekommuner er det flere intervjuede som påpeker at mange ansatte i små stillingsbrøker, utstrakt bruk av ufaglærte vikarer og høyt sykefravær har betydning for kvaliteten.

Sykepleierstillingene er stort sett 100 prosent. (...) Kontinuiteten er viktig. (...) Grovt sett er det sånn at de med høyest stilling er de mest interesserte. Jo større fagkompetanse, jo bedre kvalitet får du på tjenestene. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

I Os kommune påpekes det at når bemanningen er som forutsatt i bemanningsplanen, er tjenestene faglig forsvarlige, men når bemanningen av ulike årsaker ikke blir som forutsatt, har en hatt eksempler på det de betegner som uforsvarlige tjenester. Det kan handle om at det er færre på vakt eller manglende kunnskap og kompetanse hos innleide vikarer. Også i Nord-Fron peker en leder på at sykefravær og vikarbruk kan ha betydning for kvaliteten på tjenestene:

Sykefraværet er høyt (...). Vi må leie inn vikarer – i den grad de får tak i kvalifiserte vikarer. Det er et problem. (...) Det å få kompetente vikarer er et dilemma. (Leder, Nord-Fron kommune)

Noen kvalitative undersøkelser som har hatt sykefravær som tema, viser at det ikke nødvendigvis er en klar sammenheng mellom økt bemanning og kvalitet på tjenesten (Lien & Gjernes 2009; Bogen & Lien 2015). Andre viktige faktorer for å redusere sykefraværet, og med det øke kvaliteten på tjenestene, knyttes til ledelse, kompetanseutvikling av de ansatte, arbeidsmiljø og organisatoriske forhold. Disse lederne mener at sykefravær kan ses i sammenheng med tjenestekvalitet og begrunner dette med at ansattes nærvær skaper kontinuitet i tjenestene og at vikarbruk ofte innebærer bruk av ufaglært arbeidskraft.

Samhandlingsreformen og økt bruk av hjemmebaserte tjenester har endret de ansattes arbeidshverdag samtidig som kravet til kompetanse hos de ansatte har økt (Abelsen mfl. 2014). Denne endringen må nødvendigvis få betydning for hvordan tjenestene ledes, hvordan en organiserer arbeidet, hvordan en tenker kompetanseutvikling og erfaringsutveksling. Dette leder oss over til en annen type kvalitet, nemlig prosesskvalitet.

Informantene i våre casekommuner snakker ikke så mye om kompetanse-*sammensetningen* i tjenestene som de gjør om kompetanse mer generelt. Det er stor enighet om at ansattes kompetanse er viktig for kvalitativt gode tjenester, og samtlige kommuner oppgir at de satser på kompetanseheving på ulike måter. Det handler på den ene siden om å heve kompetansen på ulike ledernivåer og på den annen side om faglig kompetanseheving av de ansatte.

5.11 Prosesskvalitet

Det er særlig prosesskvalitet casekommunene viser til når de snakker om kvalitativt gode og effektive tjenester. De knytter dette først og fremst til hensiktsmessig organisering av tjenestene, kompetente ledere som viser godt og tydelig lederskap, og en velfungerende samhandling både innad mellom ulike tjenester i kommunen og eksternt, og da særlig med fastleger og spesialisthelsetjenestene, men til dels også med frivillig sektor og pårørende.

Organisering av tjenestene

Tildelingskontor⁴⁵

Det er mange ulike måter kommunene kan organisere sine tjenester på for å oppnå målet om kvalitativt gode og effektive tjenester. Flere av casekommunene har opprettet et tildelingskontor. Slike kontor opprettes gjerne som begrunnelse for økt samordning av tjenestene, bedre koordinering og mer likeartet og rettferdig fordeling av tjenester til innbyggerne. Felles for disse kontorene er at de har en tverrfaglig sammensetning, som skal bidra til å dekke de ulike hensynene som ofte må tas ved vurdering av enkeltbrukeres behov for tjenester og omfang av tjenester. I rapporten fra Nordens Velfærdscenter om kvalitet i eldreomsorgen, ble det påpekt at bruken av standardiserte redskaper i behovsvurderingen i Norge blir vurdert slik at det kan komme i konflikt med innbyggernes rett til en individuell vurdering, og at man av den grunn arbeider med utvikling av utredningsmetoder (Dahler-Larsen 2015:28). Opprettelsen av tildelingskontor er en måte å samle tverrfaglig kompetanse på, slik at brukers behov vurderes fra flere ulike faglige perspektiver og for å skille de som utøver tjenesten fra vurderingen av brukers behov. Tildelingskontorene brukes til å utarbeide mer overordnede kriterier i behovsvurderingen samtidig som individuelle behov skal ivaretas.

Nord-Aurdal er en av kommunene som har opprettet et tverrfaglig sammensatt tildelingskontor. Tildelingskontoret ble opprettet blant annet fordi en så at befolkningsbildet endret seg og at behovet for mer koordinerte og samordnede tjenester var, og er stadig, økende. Tverrfagligheten anses av flere av de intervjuede lederne som å være en styrke for kvaliteten i tjenesten, fordi det fører til bedre faglige vurderinger av enkeltbrukeres behov, og med det tildeling av likeartede tjenester på rett nivå og med rett omfang. De intervjuede påpeker at dette er viktig for å skape tillit til tjenestene hos innbyggerne. En leder i Nord-Aurdal oppgir at tildelingskontorets arbeid har ført til mer likeverdige tjenester fordi vurderingene er basert på mer objektive kriterier. Det vises til at det tidligere var mer utfordrende å være tjenesteutøver, da en hadde stor nærhet til bruker, samtidig som en hadde ansvaret for tildeling av tjenester.

Vi har en bevissthet nå om å skape et skille mellom forvaltning og de som står pasientene nærmest. Det har vært nyttig for å kunne fronte det med urettferdighet. At det ikke er den som står nærmest pasienten som skal bestemme hvem som skal få, men at det blir profesjonalisert ut ifra kriterier, vurderinger og lovverk og ift serviceerklæringer og kommunale standarder. (...) Det har blitt enklere å jobbe etter vedtak. I tillegg til profesjonalisering av saksbehandlingsprosessen, så er avdelingens viktigste oppgave å sikre faglig forsvarlighet. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

⁴⁵ Tildelingskontor har mange ulike betegnelser. Noen steder kalles det eksempelvis brukerkontor eller bestillerkontor.

Refleksjonene rundt tildelingskontoret deles av flere, og en leder i kommunen sier følgende:

Vi har plassert leder for koordinerende enhet i tildelingskontoret. Det er en styrke. Vi ser helheten på tjenestene. Den enkelte avdeling der ute ivaretar sine, og så er det noen som har ansvaret for å se helheten hele tiden. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

Jevnaker kommune har også en tildelingsenhet som ikke er en egen forvaltnings- eller organisatorisk enhet. Tildelingsenheten beskrives som et tverrfaglig møte hvor representanter fra alle deltjenester som er aktuelle for å vurdere bruker, er representert. Dette framstilles av flere av de intervjuede som en god måte å organisere det på, fordi det gir en svært god innsikt i brukerne og deres behov, samtidig som det gir gode muligheter for styring av ressursene. Dette gir i sin tur god kostnadskontroll (ressurseffektivitet) og det som vurderes som «riktigere» tildeling av tjenester. Tildelingsenhetens tverrfaglige sammensetning framheves dessuten som særlig viktig for å skape god kvalitet ved tildeling av tjenester.

I Sola oppgir en informant at tildelingskontoret har vært for rause med sine vedtak, og at en framover må stramme inn og endre innretningen mot mer hjemmebaserte tjenester og rehabilitering. Det påpekes at det har vært for mange vedtak og manglende ressurser til å følge opp disse. De senere årene har bestillerkontoret gitt flere avslag og innrettet hjelpen mer mot hjemmebaserte tjenester. En leder oppgir at de har observert en endring i hjemmetjenestenes holdninger til innleggelse på langtids plass, og at flere ser at hjemmebaserte tjenester kan være bedre for pasienten.

I Hurum oppgir informantene at de har et brukerkontor som kvalitetssikrer vedtakene som fattes. Den som underskriver vedtaket, er den utføreren som har det økonomiske ansvaret. På denne måten sikrer en at vedtakene skjer innenfor forsvarlige økonomiske rammer. Inntaksteamet er tverrfaglig og tverretatlig sammensatt, og vurderingene blir dermed tatt på bakgrunn av en totalvurdering. En leder oppgir at brukerkontoret fungerer som brukerens advokat og er tydelig på at vedtakene som blir gjort ikke er styrt av økonomiske disposisjoner, men av faglige vurderinger. Også i Hurum har det vært viktig for kommunen å etablere tillit til de hjemmebaserte tjenestene i befolkningen, slik at innbyggerne forstår og opplever at det ikke bare er sykehjemmet som gir trygge og gode tjenester. Denne tryggheten mener flere av de intervjuede har ført til at færre brukere søker om en plass på sykehjemmet.

Organisering av tjenesten på virksomhetsnivå

Nord-Fron viser til en organisatorisk endring hvor en har beveget seg vekk fra en soneorganisering med en ren institusjonstjeneste og en ren hjemmetjeneste, til en organisering hvor korttidsavdelingen på sykehjemmet er lagt under hjemmetjenesten. Dette har de valgt å gjøre fordi korttids plassene har en nær tilknytning til hjemmetjenesten. Korttidsavdelingen kan beskrives som navet i organiseringen av tjenesten siden de

aller fleste brukerne er innom denne avdelingen – både de som utskrives fra sykehus og hjemmeboende som blir syke og har behov for et avlastningsopphold. Tjenester utført av korttidsavdelingen blir rapportert som en institusjonstjeneste. En leder mener denne organiseringen fungerer bra og viser til at organisering i ulike soner, slik det var tidligere, gjorde sonene for selvstyrte. Dette hadde betydning for tjenestene fordi en i mindre grad så på organisasjonen og tjenestene som en helhet. Med større oversikt over tjenestene øker sannsynligheten for bedre styring og allokering av ressurser, og med det øker også mulighetene for likeverdige tjenester til innbyggerne.

Organisering i lys av en kommunes organisasjonskart er én ting, en annen ting er organiseringen av arbeidet lokalt på den enkelte arbeidsplass. Det er i møtet mellom tjenesteutøver og bruker kvaliteten på tjenestene kommer tydeligst til uttrykk. Mye deltid og lave stillingsbrøker vil ha betydning for kontinuitet i tjenesten, noe som på sin side kan ha betydning for kvaliteten, men hvordan man organiserer og bruker de ansattes kompetanse kan også ha stor betydning for kvaliteten og effektiviteten i tjenestene.

En fleksibel organisering av de ansatte kan slå positivt ut på en organisasjons kvalitet, kontinuitet og effektivitet. Et eksempel på dette er å plassere de ansatte der organisasjonen har mest bruk for dem til enhver tid, såkalt kompetansemessig fleksibilitet. Denne formen for fleksibilitet gir arbeidsgiver muligheten til å styre personalressursene dit det er mest behov for dem. Tidligere forskning viser at mange ansatte ikke ønsker å jobbe på tvers av avdelinger, til tross for at det handler om å utføre likeartede oppgaver (Moland mfl. 2015; Ingstad 2014; Lien & Bogen 2015). Samtidig viser annen forskning at enkelte virksomheter får til dette, og dermed også får det beste ut av sine ansatte (Bogen & Lien 2015). I Hurum kommune oppgir eksempelvis flere av informantene at de har mange fleksible ansatte som jobber på tvers av avdelinger. Ledelsen forteller at det er flere grunner til at de har lykket med dette. Det handler blant annet om involvering av de ansatte slik at de forstår at tjenestene må ses i sammenheng, og at alle ansatte har et ansvar for *alle* brukere, ikke bare brukere på egen avdeling. Denne helhetstenkningen har tjenesten jobbet aktivt med:

Vi har veldig fleksible sykepleiere og fysio- og ergoterapeuter. Det har ikke kommet av seg selv, men det er noe vi har jobbet med lenge. Vi har måttet utvikle en kultur for fleksibilitet, og dette har vært nødvendig for at vi skal klare å yte så bra som vi gjør. (Leder, Hurum kommune)

Utover å ha arbeidet med organisasjonskulturen, har Hurum gjennom aktive grep brukt hospitering og kombijobbing⁴⁶ som en måte å legge til rette for jobbing på tvers, og som understøtter en helhetstenkning og en helhetsforståelse av kommunens pleie- og

⁴⁶ Kombijobbing er en benevnelse på ulike arbeidstidsordninger der det inngår at ansatte jobber på flere avdelinger (Moland 2015:195-228).

omsorgstjenester. Kombijobbing bruker en i mindre grad enn tidligere, fordi mange ansatte opplevde at de måtte jobbe på *for* mange steder.

Et viktig organisatorisk grep som ledere i Nord-Fron viser til, er endringer i innretningen på måltidene på sykehjemmet. Noe spisset kan en si at måltidene tidligere var innrettet slik at de passet driften best, mens tjenesten nå er mer opptatt av hva brukerne selv ønsker. Dette krever fleksibilitet hos de ansatte og endrede tenkemåter og praksis. Større fleksibilitet hos de ansatte kan dermed gi bedre kvalitet for brukerne. Gjennom kartlegging av beboerne fikk institusjonen oversikt over de ulike brukernes matvaner og preferanser. For å kunne møte disse behovene så en at det var nødvendig å endre rutineene for matserving, noe som i sin tur krevde en større endring av turnusen til de ansatte. Institusjonen har innført flere måltider og en mer fleksibel måltidsordning, som betyr at beboerne kan spise når de er sultne eller bare har lyst på noe.

Det er lagt til rette slik at man kan gå og hente seg en brødkive hvis man har lyst til det. Vi har lagt til rette for at de selv kan smøre på – i den grad de greier det. Vi har snudd litt tankegangen: En må endre institusjonen for å møte brukerens behov i stedet for å fokusere på hva som er mest praktisk ift drift. Det tror jeg er fremtiden og bidrar til å definere om man greier å levere gode omsorgstjenester. (Leder, Nord-Fron kommune)

Lederen påpeker videre at en har fått tilbakemeldinger om at denne ordningen har blitt godt mottatt av de ansatte. De melder om å ha bedre tid i arbeidshverdagen og at det er mer ro rundt måltidene etter omleggingen. Dette støttes av en annen leder, som også peker på positive virkninger for brukerne:

Uoffisielle tilbakemeldinger er at både nattevakter og senvakter sier at pasientene er roligere enn før, og spesielt de demente. Det var også målet vårt at brukerne kanskje kunne gå ned på beroligende medisiner og sovetabletter. (Leder, Nord-Fron kommune)

Om bruken av medisiner faktisk har gått ned, har vi ikke informasjon om.

Ledelse

Norske kommuner gjennomfører større eller mindre omorganiseringer nærmest kontinuerlig, og casekommunene i denne undersøkelsen er intet unntak. Lederne i Nittedal kommune viser til en større omorganisering hvor de ønsket mer synliggjøring av ledelsen. De ville ha kommunalsjefer med større fagansvar, mer samarbeid på tvers av sektorer og innad mellom de ulike tjenestene. Dette for å komme vekk fra det som av mange ble oppfattet som en utbredt sektorproteksjonisme. Omorganiseringen har ifølge flere av de intervjuede bidratt til at virksomhetene har blitt mer bevisste på hva

godt lederskap er, samtidig som den har bidratt til økt samarbeid. Lederne og de tillitsvalgte er enige om at ledelse er viktig for å skape gode organisasjoner for de ansatte:

(...) ledelsens viktigste oppgave er å legge til rette for at fagfolkene kan gjøre jobben sin. Veldig mye av den pasientopplevde kvaliteten opplevde vi jo langt fra ledelsen. Dette tror jeg er vel så viktig som ledelse for å forklare hvordan det er i dag og hvorfor det har blitt slik det er i dag. (Tillitsvalgt, Nittedal kommune)

Både avdelingsledere og tillitsvalgte påpeker at fagfolkene i tjenesten i større grad enn tidligere «har fått lov til å spille ut sin faglighet».

I Os kommune er en sentral lederoppgave å påse at prosedyrer og arbeidsmåter følges opp og implementeres i arbeidshverdagen. Mange av informantene i Os framhever at den viktigste årsaken til trivsel og arbeidsglede på arbeidsplassen er gode ledere som er krevende og tydelige, inkluderende og opptatt av fag og kvalitet. Dyktige ledere oppfattes som å være fokusert på organisasjonens muligheter, de er engasjerte og gir de ansatte handlingsrom og tillit gjennom myndiggjøring av dem. Lederne i Os mener de er opptatt av å sikre og bidra til utvikling av god kvalitet. Dette oppnår de dels ved målrettede, konkrete og planlagte tiltak, og dels ved at de etterspør framdrift.

I Hurum oppgir lederne å ha god oversikt over alle tjenesteområdene, noe som bidrar til at det blir enklere å samarbeide på tvers. Dette oppgis å være en suksessfaktor. I tillegg betyr det mye at kommunen er liten og at lederne gjerne kjenner brukerne. Denne nærheten til brukerne er for øvrig et poeng flere av de mindre kommunene trekker fram.

Mange av de intervjuede i de ulike casekommunene sier likelydende ting om ledelse. Mange hevder at god ledelse er viktig for å skape kvalitativt gode tjenester. Gode ledere gir trygge og gode rammer rundt de ansattes arbeid, noe som indirekte vil ha betydning for kvaliteten på arbeidet som utføres. Det er for øvrig flere forhold ved ledelse som trekkes fram som viktige for å utvikle organisasjoner kjennetegnet av arbeid av god kvalitet. Oppsummert påpeker våre informanter dette: at leder sørger for god og hensiktsmessig organisering av arbeidet, at leder bidrar til å skape gode og tydelige rutiner, at leder er tett på og bryr seg om sine ansatte, at leder krever høy grad av faglighet hos sine ansatte og har forventninger til dem, at leder bidrar til å bygge opp sine ansatte og viser dem tillit (myndiggjorte ansatte).

Lederutvikling

Lederutvikling gjennom kompetanseheving og en bevisst rekruttering av ledere oppgis av enkelte ledere å ha vært viktig i Sula kommune. Et viktig resultat av satsingen på lederutvikling oppgis å være bedre samarbeid mellom de ulike enhetene i kommunen.

I Nord-Aurdal oppgir en leder at de har satset på ulike former for lederutdanning og -utvikling. De har eksempelvis hatt et samarbeid med KS og UiTø om dette. På intervjutidspunktet hadde kommunen intern lederutdanning på masternivå for hele lederlinjen, det vil si fra toppledelse til avdelingsledere (om lag 30 personer), som skulle

avsluttes i 2014. En av lederne opplyser om at kommunen har satset mye på ledelse, og at ledelse er omdreiningspunktet for alt arbeidet som gjøres i kommunen. Gode ledere oppgis å være et viktig suksesskriterium for å skape en god organisasjon og kvalitativt gode og effektive tjenester.

Fagutvikling – ansatte

Informantene i Os kommune oppgir at kompetanseutvikling skjer gjennom kontinuerlig faglig utviklingsarbeid, fag- og opplæringstilbud, internundervisning og lederopplæring og -utvikling. De oppgir eksempelvis å ha bygget opp tjenesteenheter med særlig høy sykepleierdekning, og de oppgir å ha mange ansatte med spesialutdanning eller spesialkompetanse som fungerer som ressurspersoner i organisasjonen. De driver i tillegg med kontinuerlig student- og lærlingearbeid. I Jevnaker trekker flere informanter fram at de har skapt gode fagmiljøer i deltjenestene i løpet av de siste årene. Kommunen satser på kompetanseutvikling som kommer til uttrykk i form av støtte – praktisk og økonomisk – til utdanning og i form av interne kompetansehevende tiltak. I tillegg har tjenesten en virksom kompetanseplan og en fag- og opplæringsansvarlig. Informantene hevder at det alltid finnes ressurser til kompetanseheving for de som ønsker det.

Ledere i Nittedal kommune oppgir at samtlige av deres fast tilsatte har utdanning som forutsatt i bemanningsplanen, men i enkelte tilfeller tilsettes også ansatte med bedre eller høyere formell kompetanse enn det som er nedfelt i denne planen. En leder oppgir at de relativt enkelt rekrutterer fagutdannet personell til tjenestene, og mener dette kan knyttes til særlig tre forhold: i) at de satser på faglig utvikling og tett bemanning av personell med faglige kvalifikasjoner. Mange fagfolk gjør det i sin tur lettere å rekruttere nye fagfolk, ii) at kommunen har et rimelig godt omdømme. Informantene har flere eksempler på ansatte som har sluttet i Nittedal og som søker seg tilbake til kommunen fordi de opplever at tjenestene fungerer bedre i Nittedal enn på nytt arbeidssted, iii) at kommunen er geografisk lokalisert slik at de har god tilgang på kompetent personell.

Nord-Aurdal har hatt en kompetanseplan i flere år, og ledelsen har jobbet systematisk med å kompetanseheve de ansatte. De har blant annet samarbeidet med et karrieresenter for å få dette til. En leder oppgir at de har lykket med å skape et desentralisert deltidsstudium innenfor sykepleie og vernepleie som går over fire år. Undersøkelser kommunen har foretatt viser at over 80 prosent av de som er utdannet i regionen, blir i regionen, og en leder mener derfor at dette er fornuftig ressursbruk. Ledere oppgir også å bruke mye internundervisning, som er ment å sikre god internkontroll. Praksisfeltet er med og drifter internundervisningen, og de har forelesninger for hverandre. Temaene oppgis å variere, men de skal være relevante på tvers av virksomheter og avdelinger. Dette for å speile at brukerne har sammensatte behov og at det av den grunn er behov for godt samarbeid mellom ulike instanser. I hjemmetjenestene oppgir ledere at de er opptatt av å yte kvalitativt gode tjenester til alle døgnets tider, og det påpekes at det

også innebærer på natt. For å lykkes med dette oppgir leder at en forskyver bemanningen for å makte den økte arbeidsbelastningen som kan oppstå med alvorlig syke/døende i hjemmebasert omsorg.

Den eneste kommunen som stiller spørsmål ved behovet for at alle ansatte må ha en fagutdanning, er Nord-Fron kommune. En av lederne gir eksempel på oppgaver hvor en innledningsvis i en pasientvurdering vil ha behov for en fagvurdering, mens en ufaglært i mange tilfeller kan utføre selve oppgaven:

Det å gjøre femti albuerepetisjoner i løpet av en dag. Du trenger ikke være fysioterapeut for å gjøre det, men du må være fysioterapeut for å skjønne at det er det som hjelper. (...) Hvis man er god på å innrette kompetansen så trenger man kanskje ikke en stor pool med fysioterapeuter. (...) Man må tørre å si at vi også har bruk for ufaglærte. Kompetanse betyr ikke det samme som høyskoleutdanning. (Leder, Nord-Fron kommune)

Lederen får støtte av en annen kommunal leder, som påpeker at det er mange oppgaver i en avdeling som en ikke trenger en fagperson for å utføre. Det er antakelig slik at det er en rekke oppgaver i tjenesten som en ikke trenger fagkompetanse for å få utført. Det er kanskje særlig oppgaver knyttet til omsorgsbiten av tjenestene, slik som å mate brukerne, ta brukerne med på luftetur, følge dem til lege og tannlege, lese avisen for dem, og liknende.

Systematikk, regler og rutiner

I Jevnaker kommune retter informantene mye av oppmerksomheten mot systematikk, rutiner, planer og kontrollsystemer når de skal definere hva god kvalitet skal forstås som. Flere av de intervjuede påpeker at de mest konkrete målene de har på kvalitet er de individuelle faglige planene som er laget for hver enkelt bruker, eksempelvis når sårskift skal gjennomføres, hvordan liggesår skal behandles, at bruker skal opp å gå hver tredje time og at tjenestens ernæringsplan er overholdt. Hvis disse målene overholdes, mener de at en kan si at kvaliteten er god, og hvis de ikke overholdes, anses kvaliteten å være dårlig. Det er den enkelte sykepleier som har ansvaret for måloppnåelsen, og med det også kvaliteten på dette arbeidet. De intervjuede ansatte i sykehjemmet oppgis å ha systematisert mye av kvalitetsarbeidet gjennom en ernæringsplan og det som framstilles som et velfungerende avvikssystem. De oppgir å ha et systematisk søkelys på etikk i alle ledd i tjenesten, de utarbeider handlingsplaner, og rapporteringer er satt i system. Det stilles for eksempel krav om rapportering til enhetsleder, og det er aktiv medvirkning av de ansatte. Tilsyn og internkontroll oppgis også som viktige faktorer for å skape god kvalitet i tjenestene.

I Os kommune oppgir flere av de intervjuede at det er utarbeidet sjekklister for en mengde forhold i tjenesten, slik som inn- og utskrivningsrutiner, medisiner og

ernæring. Brukerne blir tildelt primær- og sekundærkontakt med instruksjoner om hva disse funksjonene innebærer av ansvar og oppgaver.

En informant i Hurum er for øvrig opptatt av å påpeke at kvalitet ikke bare dreier seg om å følge ulike retningslinjer instrumentelt, men at kvalitet også har med holdninger å gjøre, mens en leder fra Nittedal påpeker at vel så viktig som systemer er de ansattes kompetanse og etiske standarder.

Samhandling

Samhandlingsreformen utgjør et viktig bakteppe for endringene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene de senere årene. Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. Målet med reformen er bedre koordinerte tjenester til brukerne, mer fokusering på forebyggende arbeid og mer bærekraftige tjenester. Brukere og pasienter skal få tidlig og kvalitativ god hjelp nærmest mulig eget hjem, og de skal få rett behandling til rett tid og på rett sted. Dette skal oppnås gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som skal være tilpasset den enkelte pasient/bruker.⁴⁷

IRIS' undersøkelse om samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet, viste blant annet at pasienter som skrives ut fra sykehus er sykere og mer behandlingstrengende enn før reformen, kommunene har en vekst i andel korttidsplasser/rehabiliteringsplasser (ofte på bekostning av langtidsplasser) for (spesialisert) behandling av kort varighet, mer spesialiserte tjenester har gått på bekostning av enklere tjenestetilbud, det er lite oppmerksomhet på forebygging i kommunene og det er usikkerhet knyttet til om samhandlingen mellom kommune og sykehus knyttet til enkeltpasienter har blitt bedre (Abelsen mfl. 2014). De fleste av våre funn bygger opp under funnene i IRIS' undersøkelse, men flere av våre casekommuner mener samhandlingen med sykehusene har blitt bedre, selv om det fremdeles er et forbedringspotensial. IRIS fant også at mindre kommuner har lykkes bedre enn større kommuner. Casekommunene i denne studien er mellomstore (4000–15 000 innbyggere) og store kommuner (15 000 eller flere innbyggere).

For å lykkes med en kvalitativ god, effektiv og sømløs tjenestekjede er kommunene avhengige av god samhandling ikke bare mellom sykehus og kommunale etater, men også mellom ulike etater, virksomheter og avdelinger. Samarbeidsrelasjoner som påpekes å være viktig hos informantene i våre ulike casekommuner, er mellom:

- institusjonstjenester/hjemmetjenester og fastleger/spesialisthelsetjenesten
- hjemmetjenester og institusjonstjenester/andre kommunale tjenester
- tjenestene og tildelingskontor/brukerkontor (der de har opprettet dette)

⁴⁷ <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Samarbeid mellom de kommunale pleietjenestene og spesialisttjenestene og fastleger

I Sula kommune forteller flere ledere om et tett og nært samarbeid med kreftavdelingen på sykehuset og at kommunen klarer å tilby et kvalitativt godt tilbud til denne gruppen av pasienter. En av lederne i kommunen viser til at ti av tretten terminalpasienter som har ønsket å dø i eget hjem framfor på institusjon, mener det skyldes at kommunen tilbyr et godt og trygt opplegg til denne gruppen av pasienter. Lederne mener de er dyktige på smertelindring og at de har en fleksibel tjeneste som stiller opp til tross for det de karakteriserer som en presset hjemmetjeneste. I Sula forteller en leder at samarbeidet mellom hjemmetjenestene, øvrige helsetjenester og korttids plassene gjør kommunen i stand til å kunne: i) tilby faglig begrunnet behandling og oppfølging for forskjelligartede utfordringer hos brukerne, ii) tilby trygge tjenester på midlertidig basis mens et langtidstilbud planlegges og utredes, og iii) håndtere akutte situasjoner umiddelbart ved at det (så godt som alltid) finnes ledig plass på korttidsavdelingen.

I Os oppgir spesialisthelsetjenesten at kommunen skiller seg svært positivt ut på alle områder i samhandlingen med dem. De oppgir at kommunen har gode kompetansemiljøer, at de er effektive i sin saksbehandling og at de samarbeider godt om innskriving og utskriving av pasienter. Kommunen tar initiativ overfor Helse Bergen når det gjelder å starte egne prosjekter, for eksempel kreftpoliklinikk og ROP-prosjekt (Rus Og Psykiatri), både fordi de har gode fagmiljøer og fordi de ønsker å utvikle dem. Det er god samhandling om ØH-senger, de har opprettet KOLS-team, diabetesteam, palliativ enhet og kreftpoliklinikk. Medisinsk avdeling og Ortopedisk avdeling skryter av et utmerket samarbeid med Os, både når det gjelder ventetid, elektronisk utskriving og godt utbygde hjemmetjenester, som tar pasientene raskt tilbake.

I Hurum kommune oppgir alle de intervjuede lederne at de har et meget godt samarbeid med enkelte fastleger. Fastlegene reiser på hjemmebesøk ved behov, og legene konfererer med kommunen om det er mulige alternativer til sykehusinnleggelse for en pasient. Dette er for øvrig en del av kommunens prosedyrer, som ble laget i forkant av samhandlingsreformen. Dette har fungert bra, og pasienter har unngått å bli innlagt. Lederne oppgir at et godt samarbeid med legene har bidratt til at pasientene blir behandlet på kommunens helsestasjon framfor at de blir skrevet inn på sykehus. Dette oppgis å ha gitt kommunen en betydelig økonomisk gevinst, samtidig som det er en fordel for brukerne.

I Nittedal oppgir flere av informantene at de har en god legetjeneste ved sykehjemmene. Legene oppgis å være både stabile og dedikerte. Et organisatorisk grep kommunen har gjort er å ansette sykehjemslegene enten i hele stillinger, eller i den stillingsprosenten den enkelte lege ønsker. En leder sier følgende om hvor viktig dette er for både samarbeid og kvalitet på tjenesten:

Vi er hevet faglig etter at vi har fått dedikerte leger inn. Jeg tror alle er enige i at dette har betydd utrolig mye. Dette styrker kvaliteten uavhengig av personer. Det styrker

kvaliteten fordi legen blir en del av et integrert team og mer fokusert på arbeidet på sykehjemmet og ikke på sin egen kontorpraksis. (Leder, Nittedal kommune)

I tillegg oppgir en annen leder at institusjonene har fått kvalitetssikret sine rutiner av sykehjemslegene.

I Nord-Aurdal oppgir alle de intervjuede at samarbeidet med legene er svært bra. Tildelingskontoret opplyser at legene er dyktige til å tenke alternativt til sykehusinnleggelse, slik at folk skal slippe å reise lenger enn nødvendig for å motta den hjelpen de trenger. Legene tar gjerne en telefon til kommunens tildelingskontor og drøfter med disse hvordan en på best mulig måte kan løse pasientens behov. Alternative løsninger er gjerne knyttet til mulighetene for å styrke tjenesten i hjemmet til bruker eller brukers muligheter for et opphold i korttidsavdeling. Det siste alternativet er en sykehusinnleggelse. Tildelingskontoret opplyser at det er en styrke å ha lege med til å vurdere ulike løsninger for pasientene, og de oppgir også at de får gode tilbakemeldinger fra pasientene, som føler seg ivaretatt. En leder i kommunen mener samarbeidet med legene er en av kommunens suksessfaktorer, og sier følgende:

Legene er ikke er sparsomme på timeverkene sine ift å være med på utviklingsarbeid. Vi etterspør dem og de dukker opp. De regner ikke timer. Vi har et rundt samarbeid som vi har villet hegne om. Det er en suksessfaktor. Vi har også god legedekning. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

Institusjonstjenestene i kommunen har 30 prosent legestilling på sykehjemmet, som deles av to leger:

Legene ønsker å jobbe på sykehjem, så det har vært stabilt de siste årene. Vi har et veldig godt samarbeid. De har faste dager, og de kommer bestandig. Det er mye legetilsyn på korttidsavdelingen, og det er de to leger som deler på. Det er helt nødvendig at det kommer leger hver uke. De som er på korttidsopphold i dag er sykehuspasienter. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

En leder hevder at mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehuset fungerer svært bra. Lederen oppgir at kommunen øvde seg sammen med sykehuset i to år før samhandlingsreformen trådte i kraft:

Vi hadde et prosjekt på 1970-tallet som ligner veldig på samhandlingsreformen; Gjøvik-Fagernes-prosjektet, som Dag Bruusgård sto for. Når reformen ble varslet, skjønnte vi raskt at vi måtte involvere de andre kommunene i våre helsetunplaner. Vi har øvd oss sammen med Gjøvik sykehus i to år før reformen trådte i kraft. Vi fikk statistikk på overliggerdøgn og gikk inn og analyserte hvert enkelt tilfelle. Det er tre viktige kriterier for å lykkes: 1. Tildelingskontoret. Det ble mer profesjonell saksbehandling, bedre begrunnede vedtak og utredninger, 2. at vi hadde korttids-plasser hvor vi fikk til flyt, og 3. at vi hadde en god hjemmetjeneste både mht omfang

og kompetanse. Hadde egne rutiner på hvordan vi internt skulle håndtere det når sykehuset meldte om utskrivningsklare pasienter i 2011. Det har fungert. Vi har opplevd at det er meldt pasienter som ikke har kommet, og da melder vi avvik. Vi bruker avvikene for å lære. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

Også andre ledere mener at samarbeidet med spesialisthelsetjenestene stort sett fungerer bra i kommunen, men en leder påpeker at det er eksempler på hendelser som ikke kan sies å bidra til kvalitativt gode og effektive tjenester:

Sykehusene skriver ut folk tidligere og tidligere, og det er ikke sjelden at vi opplever at pasienter blir utskrevet fra sykehuset og satt i en drosje. Drosjen kjører direkte til legevakten her, hvor pasienten blir puttet inn i ambulansen igjen og sendt tilbake til sykehuset. Det opplever vi altfor ofte. Sånne episoder har vi mange av her i løpet av året. (...) Vi får ofte beklagelsesbrev fra sykehuset når vi har sagt ifra om ting. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

I Nord-Aurdal har de skapt arenaer for samarbeid med legene, og ledere i kommunen oppgir at de har fastleger som ønsker å bidra med sin kompetanse. Legene oppgis å sette av tid til å jobbe spesifikt med de pasientene de har ansvar for i samarbeid med helsetjenesten i kommunen. Dette samarbeidet mener både lege og de kommunale lederne har ført til at en har unngått en del sykehusinnleggelse, og særlig gjelder det etter etableringen av korttidsavdelingen i kommunen. Sola kommune oppgir at de har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og om utskrivningsklare pasienter. Enkelte mener for øvrig at fastlegene mangler insentiver for å redusere sykehusinnskrivinger. Opplevelsen av samarbeidet med fastlegene er noe varierende. Det vises til fastlegereformen, hvor kommunen hevder at de fikk mange leger som ikke var interesserte i den kommunale delen av jobben, og hvor fastleger krever at hjemmesykepleien kommer med pasientene til legekantoret framfor at legene foretar hjemmebesøk. Samtidig gis det også eksempler på leger som foretar hjemmebesøk og som kommunen opplever at de har et tett og godt samarbeid med.

Samarbeid hjemmetjenester og institusjonstjenester/andre kommunale tjenester

I Jevnaker kommune er alle informantene enige om at helse- og omsorgstjenestene er preget av godt samarbeid, og det er særlig korttidsavdelingen og tildelingskontoret som trekkes fram som viktige årsaker til dette. Informantene mener også at en kommunal reorganisering, hvor en gikk bort fra resultatenheter og innførte et helhetsansvar gjennom en trenivå-organisering med kommunalsjef, virksomhetsleder og avdelingsleder/fagansvarlig, har bidratt til bedre samarbeid og mer helhetstenkning i kommuneorganisasjonen. Informantene på ledernivå er særlig tydelig på at flat struktur og mange resultatenheter hindret samarbeid. Informantene i spesialisthelsetjenesten er enige om at samarbeidet med Jevnaker kommune er godt. Det vises til at pasientene på sykehuset slipper å vente på et tilbud fra kommunen, og at dette særlig skyldes korttidsavdelingen

og tildelingstjenestens arbeid. Som nevnt tidligere er informantene i Nittedal også tydelige på at flat struktur med mange selvstendige ledere ikke er en fordel for godt samarbeid. Der er de opptatt av at det bør være et større samsvar mellom ansvar og myndighet og lederskap.

Nord-Fron påpeker at godt samarbeid i tjenestekjeden og mellom etater er viktig, og blir stadig viktigere, fordi en opplever at problematikken og kompleksiteten rundt enkelte brukere øker.

(...) Nå ser vi at det kan komme inn en bruker på korttidsplass som kan ha masse gjeldsproblematikk, har ikke hus, har konflikter ift familien. Mye mer enn den ene sykdomstingen som vi normalt har tatt oss av. Dette krever mer tverrfaglighet. For eksempel skal korttidsavdelingen ta seg av en som har hatt slag. Avdelingen skal trene opp vedkommende, men så har pasienten med seg stor gjeldsproblematikk, som fører til masse greier. Da må man kanskje dra inn sosionomer, NAV og pårørende. (...) Noen ganger er det andre kommuner involvert. (Leder, Nord-Fron kommune)

På grunn av kommunens størrelse oppgir de intervjuede at de har god oversikt over hvem som er i ferd med å utvikle demens, slik at de kan iverksette tiltak, og de oppgir at tjenestene samarbeider godt seg imellom.

Tidligere gjorde alle alt – alle var litt gode på alt. Nå ønsker vi å ha en bedre kvalitet ved at de riktige folkene gjør de riktige tingene. Da er den tverrfaglige sammensetningen viktig. Og at alle kjenner sin rolle og plass i dette samarbeidet. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

I Sola hevder noen av de intervjuede at rus- og psykiatritjenesten har utfordringer. Det vises til lovverket om at brukere i større grad skal ta ansvaret selv, men at mange av disse brukerne ikke er i stand til å ta dette ansvaret. De mener at tjenestene mangler gode nok verktøy, og de ønsker flere interkommunale spesialtiltak på grunn av kompleksiteten rundt denne brukergruppen.

Tjenestene og tildelingskontor/brukerkontor

I Namsos kommune oppgir lederne at de har et godt samarbeid mellom de ulike tjenestene. Kommunens brukerkontor følger opp pasienter mens de er på sykehuset og koordinerer utskrivningen. Representanter fra kommunens brukerkontor arbeider på sykehuset to dager per uke. De oppgir å ha egne inntaksmøter til sykehjem hvor brukerkontoret, hjemmetjenestene og sykehjemmet deltar. Det er tjenestene selv som vurderer og bestemmer endringer i tjenestetilbudet, og de sender melding til brukerkontoret, som utformer enkeltvedtaket. Fordelen med brukerkontoret oppgis å være at det representerer «en adresse», de sørger for likebehandling og rendyrker saksbehandlingen. Enkelte av de intervjuede mener for øvrig at brukerkontoret ikke fungerer etter intensjonen innenfor rus og psykiatri. Samarbeidet med fastlegene oppgis å ha

blitt bedre, og fastlegene er med på alle inntaksmøtene, som holdes en gang i uken. En leder oppgir at brukerkontoret mottar svært få klager fra brukere/innbyggere, men at ansatte klager noe. Disse klagen er først og fremst knyttet til vedtakenes omfang og til kompetanse og/eller kvalitet. Brukerkontoret setter av to dager i året til systematisk arbeid med kvalitet og kvalitetsrutiner, og tildelingskriterier er utarbeidet – og forbedres kontinuerlig.

I Sola oppgir en leder at tildelingskontorets vurderinger og vedtak tidvis blir forsøkt overprøvd når kontoret har vurdert at brukere ikke har behov for institusjonsplass:

Og så er det fortsatt dårlig kunnskap om prosessene som leder til langtidsplass. Et eksempel kan være en lege som krever sykehjemsplass til en pasient. Hvis vi ikke innvilger dette umiddelbart, skrives pasienten i stedet inn på sykehus. Et annet er når vi sier nei til en søknad om institusjonsplass, så trues det med å gå til avisen eller politikere, som så overprøver våre vedtak. (Leder, Sola kommune)

At fastlegene står på sitt kan selvfølgelig være et resultat av medisinske vurderinger, men det kan også være et resultat av egne holdninger og verdier, slik det også er beskrevet i Moland (2011) om fastlegenes rolle ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo kommune.

5.12 Brukermedvirkning

Struktur- og prosesskvalitet sier i seg selv ikke noe om hvordan brukerne opplever kvaliteten på tjenesten han eller hun mottar, men denne typen kvalitetsmål er viktige *forutsetninger* for å skape god kvalitet. Resultatkvalitet (outcome) er et resultat av både struktur- og prosesskvalitet. Resultat- og/eller produktkvalitet dreier seg om og i hvilken grad kommunen leverer gode og hensiktsmessige tjenester til brukerne sett fra brukers ståsted, men også sett fra et faglig ståsted (medisinsk eller pleiefaglig) eller pårørendes ståsted.

«Medvirkning og medbestemmelse fra brukerne av pleie- og omsorgstjenestene er understreket i kvalitetsforskriften § 3 første ledd. Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp som er vektlagt innen helse- og sosialretten. Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker. I den praktiske utføringen av tjenestene innebærer dette at brukerne kan være med å bestemme hvordan tjenestene skal utføres». (IS-1201 Veiledning s. 13)

Forskriften er tydelig på at denne brukermedvirkningen både gjelder for hjemmeboende brukere som mottar hjemmehjelp og hjemmesykepleie, og for brukere i sykehjem eller andre boformer med heldøgns tilsyn.

Tjenesteapparatet kan faglig og personlig mene at de leverer tjenester av god kvalitet, mens mottakerne av tjenestene, eller mottakers pårørende, kan oppleve mangelfull kvalitet knyttet til omfang, innhold og utøvelse av tjenester. Brukeropplevd kvalitet er individuell og subjektiv. Den vil være historisk og kontekstuellet betinget, og den vil endres over tid. Eldre på institusjon i dag har mest sannsynlig lavere krav til pleie- og omsorgstjenestene enn det deres barn vil ha den dagen de vil ha behov for tjenester. Brukeropplevd kvalitet kan også sies å handle om forventninger. Det kan derfor være av betydning hvordan kommunen, men også politikere uttaler seg om tjenestene, og hva brukere og pårørende kan forvente seg av det kommunale tjenestetilbudet. Som tidligere påpekt kan et for stort forventningsgap mellom *uttalt* tjenestetilbud og -nivå og *faktisk* tilbud føre til misfornøyde brukere. Selv om tjenestene som tilbys er av faglig høy kvalitet.

Økt brukerfokus og mer brukermedvirkning handler på den ene siden om å tilpasse tjenestene til den enkelte brukers ønsker og behov. Samtidig skal tjenesteapparatet sørge for likeverdige tjenester innenfor de ressursene de har til rådighet og innenfor den profilen kommunen har valgt å innrette sine tjenester i henhold til. En brukers ønsker og behov kan være grenseløse, men ressursene (både de økonomiske og personellmessige) i tjenesten vil være begrenset. God kvalitet på en tjeneste vil i praksis derfor måtte befinne seg i skjæringspunktet mellom pårørendes/enkeltbrukeres individuelt opplevde behov for hjelp og tjenestenes muligheter for å oppfylle disse behovene basert på faglige vurderinger og tilgjengelige ressurser. Spørsmålet blir dermed hvordan en kan oppnå best mulig brukeropplevd kvalitet innenfor tilgjengelige ressurser?

Medbestemmelse og brukermedvirkning er ment å gi bruker mer makt over sitt eget liv og er en viktig del av kvalitetsbegrepet. Det å se brukeren som en ressurs når en skal gi individuelt tilpasset hjelp og støtte (skreddersøm), støtter opp under tanken om at den vet best hvor skoen trykker som selv har den på. I det ligger det at brukeren dermed vil være best i stand til å definere hva som er riktig hjelp for seg selv. Men er det alltid slik? Kan uttrykt behov enkelte ganger være høyere enn det medisinske behovet skulle tilsi? Og vil tanken om forebygging og mer selvstendighet kunne kollidere med synet den enkelte bruker har på dette? Utviklingen av mer hjemmebasert omsorg og endret tankegang og holdninger til å bo hjemme lengst mulig, illustrerer at hvordan en tenker rundt kvalitet og hva som kan defineres som god kvalitet, ikke er gitt.

Hvordan arbeider kommunene med brukermedvirkning?

Brukermedvirkning og forventningsavklaringer kan oppnås på flere måter. Casekommunene nevner konkrete måter de arbeider på i tjenesten, men de nevner også mer formelle tiltak for å oppnå dette: serviceerklæringer, pårørendeundersøkelser og faste møter med pårørende samt brukerundersøkelser.

Serviceerklæringer, pårørende- og brukerundersøkelser

Serviceerklæringer er overordnede strategier og dokumenter kommuner kan utarbeide for å informere innbyggerne om hva de kan forvente av kommunens tjenester. Slike serviceerklæringer kan bli for generelle til at innbyggerne opplever at de er relevante for dem og deres individuelle behov. På den annen side gir slike erklæringer innbyggerne et innblikk i hva de faktisk kan forvente og hvordan kommunen tenker innretningen på sine tjenester. I Nord-Aurdal, som har en slik serviceerklæring, sier en leder dette:

Den første utgaven av serviceerklæringen var mer standardfokusert. Den ga mer tydelighet ift hva man kunne forvente å få. Men det var vanskelig å se hva slags standard en hadde, fordi det var individuelle utmålinger. Da gikk kommunen over til å bli mer informative på hva en tjeneste var og hva en kunne forvente seg å få ut av den. En sa mindre om omfang. (...) I og med at det skal vedtas i kommunestyret, så er det viktig å ikke legge inn premisser en ikke kan oppfylle i praksis. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

Pårørendeundersøkelser og brukerundersøkelser kan, hvis de tas på alvor, gi viktig informasjon om den enkelte bruker av tjenesten, men skal de ha noen interesse, må spørsmålene som stilles være relevante, og det må finnes rutiner for hvordan en skal følge opp negative forhold som kommer fram i slike undersøkelser. I Os kommune benytter en slike brukerundersøkelser, samt medarbeiderundersøkelser, aktivt for å forbedre tjenesten. Viser undersøkelsene at en enhet skårer dårlig på noen variabler, skal det tas aktivt tak i dette. De ansatte i enheten forventes sammen å bli enige om hvilke endringer de skal foreta for å bedre skårene. I Nord-Aurdal viste en pårørendeundersøkelse at de pårørende opplevde å få for lite informasjon. Dette førte til endringer i kommunikasjonen mellom tjenestene og de pårørende. Det ble satt i verk planlagte pårørendesamtaler minimum en gang i året for dem med fast plass på institusjon. Med tiden har kommunen utviklet informasjonsbiten ytterligere. Der pårørende tidligere fikk ulik informasjon fra tjenesteapparatet, gis nå mer likeartet og mer korrekt eller kvalitetssikret informasjon. De pårørende rapporterte også om manglende legebesøk på institusjon. Dette medførte ikke riktighet, og gjennom dialog med de pårørende fikk institusjonstjenesten oppklart denne misoppfatningen. Jevnaker oppgir å benytte brukerundersøkelser som en av flere faktorer for å måle brukeropplevd kvalitet. Antall klager og medhold i klager oppgis også å være en del av verktøyene for å måle brukeropplevd kvalitet. Kommunen oppgis for øvrig å ha utarbeidet et tilbakemeldingsskjema på kvalitet som er ment for brukere og pårørende:

Vi har et tilbakemeldingsskjema på kvalitet som er for alle og hvor du kan velge å komme med tilbakemelding anonymt eller med fullt navn. Da vil du få tilbakemelding fra oss. (...) Vi synes det er veldig vanskelig å få dem til å bruke det, og vi får inn få tilbakemeldinger. Men vi har lagt det opp slik at det skal være lett å gi oss

tilbakemeldinger. Tilbakemeldinger er alt fra at de synes det er for små porsjoner på kjøkkenet til at de ikke blir møtt ordentlig. Skjemaet går til virksomhetsleder først, og jeg skal ha tilbakemelding på hva som har blitt gjort i saken. (Leder, Jevnaker kommune)

Brukermedvirkning kan være utfordrende for brukere som ikke er i stand til å gi uttrykk for sine behov og ønsker. Nord-Fron viser til at deres brukerundersøkelser bygger på malen fra KS' Bedre kommune, og at det er frivillighetssentralen i kommunen som tar på seg denne jobben. Brukere som er sterkt demente plukkes ut fra undersøkelsen, men utover dette skal den omfatte alle brukere. Flere ledere i Namsos oppgir at verdighetsgarantien har bidratt til bedre brukermedvirkning i deres kommune.

Brukerorientert tjeneste i praksis

Flere av casekommunene har opprettet møtepunkter mellom bruker og/eller pårørende og tjenesteapparatet, men brukermedvirkning vises ikke minst i utøvelsen av tjenestene.

Fra bruker sitt ståsted så trenger vi å lytte til brukerne for å kunne måle kvalitet – hvordan de opplever det. (...) Vi legger ned mye arbeid i kontakt med pasienten. Vi har samarbeidsmøter med pårørende, vi har kartleggings- og vurderingsbesøk. (...) Den individuelle tilpasningen er viktig. Det må synliggjøres i systemet som helhet. Brukt mye tid på samhandling med praksisfeltet og å etterspørre faglighet og faglige argumentasjoner. (...) Å jobbe med mennesker er en dynamisk prosess – noen ganger går det bedre med pasienten, andre ganger går det dårligere. Målet er at våre vedtak skal speile den endringen. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

Nord-Fron kommunes måltidsendringer, nevnt tidligere i kapitlet, er et godt eksempel på brukermedvirkning i praksis, men brukermedvirkningen handler om mer enn måltider:

Vi prøver så langt vi kan å se den enkelte. Har du ansvar for X antall pasienter, så skal du vite når den enkelte vil stå opp og når de vil legge seg. Det er ditt ansvar. På langtidsavdelingen så er det slik at det er navngitt hvem som har ansvaret for den enkelte pasient. Vårt motto er: «ansvarliggjorte medarbeidere». De må innhente den nødvendige informasjonen om pasienten, for å kunne yte forsvarlig helsehjelp for sine brukere. Og de må legge opp dagen sin i henhold til det. (Leder, Nord-Fron kommune)

Nakrem (2011) viste i sin doktoravhandling at pasienter i sykehjem særlig var opptatt av sosiale relasjoner og gode relasjoner til de ansatte. De var opptatt av å bli sett og at de ansatte anerkjente deres ulike behov. De ønsket også flere helsefremmende tiltak, slik som fysisk trening. I Nord-Aurdal viser de særlig interesse for den helseeffekten som kan oppnås nettopp ved sosialt samvær og aktivisering:

(...) Vi har hatt fokus på at folk skal ha hjelp akkurat der de er og de skal ha hjelp til det de selv vil drive med. (...) Vi ser en sterk etterspørsel etter dette med felles aktiviteter. Det går fra små barn til eldre. Vi er veldig glade for det dagtilbudet som kommer nå. Det skal samles under ett tak. Intensjonen er at en skal møte hverandre på tvers av alder, diagnose og funksjon. En skal finne fellesskapet sammen. Vi bruker en nedlagt skole. Bygget er bra og har gymsal, heis og garderobe og flott uteområde. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

Vi har et dagsenter – Stabburshella – for rusavhengige og deres pårørende. «Stabbur» betyr modning og «hella» betyr lavterskel. (...) De driver undervisning om det å være avhengig og medavhengig og å se symptomer. Det er tidligere brukere og pårørende som driver det. Et lavterskeltilbud som skal fange opp unge og eldre. Å se og ivareta folk er ikke noe du nødvendigvis kan gjøre vedtak på. (Politiker, Nord-Aurdal kommune)

I Nord-Fron peker de tillitsvalgte også på utfordringer knyttet til (sosial) aktivitet hos de eldre:

Å se de eldre sitte stille i stolene og sove eller se på TV hvis de egentlig har lyst til å gjøre noe annet. Er det bra kvalitet? Jeg vet det er mange som gjerne ville gått en tur, fått litt frisk luft. Men de får ikke det tilbudet fordi vi ikke har tid til det. Det er andre ting som må prioriteres. Der har vi mye å hente. (Tillitsvalgt, Nord-Fron kommune)

Kommunen har en «arbeidsstuggu» hvor de eldre kan komme på dagtid, og hvor det er ansatt aktivitører, men en tillitsvalgt påpeker at det også burde komme aktivitører ut på institusjonsavdelingene for å aktivisere de eldre der. De intervjuede i kommunen er dessuten opptatt av å bruke de frivillige i større grad enn i dag, og de påpeker i den sammenheng at de har et godt samarbeid med frivillige i kommunen.

Et særtrekk ved omsorgstjenestene i Jevnaker er at samtlige informanter som ble intervjuet har en mening om hvorfor alle tiltak skal være faglig begrunnet, og også hvordan Jevnaker i det daglige arbeidet sørger for at alle tiltak er det. Det var særlig under kommunens omorganisering i 2008 de ble mer opptatt av å skape en brukeroorientert tjeneste, hvor tjenester skulle tildeles i henhold til enkeltbrukers behov. En av lederne sier følgende:

Før så fikk alle stort sett mer eller mindre samme behandling. Nå er det mer sånn at vi spør hva vi kan gjøre for akkurat denne brukeren med disse spesifikke utfordringene. Vi ser den enkelte og prøver å lage noe rundt den enkelte som fungerer. Det skal ikke være et tiltak som avdelingen setter i verk fordi «det er sånn vi gjør det her på avdelingen». Det var mer sånn tenkning før enn nå. (Leder, Jevnaker kommune)

I Nittedal viser de til at skiftende politisk flertall har medført endringer i matproduksjonen til de eldre. Under workshopen som ble holdt i kommunen i 2014, framkom det at matproduksjonen som ved forrige besøk var privatisert, nå var blitt re-kommunalisert. Dette var estimert å koste tjenestene mer, men samtidig forventet de økt kvalitet på mattilbudet. At maten skulle produseres av kommunen ble oppgitt av både ledere og tillitsvalgte som å bidra til at en lettere kunne tilpasse maten til den enkelte bruker. Større kontroll over maten gjør også at næringsinnholdet kan dokumenteres. Slik informasjon fikk de ikke fra sin tidligere private leverandør. Maten blir i tillegg vurdert som en viktig faktor i kommunens rehabiliteringsarbeid.

Kontinuitet i tjenestene brukes gjerne som et mål på brukerkvalitet. I det ligger det særlig at brukere skal forholde seg til færrest mulig ansatte. Mange deltidsstillinger, vikarbruk, turnusordninger og fleksibel bruk av de ansatte kan bidra til at brukere må forholde seg til mange ansatte. Målet om at brukere skal forholde seg til færrest mulig ansatte kan dermed være en utfordring for tjenesteapparatet. Det er særlig brukere med stort behov for tjenester som opplever å ha mange ansatte å forholde seg til. Flere av informantene i de ulike casekommunene påpeker at dette ikke er optimalt, men at de heller ikke finner noen gode løsninger på dette dilemmaet.

Forventningsdilemmaet

Det flere av de intervjuede i de ulike casekommunene tar opp som en potensiell og reell utfordring, er gapet brukere kan oppleve mellom sine og/eller pårørendes forventninger til tildeling av tjenester og de tjenestene de faktisk får vedtak på. Det er flere aktører involvert i vurderingen av hva som kan beskrives som kvalitativt gode og nødvendige (omfang av) tjenester. Flere ledere i Nord-Aurdal påpeker et åpenbart dilemma i diskusjonen om riktig innretning på og omfang av tjenestetilbudet til den enkelte bruker, og den enkelte brukers eller oftere pårørendes oppfatning av behov:

Det helsevesenet sliter med over hele landet er at det medisinsk definerte behovet ikke alltid er det samme som det pårørendedefinerte behovet. Det er forskjell på faglig definert behov, og opplevd behov der ute. Der har vi en utfordring. Vi må formidle til folk at det kanskje ikke er slik at mor trenger den hjelpen du synes at hun trenger. (Leder, Nord-Aurdal)

En måte å møte et mulig grenseløst brukerbehov på er god dialog og informasjon til innbyggerne. Som påpekt tidligere i kapitlet, har Nord-Aurdal benyttet serviceerklæringer som en måte å gi innbyggerne en tydelig avklaring på hva de kan forvente å få når de søker om en tjeneste. Det oppgis å ha vært svært nyttig for de som skal tildele tjenesten, men også for de som skal utøve tjenestene og gi veiledning ut til brukerne. Når brukerne spør den enkelte tjenesteutøver om hva de kan forvente seg, kan alle tjenesteutøvere vise til kommunens serviceerklæring og svare at standarden i kommunen

er sånn og slik, men at alle vil bli *individuell* vurdert. Det betyr at personellet kan vise til at alle skal ha likeverdige tjenester, men ikke *like* tjenester.

I Sola kommenteres også denne utfordringen. Der oppgir en leder at det i lang tid har vært innbyggerne som har bestemt og satt normen for hva god kvalitet er, og ikke kommunen. Dette har ifølge informanten ført til svært fornøyde brukere, men også til mindre effektive og til kostnadskrevede tjenester. Kommunen oppgir at de nå må stramme inn på grunn av økt økonomisk press i kommunens helse- og omsorgstjenester.

Hva skaper dårlig kvalitet?

Når informantene forsøker å definere begrepet kvalitet, er det flere som også reflekterer over hva som *ikke* bidrar til god kvalitet. Samlet handler dette stort sett om forhold som kan knyttes til struktur- og prosesskvalitet. For det første handler det om stram bemanning. Men i denne og i andre undersøkelser (Bogen & Lien 2015; Lien & Gjernes 2009) er det ikke uvanlig å høre uttalelser om at bemanningen er tilstrekkelig hvis alle ansatte møter på arbeid. Det som gjerne er tilfellet, spesielt i pleie- og omsorgssektoren, er at mange medarbeidere ikke møter på arbeidet på grunn av sykdom og ulike helseproblemer. Sektoren har – sammen med barnehagesektoren – kommunenes høyeste sykefravær. Dette fraværet blir enten dekket opp av kolleger og/eller av vikarer som ofte, men ikke alltid, er ufaglærte. I de tilfellene fraværet blir dekket av kolleger, vil det ikke gå direkte ut over kvaliteten. Men det vil kunne gå utover arbeidssituasjonen og arbeidsmiljøet for kollegene og skape mer organisatorisk og individuelt stress. Der fraværet blir fylt av ufaglærte vikarer, noe som ikke er uvanlig i sektoren (Lien & Gjernes 2009; Bogen & Lien 2015), vil det kunne skape mer stress for de nærværende kollegene og dårligere kvalitet på tjenestene til brukerne.

Flere av kommunene i denne undersøkelsen viser til utfordringer knyttet til vikarbruk, og særlig i forbindelse med vikarer med manglende fagbrev på helger og natt. Utbredt bruk av deltidsarbeid og/eller små stillingsbrøker oppgis også som utfordrende for god kontinuitet i tjenesten, og for brukere, som må forholde seg til mange ansatte. Et annet viktig forhold som nevnes, og som fører til dårlig kvalitet, er det som oppgis å være mange reinnleggelsler av pasienter som har blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten for tidlig. I distriktskommuner med lange avstander til sykehuset, fører dette til en unødvendig stor belastning for pasientene. Dimensjonering av tjenestene lokalt oppgis også å være en utfordring i enkelte av kommunene. Manglende langsiktig botilbud med døgnkontinuerlige tjenester til pasienter med kognitiv svikt gjør at disse pasientene i enkelte kommuner opptar korttidsplassene – som da ikke lenger fungerer som korttidsplasser.

5.13 Hva har betydning for effektiviteten?

Det er vanlig å skille mellom produktivitet og effektivitet. Produktivitet kan forstås som «(...) forholdet mellom produksjon og ressursbruk», mens effektivitet kan forstås som «(...) forholdet mellom faktisk produktivitet og en norm for best mulig produktivitet» (Tovmo 2015). Forenklet kan en si at økt effektivitet handler om å arbeide smartere. Sånn sett dreier det seg derfor også om å finne mulig forbedringspotensial, eller mer optimale måter å arbeide på. Dette mulige forbedringspotensialet kan hentes ut i måten en organiserer tjenestene på, innretning på tjenestene/tiltakene, måten tjenestene ledes og utføres på. Prinsippet om Beste Effektive Omsorgsnivå (BEON), som kommer til uttrykk i ulike former for omsorgstrapper, er at en nivåinndeling av tjenestetilbudet vil gjøre det enklere å innrette tilbudet etter individuelt hjelpebehov. Det vil si at tilbudet i utgangspunktet skal starte på lavest mulig nivå i omsorgstrappen (lavterskeltilbud), for så å økes etter økt behov. Denne måten å tenke tildeling av tjenester på, bygger opp under tanken om forebygging og rehabilitering og at innbyggerne skal kunne klare seg selv lengst mulig. Denne nivåinndelingen av tjenestene har også en økonomisk begrunnelse. Lavterskeltilbud er eksempelvis atskillig mer økonomisk lønnsomt enn et høytterskeltilbud, som eksempelvis langtidsopphold i institusjon. Tanken bak omsorgstrappen er altså mer effektive tjenester til lavest mulig ressursbruk. En skal gi *nok* tjenester til innbyggerne – ikke for mye og ikke for lite.

Samhandlingsreformens intensjoner er rett behandling, på rett sted og til rett tid, og BEON-prinsippet passer således som hånd i hanske. En av begrunnelsene til reformen var at helse- og omsorgstjenestene la for liten vekt på forebygging samt manglende koordinering av helsetjenestenes 1. og 2. linje.

Reallokering av ressurser og effektivitet i praksis

Hvordan kommunene kan skape høyere produktivitet og kvalitet i tjenestene uten at det krever mer ressurser, er en viktig del av å skape effektive tjenester. Reallokering av ressurser er særlig viktig når en har stramme budsjetter å forholde seg til. Resultateffektiviteten er dermed knyttet til de virkemidlene som bidrar til måloppnåelse til lavest mulig kostnad⁴⁸. Kvantitative målinger kan si noe om effektivitet og kvalitet, men det er mange viktige forhold som kan si noe om effektivitet og kvalitet som er vanskelig å måle kvantitativt, slik som ledelse og organisering av tjenestene lokalt på det enkelte tjenestested og mer relasjonelle forhold mellom tjenesteutøver og bruker/pasient. Effektene av ulike virkemidler og tiltak kan dessuten være vanskelig å måle fordi årsakene

⁴⁸ http://dfo.no/Documents/FOA/publikasjoner/analyser/Bakgrunnsnotat_om_maal_og_resultatstyring.pdf

til de effektene en måler kan være svært sammensatte. Mange av de intervjuede i denne undersøkelsen forstår kvalitet og effektivitet som ulike sider av det samme fenomenet.

Reallokering av ressurser knyttes i stor grad til fornuftig bruk av omsorgstrappen. I Nord-Aurdal mener en leder at effektive tjenester kan knyttes til følgende:

Det er god pasientflyt og riktig kompetanse til rett tid, og å ha riktig dimensjon på tjenestene. Hva er så riktig dimensjon? Vi har en stram grunnbemanning både på institusjon og i hjemmetjenesten. Når vi ser på KOSTRA så ser det ut som om vi bruker veldig mye på pleie og omsorg. Vi brukte over 40 prosent av kommunens totale budsjett på pleie og omsorg. Det er mer enn de fleste. Analyser viser at vi har en befolkning med over middels behov og at vi har en relativt stram bemanning. Tildelingskontor er etablert – nesten utelukkende med omstilling av årsverk. Det eneste som er tilført av friske midler til tildelingskontoret er en 60 prosent stilling. (...) (Leder, Nord-Aurdal kommune)

Lederen påpeker videre at for å skape størst mulig grad av effektivitet, så er en avhengig av gode samarbeidsrutiner. Dette er særlig viktig for å skape god tjenesteflyt mellom sykehus og kommunens hjemmetjeneste. Effektivitet oppgis også å dreie seg om å bruke de ressursene en har på en god og effektiv måte, og dette knyttes til felles og kjente rutiner. I de tilfellene kommunen opplever ikke å ha tilstrekkelig kompetanse på et område, har spesialisthelsetjenesten sørget for opplæring av ansatte i primærhelsetjenesten. Lederen oppgir at antall inn- og utskrivninger på korttidsavdelingen har økt mye de siste årene. Pleietyngden varierer en del fra år til år, og måten kommunen har valgt å løse dette på er å leie inn ekstra bemanning ved topper i arbeidsmengde, såkalt numerisk fleksibilitet. Det er stort sett de samme personene som kontaktes ved behov, og de bruker også enkelte deltidsansatte til å bemanne opp tjenesten ved slike topper.

En politiker i Os er overbevist om at en organisasjons kultur og verdiforståelse styrer måten å jobbe på, og dermed også organisasjonens effektivitet og evne til å realisere sine mål. En vedvarende fokusering på manglende ressurser, mener ordføreren kan bidra til frustrasjoner hos de ansatte. Når manglende ressurser blir altoverskyggende, påstår det at dette er et tegn på manglende og/eller utydelig ledelse eller mangelfull planlegging og analyse av hvordan en arbeider. Andre informanter i kommunen er tydelige på at ressurser (økonomiske og personellmessige) er viktig både for kvalitet og effektivitet, men å definere hvor denne grensen går for å yte pålagte tjenester av faglig forsvarlig kvalitet, oppgis å være nærmest umulig. Det er for øvrig enighet om at ressurstilgangen i Os ligger over et slikt minimum, og at det ikke er økonomien som skaper det de kaller en «ja-kultur» og arbeidsglede hos de ansatte.

Informanter fra andre casekommuner peker på at effektivitet dreier seg om kompetanse og organisering. Høyere kompetanse hos de ansatte bidrar til tryggere og mer myndiggjorte medarbeidere, som de mener bidrar til mer effektive tjenester. Nord-Fron mener eksempelvis at fornuftig bruk av fagkompetanse vil bidra til høyere effektivitet.

«Fornuftig bruk» forstås slik at en bruker fagpersonell til faglige oppgaver, at eksempelvis hjemmesykepleien ikke skal stå for vasking av gulv hos brukere. Rendyrking av rett person på rett plass oppgis å kunne gi mer effektive tjenester. Her peker en også på at når innbyggerne er trygge på at en får plass på langtidsavdeling ved behov, så tviholder ikke brukerne lenger på disse plassene.

Hva som oppleves som barrierer for å skape mest mulig effektive tjenester, knyttes til geografi, historiske politiske vedtak, kontinuerlig omstilling og reinnleggelser av pasienter. En leders uttalelse kan stå som illustrasjon for dette:

Kjører du 5–7 mil om dagen til pasientene så sier det seg selv hvor effektivt det kan bli. Og så er det politikken. Det er politiske vedtak som har bidratt til at vi har omsorgsboliger som ligger ute i periferien. Boligene ble bygd på begynnelsen på 2000-tallet. Nå tenker politikerne litt annerledes. Nå har de vedtatt 20 nye omsorgsboliger på Fagernes. Jeg tror de ser at det er mer effektivt å ha det mer sentralt. (...) Samler du flere med samme diagnose på ett sted, så er det også lettere å gi bedre kvalitet på tjenesten. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

En leder i samme kommune opplyser også om at spesialisthelsetjenestens fokusering på effektivitet, forstått som rask utskrivning av pasienter, kan ende med dårligere kvalitet på tjenesten for pasienten i de tilfeller pasienten ender opp med raskt å bli innskrevet på sykehuset igjen.

5.14 Omsorgstrappen

Korttidsplasser og omsorgsboliger

Et viktig prinsipp for om tjeneste- eller omsorgstrappen fungerer godt, er at omfanget av tjenester tilpasses den enkeltes behov og at brukere tildeles tjenester lavt i omsorgstrappen, for så å bruke trinnene i trappen etter hvert som behovet for hjelp og tjenester øker. For å få til dette må kommunene blant annet ha en velutbygd omsorgstrapp med en kombinasjon av velfungerende hjemmetjenester, tilstrekkelig antall korttidsplasser og omsorgsboliger (med og uten heldøgnsomsorg) og nok antall langtidsplasser i institusjon. Et av kjernepunktene i en effektiv tjeneste er å ha en relativt høy sirkulasjon av korttidsplasser, samtidig som det til enhver tid er ledige plasser til brukere som måtte ha behov for det.

Det er ulike betraktninger knyttet til hvordan bruken av korttidsplasser fungerer blant våre informanter. I enkelte av casekommunene vurderes bruken av korttidsplasser som stort sett å fungere på en bra måte, mens andre opplever å ha større utfordringer. En av kommunene som oppgir å ha utfordringer, er Sula. I Sula oppgir flere av de intervjuede å ha for få omsorgsboliger med heldøgnsomsorg for demente, og de viser

til at dette har ført til et stort press på, og manglende sirkulering av, korttidsplassene i kommunen. Dette oppgis også å føre til stort press på hjemmetjenestene i kommunen.

Os kommune oppgir på sin side at deres korttidsplasser er reelle korttidsplasser. Det innebærer at det *alltid* er ledige plasser på korttidsavdelingen. Korttidsplassene kan dermed brukes fleksibelt når akutte behov oppstår, slik korttidsplasser er ment å brukes. I tillegg til dette har kommunen også satset på differensierte institusjonsplasser, slik som rehabilitering, avlastning, øyeblikkelig hjelp og palliasjon. En av lederne er tydelig på at det særlig er «(...) ut- og innskrivning mellom hjemmetjenestene og korttidsplassene som skaper dynamikk og fleksibilitet» (Leder, Os kommune).

I Jevnaker kommune mener de intervjuede at korttidsavdelingen er en nøkkelfaktor for en velfungerende pleie- og omsorgstjeneste. Dette begrunnes med at det alltid er ledig plass ved korttidsavdelingen, hvilket innebærer at de som trenger hjelp, får raskt hjelp, og de får det til rett tid. Korttidsavdelingens andre og viktige hovedfunksjon er å sikre et faglig vurderingsgrunnlag slik at de hjelpetiltakene som settes i verk er tilpasset og målrettet på individnivå. Samtlige informanter, inklusive representantene fra sykehuset, sier at grunnen til at Jevnaker har realisert målet om at befolkningen kan være trygg på å få raskt hjelp når behovet oppstår, er korttidsavdelingen:

I starten – etter 2008 – var det alltid påtrykk på at brukerne skulle være lenger på korttidsavdelingen, men etter hvert så skjønnte brukerne at de faktisk kunne komme inn igjen hvis de trengte det. Det har blitt en del av det folk *vet* i Jevnaker kommune, spesielt blant den eldre befolkningen. Vi har vært hos Eldrerådet og informert, og legene er godt kjent med det. (Leder, Jevnaker kommune)

De intervjuede påpeker også at det tidligere ikke bare var presset fra pårørende som skapte etterspørsel etter sykehjemsplasser, men også fra de ansatte. Dette presset har kommunen lyktes med å dempe, blant annet ved å være tydelig på at *alle* tiltak som settes i verk skal være faglig begrunnet. Der ansatte tidligere vurderte omsorg og pleie gjennom langtidsopphold ved sykehjem som det beste tilbudet, oppgir lederne nå at de ansatte ser at tilrettelagte tjenester i eget hjem faglig sett ofte er et bedre tilbud. Det illustrerer at ledelse, dialog, informasjonsarbeid og arbeid med holdningsendringer er viktige elementer for å endre tidligere kultur og måter å tenke behov og tjenester på.

Nord-Fron oppgir at de har 22 omsorgsboliger uten bemanning, og hvor hjemmetjenestene er inne ved behov. En leder i kommunen mener disse boligene bidrar til å demme opp for presset på kommunens institusjonsplasser. Omsorgsboligene ligger fysisk nær sykehjemmet, og det er mye hjelpepersonell som går ut og inn av bygningen. I tillegg er det vaktmester og rengjørere i komplekset, som også melder fra hvis de skulle observere beboere med utfordringer. Samlet mener lederen at dette bidrar til en opplevelse av trygghet hos beboerne. I tillegg viser en leder til at beboerne selv holder et øye med hverandre:

Jeg ser at det er noen beboere i disse boligene som ikke kunne klart seg i egen bolig hjemme, men nå går det veldig bra fordi de hjelper hverandre litt. Hvis en beboer går ut på kvelden, og som er litt forvirret, så kan naboen si at nå må du gå inn og legge deg, for nå er det kveld. (Leder, Nord-Fron kommune)

Videre mener lederen at den generelle økningen i boligstandarden i kommunen har bidratt til at de eldre kan bo hjemme lenger enn tidligere, og at det dermed har blitt enklere å tildele tjenester nederst i omsorgstrappen. Tidligere kunne boliger av dårlig kvalitet føre til at brukere måtte få plass i en omsorgsbolig eller i institusjon.

Flere av de intervjuede lederne i Nord-Fron påpeker at når en har tilstrekkelig med institusjonsplasser, så ser en at det reduserer etterspørselen fra brukerne fordi de er trygge på at de får plass hvis de har behov for dette. Det vises til at det tidligere var mer press på tjenesten, og at dette bidro til en holdning hos de ansatte om at en måtte sørge for å tinge plass i god tid, i tilfelle en bruker skulle trenge en plass en gang i fremtiden. «En var litt føre var», som en leder uttrykker det. Når beboerne omsider fikk en institusjonsplass, ble de værende, for da var inntrykket hos brukerne at en aldri kom til å få plass igjen. Kommunen oppgir at holdningsendringen til institusjonsplass hos brukerne har økt sirkulasjonen av plasser i kommunen. En leder i kommunen sier dette:

Vi ønsker å forebygge mest mulig. Selv om vi har ledig kapasitet, så fyller vi ikke opp plassene uten videre. En skal ha behov for en plass, for at man skal få en plass. Det er kriterier for om du trenger det eller ikke. (Leder, Nord-Fron kommune)

Flere ledere i Nord-Fron mener at de har gått i retning av mer hjemmebaserte tjenester. Denne endringen i innretning på tjenestene oppgir de skyldes en kombinasjon av særlig to forhold: Endringer i holdninger hos brukere, som nå ønsker å bo hjemme lengst mulig, og innføringen av samhandlingsreformen. En leder oppgir at tjenesten utfører avansert behandling hjemme hos brukere, og at de har flere uhelbredelig syke pasienter som mottar palliasjon i eget hjem. Særlig gjelder dette kreftpasienter. Lederne ser for øvrig at det kan oppstå en kapasitetsutfordring hvis det blir for mange pasienter med særlig stort pleiebehov som ønsker å bli boende hjemme. Lederne oppgir at nybygde omsorgsboliger i kommunen har ført til mindre press på institusjonene. Fra tidligere å ha overbelegg på institusjonene, har kommunen de siste to–tre årene unngått dette. En leder stiller seg for øvrig noe skeptisk til å nedskalere antallet institusjonsplasser i kommunen. Dette begrunnes med at det er flere ressurskrevende pasienter som blir skrevet ut fra sykehuset enn tidligere, og at plass på institusjon er den eneste løsningen for flere av dem. Det erkjennes at kommunen må ha en bedre beredskap for å kunne håndtere mer krevende pasienter, og byggingen av ny korttidsrehabiliteringsavdeling skal ta hensyn til mer moderne behandlingsformer.

Nord-Aurdal hadde en hjemmebasert omsorgsprofil også før samhandlingsreformen trådte i kraft. På intervju tidspunktet var kommunen inne i store organisatoriske

endringer. Vi fikk opplyst at i løpet av de neste to årene ville kommunen avvikle langtidsopphold i sykehjem. Til erstatning for dette skal en etablere et «helsetun», der den intermediære avdelingen er tenkt å spille en sentral rolle i det øverste nivået i kommunens omsorgstrapp. Kommunen ser på tjenestebildet som en helhet, og de er opptatt av å tenke mer forebygging og brukermedvirkning. Brukerne skal både være delaktige og selv bestemme hvor lenge de ønsker å bo i eget hjem.

En kan ikke bare pøse ressurser inn der (nederst i trappen, forfatters anmerkning) og så ikke ha noe igjen lenger oppe i omsorgstrappen. Vi skal ha et tilbud til alle. Enten de har behov for fallforebyggende tiltak hjemme, eller behov for komplisert medisinsk hjelp. Vi er blitt veldig bevisste på å starte med lavterskeltjenester, eksempelvis forebyggende: Det å sette inn hjemmehjelp for å vaske gulv når en begynner å få problemer med balansen. Det er direkte fallforebyggende og kan bidra til at folk kan bruke ressursene sine til å ivareta andre og mer personlige ting. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

Det oppgis at et av suksesskriteriene for å ha lykkes godt med samhandlingsreformen i kommunen, er at de over flere år har gradert både tjenestene og boligtilbudet:

Noen boliger er for mer selvgående folk som klarer å finne mer av sitt potensial når de kommer inn i et fellesskap med andre under samme tak. Disse kan delta på fellesaktiviteter og felles måltider. (...) Noen boliger har det slik at hjemmetjenesten rullerer innom – den ambulerende tjenesten – mens andre boliger har mer fast bemanning. Det blir viktig å se på nå som institusjonstjenestene bygges ned – at en samkjører det. Intermediæravdelingen skal driftes regionalt (IKS-samarbeid, forfatters anmerkning). (Leder, Nord-Aurdal kommune)

En leder i kommunen mener at de har kartlagt mye i forbindelse med demensproblematikk, slik som ernæring og funksjonsnivå, og mener at korttidsavdelingen har vært helt essensiell for å få til den gode dynamikken en opplever å ha. Mens en annen leder i samme kommune er spent på kapasiteten i institusjonsomsorgen og påpeker at alderssammensetningen i kommunen endrer seg, og at de opplever et økende antall eldre og demente:

Opplever stadig at folk blir tatt vare på hjemme så lenge at når de først tar kontakt med helsevesenet, så er demensen veldig langtkommen. Vi er overrasket over hvor mange som blir tatt vare på hjemme. Det vi er spente på, er hvordan dette vil bli fremover med økende antall demente som trenger stor grad av pleie, og som sannsynligvis ikke vil greie seg i en omsorgsbolig: Om kommunen kommer til å opprettholde skjermede og forsterkede plasser i tilstrekkelig grad. Ellers er tanken god. (Leder, Nord-Aurdal kommune)

En av virksomhetslederne i kommunen mener at de muligens har et for dårlig utbygd lavterskeltilbud, men at det jobbes med å opprette flere dagplasser. Lederen er overbevist om at et dagsenter med gode lavterskeltilbud vil bidra til at folk kan bo enda lenger hjemme enn i dag. Slike dagsenter bidrar til at en fanger brukere opp, slik at en får satt inn hjelpemidler og bygget om deres privatbolig der det er behov for dette. Lederen mener at en har blitt flinkere til å avdekke reelle behov hos brukerne, og at det har bidratt til god bruk av omsorgstrappen.

Namsos har få institusjoner og mange eldre og yngre som får hjemmetjenester. De oppgir å ha en differensiert bruk av kommunens sykehjem. Sykehjemmet har avdelinger for rehabilitering/avlastning, kort- og langtidsopphold, demente, alderspsykiatri og en plass som brukes til palliative formål. Dette oppgir de intervjuede er en faglig styrke, fordi brukere med ulike behov blir sendt til den avdelingen som kan gi dem det beste tilbudet med tanke på deres behov. De intervjuede mener i all hovedsak at omsorgstrappen er både velfungerende og riktig dimensjonert, men en leder påpeker at det er litt for få korttids- og rehabiliteringsplasser, og at dette tidvis bidrar til en opphoping på kommunens bo- og servicesenter. Det oppgis videre at:

Mange eldre får hjemmetjenester for å forebygge press på institusjoner. Mange eldre tildeles hjemmetjenester for slik å skape trygghet i hjemmesituasjonen, og mange eldre tildeles hjemmetjenester fordi pårørende forventer det. (Leder, Namsos kommune)

Jevnaker oppgir at ett av deres hovedmål er at befolkningen i kommunen skal være trygg på raskt å få hjelp når behov oppstår. Ledere på flere nivåer oppgir at de har lykkes med å skape denne tryggheten hos befolkningen, og de opplever at etterspørselen etter hjelp lenger opp i omsorgstrappen har avtatt de senere årene. En leder påpeker at når innbyggerne erfarte at de fikk hjelp ved behov, så opplevde kommunen å ha ledige sykehjemsplasser. Tiltakene som settes i verk oppgis å være målrettede og at enhver tildelt tjeneste er faglig begrunnet ut fra helsemessige eller omsorgsrelevante mål. Disse målene blir realisert gjennom særlig to hovedtiltak: korttidsavdelingen og tilrettelagte tjenester i hjemmet, inkludert forebyggende helsetjenester. Jevnakers tildelingsenhet oppfattes som viktig for kommunens hjemmetjenesteorientering. Denne orienteringen forstås ikke som at mange tildeles hjemmetjenester – relativt sett er det få både eldre og yngre som tildeles hjemmetjenester – men at det tildeles tjenester på et slikt nivå at den hjelpetrengende skal kunne utføre hverdagsoppgavene selv, eventuelt at den hjelpetrengende får tilpasset hjelp for fortsatt å kunne bo trygt hjemme.

Lederne i Hurum kommune mener de har stor sirkulasjon på sine korttidsplasser, men de mener også at antallet korttidsplasser må økes fordi brukerne bor lenger hjemme. Dette mener flere fører til en unødvendig stor belastning for de pårørende. Samhandlingsreformen har bidratt til det økte behovet for korttidsplasser, men også til behovet for flere langtidsplasser. Lederne mener at kommunen har en høy terskel for

tildeling av langtidsplass, men de mener samtidig at det også speiler folks ønske om å bo i eget hjem lengst mulig. Klager på tjenestene oppgis å ikke komme på tildelingen av langtidsplasser, men på omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse. Dette kan sies å være et uttrykk for pårørendebelastning. Lien (2015) fant i en undersøkelse om pårørende med omsorgsansvar og som er i et arbeidsforhold, at de har måttet ta fri fra arbeidet på grunn av omsorgsforpliktelser. Av de respondentene som oppga å ha et omsorgsansvar, svarte 11 prosent at de hadde hatt legemeldt fravær på grunn av dette ansvaret, 19 prosent hadde benyttet egenmeldingsdager, mens 7 prosent oppga å ha skoftet arbeidet for å utføre omsorgsoppgaver. Det illustrerer at mangel på hjelp fra kommunale omsorgstjenester kan få konsekvenser både for den enkelte arbeidstaker og for deres arbeidsgivere.

Sola kommune har hatt en institusjonsorientert profil. Dette mener enkelte ledere at politikerne i kommunen har bidratt til. Lederne oppgir samtidig at de tidvis mener å se en holdningsendring hos politikerne. Utfordringen oppgis å være at det er politikere som lover flere sykehjemsplasser som vinner valget i kommunen. Sola ser dermed ut til å være en kommune hvor både politikere og innbyggere ønsker en institusjonsorientert helse- og omsorgstjeneste, til tross for at kommunen ikke har økonomi til å opprettholde en slik profil. Samtidig oppgir kommunen at det har vært en stor endring i kommunens hjemmetjenester ved at en i mye større grad enn tidligere tilbyr palliativ behandling i hjemmet, selv om de fremdeles mener at de har et forbedringspotensial. Det oppgis at palliativt team i kommunen fremdeles ønsker pasientene til seg, framfor at de skal reise til pasientenes hjem.

Forebygging

I Nittedal kommune er en opptatt av forebyggende tjenester, og flere av de intervjuede mener forebygging bidrar til å hindre press på tiltak lenger oppe i omsorgstrappen. Det er relativt få eldre og yngre som mottar hjemmetjenester i kommunen, og de intervjuede forklarer dette med følgende satsinger: De siste årene har de styrket den forebyggende enheten med åtte–ni årsverk. Lederne oppgir at dette er medarbeidere med kompetanse for å vurdere behov for tiltak. Mange av tiltakene oppgis å være gruppebaserte, hvilket bidrar til at en når flere brukere enn kun ved bruk av individuelle tiltak. Disse tiltakene tildeles i hovedsak uten vedtak og blir følgelig ikke registrert statistisk som tildelte hjemmetjenester. Lederne oppgir at forebyggende tjenester settes raskt inn, og det påpekes at dette er viktig fordi det skaper trygghet hos både brukere og deres pårørende. Lederne oppgir dessuten at de særskilt følger opp eldre med plutselig funksjonsfall. I den forbindelse har kommunen tilsatt en (sykehjems)lege i 25 prosent stilling. Denne legen skal, i samarbeid med fastleger og hjemmetjeneste, bidra til å identifisere personer med raskt fallende funksjonsevne, for å skreddersy tiltak på et tidlig tidspunkt.

Innbyggere som sliter psykisk i Nittedal kommune har alle tilbud om inntil fem samtaler med en fagperson, og det ligger som en forutsetning at organisasjonen skal ha, og har kapasitet til raskt og umiddelbart å møte alle som ber om slike samtaler. Heller ikke denne typen forebyggende tilbud blir registrert som tildelte hjemmetjenester. Hjemmetjenestene oppgis å være Nittedals viktigste satsing, men satsingen skal være målrettet og forebyggende. Kommunens satsing på hjemmetjenester synliggjøres ikke nødvendigvis i tall og statistikker, og de intervjuede påpeker to årsaker til dette: De har trening/fysioterapi for eldre og sosiale aktiviteter på eldresenter. Det vil si at andre satsinger i kommunen bidrar til at behovet for hjemmetjenester blir mindre. En leder oppgir at kommunen har en generelt god folkehelseprofil og at de har en homogen befolknings sammensetning. Samtidig understreker alle de intervjuede lederne og politikerne at forutsetningen for å unngå press på døgn tjenestene høyt oppe i omsorgstrappen, er at det settes inn forebyggende og trygghetsskapende tiltak i hjemmetjenestene. Det vises for øvrig til at det er mange brukere og/eller deres pårørende som ønsker bolig med heldøgns omsorg, og at mangel på slike boligtilbud bidrar til bruk av institusjonsplasser.

5.15 Oppsummering

I dette kapitlet plasserte vi innledningsvis casekommunene inn i våre typologier. Casekommunene er spredt på et nokså stort antall av disse typologiene. Uavhengig av den faktiske plasseringen, virker det som om kommunene nokså entydig ønsker en utvikling i retning av god tilgang til korttidsplasser og større bruk av hjemmebaserte tjenester. Begrunnelsen for dette er en kombinasjon av økonomiske hensyn og ønsker om å legge til rette for brukernes preferanser om tjenester i hjemmet. Selv Nord-Fron, som er den eneste av casekommunene som havner i vår typologi 1, institusjonsorientert, beskriver en utvikling i retning av mer hjemmebaserte tjenester, og de mener selv at det er feil å kategorisere dem som institusjonsorientert.

I dette kapitlet har vi presentert hva politikere, ledere og tillitsvalgte oppfatter som god kvalitet, og hvordan de arbeider for å oppnå god kvalitet og effektivitet i tjenestene. Det er særlig refleksjoner rundt struktur- og prosesskvalitet som danner grunnlaget for funnene i dette kapitlet. Hva som bidrar til god kvalitet og effektivitet, er svært sammensatt, og kommunene arbeider på ulike måter for å oppnå dette. Generelt ser det ut til at kvalitet forstås slik at innbyggerne blir tilbudt *likeverdige* tjenester, til forskjell fra *like* tjenester. Det kan sies å være et uttrykk for individuelt tilpassede tjenester. Generelt ser det også ut til at effektivitet forbindes med god bruk av de ulike tjenestetilbudene i omsorgstrappen. Men enkelte av casekommunene framstår som å være seg mer bevisst en effektiv bruk av trappen enn andre. Effektiv bruk av omsorgstrappen innebærer at brukerne mottar tilstrekkelig med tjenester – verken for mye eller for lite – til riktig tid.

Typisk innebærer det gjerne bruk av ulike lavterskeltilbud før en tilbyr tjenester høyere opp i omsorgstrappen, og hvor en plass på institusjon som regel utgjør det øverste og mest intensive og kostnadskrevene pleietilbudet. Kvalitet knyttes på denne måten både til effektivitet og til økonomiske forhold.

Dette kapitlet har vist at våre informanter i stor grad knytter kvalitet og effektivitet til fem hovedpunkter/dimensjoner: riktig dimensjonering av tjenestene, effektiv organisering av tjenestene, brukermedvirkning, ledelse og samhandling internt og med eksterne aktører. God kvalitet og effektive tjenester ser i stor grad ut til å henge sammen med en hensiktsmessig sammensetning eller dimensjonering av tjenester og med sømløse overganger fra ett tjenestebehov til et annet. Et viktig prinsipp for om tjeneste- eller omsorgstrappen fungerer godt, er at omfanget av tjenester til enhver tid tilpasses den enkelte brukers skiftende behov. For å lykkes med dette ser det ut til at kommunene blant annet må ha en velutbygd omsorgstrapp, bestående av en kombinasjon av velfungerende hjemmetjenester, tilstrekkelig antall korttidsplasser og omsorgsboliger (med og uten heldøgnsomsorg) og tilstrekkelig antall langtidsplasser i institusjon. Korttidsavdelingen framstår som navet i en effektiv bruk av omsorgstrappen. Hvis en oppnår god sirkulasjon i korttidsavdelingen, det vil si unngår opphopning av brukere, ser dette ut til å være et viktig suksesskriterium for en kvalitativ god og ikke minst en effektiv tjeneste. For å oppnå høy sirkulasjon er en på den ene siden avhengig av en hjemmebasert omsorg som har kapasitet og kompetanse til å ta imot brukere som er vedtatt tilbakeført til hjemmet/omsorgsbolig, og på den andre siden et tilstrekkelig antall sykehjemsplasser for brukere som har fått vedtak om slik plass. Der effektiviteten oppgis å være dårlig, ser det særlig ut til å være knyttet til et for lavt antall korttidsplasser. Dette bidrar til lav sirkulasjon av disse plassene.

Det er mange ulike måter kommunene kan organisere sine tjenester på for å oppnå kvalitativt gode og effektive tjenester. Flere av casekommunene har opprettet et tildelingskontor. Begrunnelsen for å opprette et slikt kontor er gjerne økt kompleksitet i brukergruppen og behovet for mer likeverdige og individuelt tilpassede tjenester. Tildelingskontorene er tverrfaglig sammensatt, og dette mener casekommunene bidrar til en mer profesjonell saksbehandling og bedre begrunnede vedtak. Å samle dette arbeidet i et eget kontor har også bidratt til mer koordinerte og samordnede tjenester. Den økte profesjonaliseringen av dette arbeidet har ført til mer likeartede tjenester på rett nivå og til rett tid. Med større og mer helhetlig oversikt over tjenestene, øker sannsynligheten for bedre styring og allokering av ressursene. At et sentralt organ i kommunen har ansvaret for tildeling av tjenester, letter også presset enkeltansatte kan oppleve fra brukere og pårørende om tildeling av tjenester.

Styringsutfordringer oppgis å øke med flat organisasjonsstruktur og mange selvstyrte resultatenheter. Denne måten å organisere tjenestene på oppgis også å være lite gunstig med tanke på samhandling og helhetlig og koordinert innsats rundt brukerne. Organisering i mange små enheter kan dessuten gjøre tjenesten dyrere.

Det er i møtet mellom tjenesteutøver og bruker kvaliteten på tjenesten blir særlig tydelig, og det er mange ulike måter casekommunene forsøker å sikre god prosess- og resultat kvalitet på. På virksomhetsnivå viser funnene i dette kapitlet at det kan dreie seg om å utarbeide velfungerende avvikssystem, hvor avvik brukes for læring og forbedring av tjenestene, at en har tydelig oppgave- og ansvarsfordeling i avdelingen, et tydelig etikkfokus og gode rutinebeskrivelser, handlingsplaner, god internkontroll og jevnlig tilsyn. Endringer i måltidsordningen på sykehjem er et organisatorisk grep som særlig handler om resultat kvalitet, og som et par av kommunene nevner. Fra enkelt sagt å organisere måltidene rundt hva som passer driften best, har måltidsordningen blitt endret slik at brukerne får bestemme når de vil spise. Endringen har ikke bare vært til gode for brukerne, men ansatte oppgir også å ha fått roligere arbeidshverdager. Andre måter å sikre resultat kvaliteten på oppgis å være gode og gjennomtenkte individuelle planer. Eksempler på viktige indikatorer i slike planer er klare rutiner for når sårskift skal gjennomføres, hvordan liggesår skal behandles, hvor ofte bruker skal opp å gå, overholdelse av ernæringsplaner, oversikt over medisiner og oppmerksomhet rundt smertelindring.

Casekommunene benytter brukerundersøkelser eller pårørendeundersøkelser. Verdien av slike undersøkelser vil variere. Noen av casekommunene bruker disse aktivt i sitt arbeid for kontinuerlig å forbedre sine tjenester. Dette må en kunne hevde er en viktig forutsetning hvis brukerundersøkelser faktisk skal kunne bidra til bedret resultat kvalitet. Tar en funnene kun til etterretning, vil brukerundersøkelser i seg selv ha liten verdi eller betydning for resultat kvaliteten.

Det er vanskelig å skille ledelse fra organisatoriske forhold, men de intervjuede i casekommunene er samstemte i at god ledelse er viktig for å skape kvalitativt gode tjenester. Ledere spiller en viktig rolle fordi de kan bidra til å gi retning for arbeidet, sikre effektiv organisering og gode rammer for de ansattes arbeid. Ledere oppgis å være viktige for å skape gode rutiner, og ledes forventninger til faglighet i de ansattes arbeid oppgis som viktig for god kvalitet på de tjenestene som tilbys. Ledere kan dessuten legge til rette for kompetanseheving hos de ansatte – noe som kan ha direkte effekt på kvalitet.

Gjennom våre intervjuer har vi observert til dels store forskjeller mellom kommunene i deres samarbeid med primærhelsetjenestene (fastlegene), men også internt i kommunen. I enkelte kommuner oppgir de å ha et svært godt samarbeid, som resulterer i bedre og mer sømløse tjenester rundt brukerne. Det handler om at fastlege og den kommunale tjenesten har en god dialog rundt hver enkelt pasient, legene konfererer med tjenestene før sykehusinnleggelse for å finne alternativer, og de foretar hjemmebesøk hos sine pasienter. Andre kommuner forteller om svært godt samarbeid med enkeltleger i kommunen. Vi har ikke nok informasjon til å konkludere at ulikheter i samarbeid er knyttet til strukturelle forhold, medisinske vurderinger og/eller holdninger hos enkelte fastleger.

Samarbeidet med spesialisttjenestene oppgis av enkelte informanter å være svært godt. Det knyttes til at kommunen har gode kompetansemiljøer, at de er effektive i sin saksbehandling og at de samarbeider godt om innskrivning og utskrivning av pasienter, at de har kort ventetid, at de har godt utbygde hjemmetjenester som er i stand til å ta pasientene raskt tilbake etter en sykehusinnleggelse.

Kommunene peker altså på en rekke forhold som knytter an til KOSTRAs og Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer. I tillegg gir intervjuene grunnlag for å peke på behovet for å utvikle indikatorer som kan si noe om kvaliteten på ernæring, medisinsk behandling og fysisk/sosial aktivitet. Det siste forholdet er kanskje det vanskeligste å måle.

5.16 Vedleggstabeller

Tabell V5.1 Ni casekommuner. Skåre i rate for Hjemmebaserte 80 år+, Institusjon 80 år+ og skåre i rate Hjemmebaserte+Institusjon 67 år+, 2012.

	Skåre rate hjemmebaserte 80 år+, institusjon 80 år+ og skåre i rate hjemmebasert+institusjon 67 år+, 2012, Faktiske rater		
	Hjemmebasert 80 år+ (a)	Institusjon 80 år+ (b)	Hjemme+ Institusjon 67 år+ (c)
0233 Nittedal	29,45	14,18	16,40
0516 Nord-Fron	36,98	20,26	24,61
0532 Jevnaker	27,56	11,86	17,18
0542 Nord-Aurdal	26,84	9,60	18,18
0628 Hurum	38,17	6,36	17,72
1124 Sola	27,90	14,94	16,94
1243 Os	38,62	6,72	18,19
1531 Sula	39,12	4,17	23,59
1703 Namsos	51,42	9,62	28,93
Gjennomsnitt landet	36,27	15,66	24,19

Kilde: IPLOS 2012 (a), KOSTRA 2012 (b), IPLOS+ Spesialkjøring SSB, okt 2013 (c)/ Brelanta, oktober 2013.

Tabell V5.2 Ni casekommuner. Skåre i rate for hjemmebaserte tjenester 0-66 år, hjemmebaserte tjenester 0-66 år med omfattende bistandsbehov og skåre i rate hjemmebaserte 67 år+ med omfattende bistandsbehov, 2012.

	Skåre rate hjemmebaserte 0-6 år rater hjemmebaserte 0-66 år med omfattende bistandsbehov og rater hjemmebaserte 67 år+ med omfattende bistandsbehov. 2012, plassering i desiler		
	Hjemmebasert 0-66 år (d)	Hjemmebaserte omfattende 0-66 år (e)	Hjemmebaserte 67 år+, omfattende (f)
0233 Nittedal	1,08	0,25	1,07
0516 Nord-Fron	1,42	0,21	0,37
0532 Jevnaker	2,49	0,37	1,20
0542 Nord-Aurdal	1,36	0,80	3,00
0628 Hurum	1,89	0,47	4,12
1124 Sola	0,89	0,19	0,89
1243 Os	1,36	0,38	3,92
1531 Sula	1,72	0,40	3,58
1703 Namsos	2,38	0,23	2,33
Gjennomsnitt landet	2,04	0,438	2,50

Kilde: KOSTRA 2012 / Brelanta, oktober 2013.

Tabell V5.3 Rate Brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+(1), rater Beboere i institusjon 80 år+ (2), rater Institusjon + hjemmebaserte 67 år+ (3) samt rater Brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov (4). Rater per 100 år 80 år (1,2) og per 67 år+ (3,4) Grenseverdier for ratenes skåre i desiler i 2012 (f. eks andel brukere 80 år+ per 100 innbygger 80 år+ i prosent). For disse målene, gjennomsnitt, median samt forhold i skåre mellom 1. og 10. desil. Brelanta, oktober 2013.

	Fire ulike rater for bruk av pleie- og omsorgstjenester blant personer 80 år+ og 67 år+			
	Hjemmebaserte 80 år+ (1)	Institusjon 80 år+ (2)	Hjemmebaserte + Institusjon 67 år+ (3)	Hjemmebaserte med omfattende bistandsbehov 67 år+ (4)
Antall kommuner	422	423	421	198
1. desil	17,35-28,71	1,54-9,64	6,79-18,19	0,60-1,10
2. desil	28,84-31,28	9,68-11,59	18,28-20,27	1,11-1,43
3. desil	31,29-32,58	11,62-12,78	20,31-21,39	1,44-1,64
4. desil	32,60-34,29	12,81-13,90	21,40-22,62	1,66-1,98
5. desil	34,33-35,92	13,92-14,93	22,67-23,84	2,01-2,29
6. desil	35,06-37,45	14,94-16,18	23,86-24,95	2,30-2,65 (2,646)
7. desil	37,50-39,20	16,20-17,36	25,00-26,34	2,65(2,653)-3,00
8. desil	39,21-41,42	17,56-19,40	26,46-28,10	3,02-3,32
9. desil	41,43-44,18	19,42-22,28	28,21-30,93	3,34-3,99
10. desil	44,93-54,20	22,30-39,39*	30,95-48,85	4,01-7,97
Gjennomsnitt	36,27	15,66	24,19	2,50
Median	35,89	14,88	23,81	2,29
Gj sn. 1. desil	26,53	7,15	16,50	0,85
Gj.sn. 10. desil	47,87	26,45	33,39	5,33
Forhold 1.: 10. desil	1:1,8	1:3,7	1:2,0	1:6,3

* Modalen kommune skårer her 64,29 og er holdt utenfor beregningen av gjennomsnitt for rate i 10. desil i institusjon, hvor gjennomsnitt i 10. desil er 26,45.

Kilder: KOSTRA (2,4) og IPLOS (1,3) Spesialkjøring SSB (3), SSB 2013

Tabell V5.4 Rate Brukere av hjemmebaserte tjenester 0-66 år (5), rater Brukere av hjemmebaserte tjenester 0-66 år med omfattende bistandsbehov (6). Rater Tilgjengelighet til korttidsplasser 80 år+ (7) Rater tilgjengelighet til korttidsplasser 50-66 år (8). Grenseverdier for ratenes skåre i desiler i 2012 (f. eks andel brukere 0-66 år per 100 innbygger 0-66 år i prosent) for disse målene, gjennomsnitt, median og samt forhold i skåre mellom 1. og 10. desil. Brelanta, oktober 2013.

	Hjemmebaserte 0-66 år (5)	Hjemmebaserte med omfattende bistandsbehov 0-66 år (6)
Antall kommuner	422	198
1. desil	0,39-1,08	0,144-0,256
2. desil	1,08-1,28	0,263-0,307
3. desil	1,29-1,45	0,312-0,341
4. desil	1,46-1,66	0,343-0,384
5. desil	1,67-1,84	0,389-0,424
6. desil	1,84-2,00	0,426-0,458
7. desil	2,01-2,224	0,463-0,494
8. desil	2,25-2,65	0,497-0,533
9. desil	2,67-3,24	0,537-0,631
10. desil	3,26-6,11	0,631,1,347
Gjennomsnitt	2,04	0,438
Median	1,84	0,423
Gj sn. 1. desil	0,86	0,210
Gj.sn. 10. desil	4,17	0,801
Forhold 1.: 10. desil	1:4,8	1:3,8

Kilde: KOSTRA, SSB, 2013

6 Kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene

Del I Mangfold og variasjoner

6.1 Begrensninger og begrunnelser

Ved presentasjon av IPLOS-data i KOSTRA følger SSB den regel at når det er fire eller færre individer som skårer i en verdi/celle i de ulike målene for brukere og bruk av pleie- og omsorgstjenester, oppgis ikke verdien, det vil si den blir «prikket». Det er rimeligvis særlig i små kommuner med relativt få brukere hvor det av den grunn oftest mangler opplysninger om brukerne. På det tidspunktet vi gjennomførte analysene av kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene, hadde vi ikke datagrunnlag for å inkludere de minste kommunene i våre analyser⁴⁹.

I 2010 var det 96 kommuner med under 2000 innbyggere, med til sammen vel 95 000 innbyggere, noe som utgjorde 2,4 prosent av landets befolkning det året. Vi utelater således 96 kommuner fra vårt materiale. Når vi setter grensen ved 2000 innbyggere+, reduseres problemet med prikking. Vi har tidligere gjort rede for dette og drøftet egenskaper ved de kommunene som utelates, jfr. Brevik og Nygård (2013, kapittel 3.1).

Selv om andelen av folkemengden er svært liten i disse kommunene, utgjør de en betydelig andel av antall kommuner i Norge. Vi nevner at dette oftest er kommuner med relativt mange eldre i institusjon. Det er med andre ord gjerne svært institusjonsorienterte kommuner som velges bort. Dette er for øvrig et av de mer tydelige mønstre i kommunenes mangfoldige innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Det kommer vi tilbake til ved gjennomgangen av de ulike typologiene for innretning av omsorgstjenestene i Norge.

Til slutt peker vi på at: «Det faktum at kommuner med få innbyggere har en stor andel av sine eldre innbyggere i institusjon, tror vi er en effekt av få innbyggere og i

⁴⁹ IPLOS-data om brukere og bruk av de hjemmebaserte tjenestene for året 2013 og som var uprikket, dvs. som var *fullstendige*, fikk vi tilgang til etter en rekke søknader og vurderinger fram og tilbake, først i februar 2015. Det etter å ha startet prosessen i 2012.

liten grad en effekt av ideologi eller faglig begrunnede strategier.... En viktig årsak til at bruken av institusjoner er større i svært små enn i større kommuner, er altså at små kommuner ut fra driftshensyn må bygge et sykehjem som har et visst antall plasser» (Brevik & Nygård 2013:35). Vi viser til nevnte rapport for beskrivelse av egenskaper ved de utelatte småkommunene.

Begrunnelse for å benytte kvintiler og desiler ved gruppering av kommuner

Det kommunale mangfoldet kan beskrives gjennom ulike tilnærminger, jfr. vår gjennomgang av ulike tilnærminger i tilknytning til operasjonalisering av dette i ulike studier i kapittel 3.1. Vi vil i stor grad analysere og beskrive dette mangfoldet i innretningen av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene ved andeler i bruk etter ulike mål, gruppert ved inndeling i kvintiler og desiler.

Spredningen beskrives ved å gruppere kommunenes skåre i de ulike målene for bruk av pleie- og omsorgstjenestene i kvintiler og desiler ved gjennomsnittsverdiene for hvert enkelt kvintil og desil. Ved å nytte desiler for gruppering av kommuner, inndeles kommunene i ti like store grupper og ved kvintiler i fem like store grupper, etter hvordan de slik skårer i de ulike målene (variablene) som vi her nytter, jfr. tabell 6.1. Her er gjengitt gjennomsnittsverdiene for 1. og 5. kvintil og for 1. og 10. desil.

Vi grupperer skårene for alle de åtte målene som vi i det følgende nytter til å beskrive mangfoldet i kommunenes innretning av omsorgstjenestene på denne måten.

Vår oppgave her er å beskrive det kommunale mangfoldet for å finne ut om det er mulig å identifisere typiske innretninger (typologier) av omsorgstjenestene. Når en kommune er plassert i et gitt kvintil etter to eller flere mål for bruk av omsorgstjenester, gjør vi samtidig rede for kommunens innretning, det vil si hvordan tjenestene faktisk er utbygd. Og dette sett i relasjon til øvrige kommuner, samtidig som vi også kan tallfeste verdiene i målene for de ulike innretningene. Det er en viktig grunn til at vi har valgt denne tilnærmingen.

For det andre er det kommunenes egen faktiske praksis som avgjør hvordan vi må beskrive en kommunes innretning av tjenestene og hvor vi må plassere denne i forhold til andre kommuner. Når en kommunes institusjonstjeneste (rate for andel beboere 80 år+ i institusjon) for eksempel befinner seg i 5. kvintil, betyr det at denne kommunen tilhører den undergruppen på 20 prosent av kommunene som har innrettet seg med en høy andel eldre i institusjon. Det er således ikke vi – eller andre – som normativt definerer innretning eller grenser for når en kommune tilhører en bestemt innretning.

Når typologiene for kommunenes innretning av omsorgstjenestene er bestemt, har vi behov for å relativisere kommunenes ulike innretninger, ved for eksempel å beskrive innretningen gjennom begreper som «mange, mye, mest» eller «få, lite eller minst».

Men ved at slike omtrentlige betegnelser samtidig refererer til et bestemt kvintil/desil, får de et presist innhold.

6.2 Åtte ulike mål for tjenesteinnretning

I kapittel tre har vi gjort rede for og drøftet en rekke mål for kommunenes ulike innretninger av pleie- og omsorgstjenestene. Allerede i kapittel tre ble det klart at den lokale variasjonen er så stor at det gir liten mening å beskrive norsk omsorgstjeneste ved å gjengi nasjonale gjennomsnitt for ulike delmål for innretning av pleie- og omsorgstjenestene. I dette kapitlet presenterer vi denne variasjonen i større detalj, og drøfter mulige årsaker til de ulike innretningene som er valgt. Først presenteres spredningen i de åtte sentrale målene for innretning av tjenestene⁵⁰.

Tabell 6.1 Kommunal variasjon i innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Gjennomsnittlig skåre i kvintiler og desiler. 2010. Alle resultater er oppgitt som andel per 100 innbyggere i prosent, bortsett fra brukere 0–66 år med omfattende bistandsbehov, som er oppgitt i promille.

Gruppering av kommunene	Brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+					Brukere 0–66 år		
	Rate institusjon (I) 80 år+	Rate hjemmebaserte tjenester (H) 80 år+	Rate I+H 67år +	Tilgjengelighet til korttids-plasser 80 år+	Samlet tilgjengelighet 80 år+	Omfattende bistandsbehov 67 år+	Rate hjemmebaserte tjenester 0-66 år	Rate omfattende bistandsbehov 0-66 år
Antall kommuner	333	333	333	333	333	176	333	176
- 1. kvintil	8,4	28,0	18,5	10,1	16,4	1,05	1,2	0,23
- 5. kvintil	20,6	45,7	31,1	64,4	84,2	4,69	3,6	0,67
Gjennomsnitt	14,4	36,3	24,6	32,7	42,3	2,50	2,2	0,42
- 1. desil	6,7	26,2	17,1	6,2	12,0	0,84	1,0	0,20
- 10. desil	22,4	47,7	32,6	76,1	-	5,63	4,3	0,80
Forhold 1.:5. kvint	1:2,5	1:1,6	1:1,7	1:6,4	1:5,1	1:6,5	1:3,0	1:2,9
Forhold 1.:10. des.	1:3,3	1:1,8	1:1,9	1:12,3	-	1:6,7	1:4,3	1:4

Kilde: SSB, KOSTRA.

⁵⁰ Dette hovedavsnittet tar i noen grad utgangspunkt i hva vi allerede har skrevet om dette i tilknytning til dette prosjektet, i Brevik og Nygård 2013, kap. 3.2.

En av konklusjonene er også at variasjonene er så store at det gir liten mening å beskrive norsk omsorgstjeneste ved å gjengi nasjonale gjennomsnitt for ulike delmål for innretning av pleie- og omsorgstjenestene.

I tabell 6.1 gjengir vi gjennomsnittsverdiene for 1. og 5. kvintil og for 1. og 10. desil for åtte ulike mål for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene.

Våre data er basert på 333 kommuner med mer enn 2000 innbyggere i 2010.⁵¹ Men målene for andelen brukere med omfattende bistandsbehov (intensitet) for brukere av hjemmebaserte tjenester under og over 67 år, er basert på data fra KOSTRA i 176 kommuner. De øvrige er falt ut på grunn av manglende opplysninger som skyldes «prikking» av data i henhold til reglene i SSB, jfr. avsnitt 6.1.

Institusjonsorientering

Vi måler grad av institusjonsorientering i kommunene ved å beregne antall beboere 80 år+ i institusjon sin andel (prosent) av befolkningen 80 år+, det vil si ved bruksraten, jfr. kapittel 3.1.

For de 333 kommunene samlet, bodde i gjennomsnitt 14,4 prosent av befolkningen 80 år+ i institusjon i 2010, jfr. tabell 6.1.

Det er her imidlertid stor variasjon mellom kommunene. I den femdelen kommuner med lav bruk av institusjoner (kommuner i 1. kvintil), bodde 8,4 prosent av befolkningen 80 år+ i institusjon i 2010. I den femdelen kommuner som i størst grad nytter institusjoner (kommuner i 5. kvintil), var i gjennomsnitt 20,6 prosent av befolkningen 80 år+ i institusjon, jfr. tabell 6.1. Forholdstallet institusjonsrate mellom kommuner i 1. og 5 kvintil er med andre ord som 1:2,5. Spredningen er så stor at gjennomsnittstallet (14,4 pst) gir et nokså misvisende bilde av kommunenes institusjonsorientering.

Spredningen blir rimeligvis større når vi deler kommunene opp i desiler. Forholdstallet mellom første og tiende desil er her 1:3,3, jfr. tabell 6.1. I den tidelen kommuner som er minst institusjonsorientert, bor en av 15 av befolkningen 80 år+ i institusjon (6,7 pst), mot en av fem (22,7 pst) i den tidelen av kommuner hvor flest eldre bor i institusjon.

Når en femdel representerer i alt 66 kommuner med 2000 innbyggere+, betyr det en svært stor spredning i graden av institusjonsorientering, desto mer som vi vet at de kommunene som er utelatt (96 kommuner), jevnt over har svært høy institusjonsbruk – jfr. kapittel 6.1. Og disse faktiske forholdene setter etter vår vurdering det generelle

⁵¹ I tabell V3.1 i vedlegg til kap. 3, er det for hovedtjenestene institusjonsomsorg og bruk av hjemmebaserte tjenester gjengitt rater for 2012 baserte på 421–423 kommuner. Når vi sammenlikner resultatene fra 2010 basert på 333 kommuner med resultatene fra 2012, er ulikhetene i gjennomsnittsskårene i de oppgitte kvintiler og desiler marginale. Stabiliteten av innretningen av omsorgstjenestene er i de fleste kommuner stor over ganske lange tidsperioder, noe som skyldes at vesentlige endringer av tilbudet i liten grad skjer fra år til annet.

kontinuerlige politiker-politiske kravet om stadig flere sykehjemsplasser i et nokså underlig lys, når en – som her – bringer inn de store variasjonene mellom kommunene, det vil si de faktiske realitetene.

Selv om det på nasjonalt nivå er mulig å finne enkelte hovedmønstre i bildet i det kommunale mangfoldet i innretningen av omsorgstjenestene, vil vi alltid kunne identifisere undergrupper av kommuner som gjør det stikk motsatte av slike mønstre.

Samtidig må vi nevne at for eksempel omsorgsboliger med heldøgns bemanning eller tidligere sykehjem som er omhjemlet til omsorgsboliger – og som alle driver med fast tilknyttet personell på døgnbasis – i stor grad vil ivareta samme medisinske funksjoner som sykehjem gjør i andre kommuner. Noen sider ved det kommunale mangfoldet som vi beskriver gjennom bruk av rater, kan av slike grunner imidlertid framstå som overdrevet stort, fordi samme funksjoner blir registrert som ulik innretning. Således er alle tjenester i heldøgns bemannede omsorgsboliger registrert som hjemmebaserte tjenester i det KOSTRA-datamaterialet som vi benytter her.

Samlet tilgjengelighet

Om dynamisk mål for bruk av sykehjem

Vi vil her anføre noen generelle betraktninger og resonnementer knyttet til den betydningen sirkulasjon/antall utskrivninger fra sykehjem har for tilgjengelighet til sykehjem og utbyggingen av de alternative tjenestene som forutsetning for dette⁵².

Vi ønsker å dreie søkelyset bort fra det statiske og misvisende målet som rate for antall sykehjemsplasser per eldre 80 år+ gir. I stedet vil vi rette oppmerksomheten mot et dynamisk og reelt mål, det vil si faktisk tilgjengelighet, det vil si det antall plasser som til enhver tid (eller i løpet av året) faktisk er tilgjengelig for eldrebefolkningen.

Sykehjemsdekningen har kontinuerlig gått ned i Norge de 20 siste årene (Brevik 2011). Rikspolitikerne har imidlertid ofte fokusert på sykehjem. Og fortsatt står kravet om flere sykehjemsplasser politisk sterkt.

Det som fortsatt kjennetegner en god del norske kommuner, er at de har hatt en ensidig fokusering på sykehjem (Brevik & Nygård 2013), og fremdeles har mange en høy sykehjemsdekning, jfr. kapittel tre, tabell V3.1a. Et hovedproblem i mange kommuner har ofte vært mangelfulle hjemmebaserte tjenester⁵³ og få kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål, særlig med heldøgns tjenester. Det ble imidlertid bygget

⁵² Dette avsnittet er basert på et framlegg og drøfting av tilgjengelighet i et oppdragsnotat for Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (Brevik 2011).

⁵³ Mens det var 121 000 brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ i 1992 (Brevik 2010b), var det 107 659 slike brukere i 2013 (se tabell 3.1 i kap. 3): Da antall eldre og særlig eldre 80 år+ gradvis har blitt langt flere, har derfor dekningsgraden i de hjemmebaserte tjenestene til eldre blitt betydelig redusert i de senere årene.

en god del omsorgsboliger i regi av Handlingsplan for eldreomsorgen fram til 2006. Senere har det gått nokså tregt også på dette feltet.⁵⁴

Det siste har blant disse kommunene vært kraftig underkjent og ofte ikke forstått. Og siden svakt utbygde alternativer samlet munner ut i umiddelbart press på sykehjemmene, har det «naivt» vært ropt om flere slike plasser fordi en ikke helt ut har fattet sammenhengene.

Tid med funksjonstap og pleiebehov er en avgjørende størrelse

Den avgjørende størrelsen for behovet for bistand i all pleie- og omsorgssammenheng er lengden på den/de perioder med omfattende funksjonstap som en gitt eldrebefolkning går igjennom før død. Hvis omfanget og lengden av perioden med funksjonstap og pleiebehov som fordrer hjelp på sykehjemsnivå, samt at innretningen av selve sykehjemsdriften er konstant i en gitt eldrebefolkning i et gitt tidsrom, vil variasjon i det faktiske omfanget i bruk av sykehjem være betinget av hvor stor del av denne perioden en kan få hjelp og pleie i alternative kommunale tilbud og privat i eget hjem.

De alternative tilbudenes betydning er ikke at de i siste instans overflødiggjør opphold i sykehjem (men i en del tilfeller vil alternativene også gjøre det mulig), men i hvor lang tid en kan utsette eller redusere (f. eks. gjennom hyppig bruk av korttidsplasser) bruken av langtidsplasser i sykehjem. Tid med omsorg i sykehjem er stikkordet når det gjelder ressursbruk og hovedmålsettingen for norsk eldreomsorg de 30 siste årene: å gjøre det mulig å bo hjemme så lenge som mulig.

Oppholdstid/liggetid eller sirkulasjonens betydning for tilgjengelighet til sykehjem – et regneeksempel

Hvis alle sykehjemsplassene er belagt når det er behov for en innleggelse, er tilgjengeligheten lik null. Det funksjonelt sentrale ved drift av pleie- og omsorgstjenestene/sykehjem er tilgjengelighet, og ikke nødvendigvis antall slike plasser/dekningsgrad. Det til enhver tid å ha tilgjengelige plasser i sykehjem når det faglig sett er nødvendig (og ikke pga. mangler i alternative tjenester), er den sentrale og prekære størrelsen i enhver eldreomsorg.

Her vil vi gi et eksempel som demonstrerer betydningen av tilgjengelighet. Vi tar utgangspunkt i to tenkte kommuner, a og b, begge med stabilt 150 innbyggere 80 år+ og med 30 langtids sykehjemsplasser (dekningsgrad for institusjonsbruk=20 plasser per 100 80 år+).

⁵⁴ Mens det i 2006 var 8060 heldøgns omsorgsboliger, var antallet økt til 10 647 i 2010 og til 10 662 slike boliger 2014. På samme måte som det har kommet til få sykehjemsplasser, har det også i liten grad vært vekst i bruken av kommunale boliger til heldøgns pleie og omsorg til befolkningen 67 år+. Disse boligene er for øvrig antakelig svært ulikt fordelt mellom kommunene, jfr. de store variasjonene i andelen eldre med hjemmebaserte tjenester og omfattende bistandsbehov (se tabell 6.1).

Når en fast over tid disponerer et gitt antall plasser, er det bare gjennomstrømningen som regulerer tilgjengeligheten for den enkelte bosatte eldre. Hvis gjennomsnittlig oppholdstid i kommune a's langtidsplasser i sykehjem for eksempel er 3 år, vil faktisk antall tilgjengelige slike plasser være 10 av 30 plasser per år. I kommune b er imidlertid denne oppholdstiden 2 år, og 15 av 30 plasser vil være tilgjengelige per år. Den statistiske dekningsgraden i institusjon målt ved antall plasser per 100 innbyggere 80 år+ vil imidlertid være den samme i begge kommunene.

Med fortsatt oppholdstid på 3 år i kommune a, må en her øke antall plasser fra 30 til 45 for å ha den samme tilgjengeligheten som i kommune b. Dette illustrerer betydningen av gjennomstrømningen eller sirkulasjonen, og ikke bare plassantallets betydning for faktisk tilgjengelighet.

Hvis vi observerer at dekningsgraden avtar over tid – samtidig som oppholdstiden avtar like mye eller mer, betyr det at den faktiske tilgjengeligheten kan øke på tross av avtakende dekningsgrad. Når det er slik, vil dekningsgraden måtte framstå som et statistisk villedende mål, mens faktisk tilgjengelighet er det dynamiske målet som vil reflektere bruken av plassene, det vil si tar inn over seg drift.

Samlet tilgjengelighet til institusjon – svært store variasjoner

Vi måler samlet tilgjengelighet som antall institusjonsplasser – både korttids- og langtidsplasser – som i løpet av ett år blir ledige per 100 innbyggere 80 år og over.

Samlet tilgjengelighet til sykehjem var i 2010 (2006) i gjennomsnitt vel fem ganger større i de 20 prosent av kommunene med størst tilgjengelighet, enn i de 20 prosent av kommunene med lavest samlet tilgjengelighet på institusjonsplasser, med respektive 84 og 16 plasser som ble ledige (utskrivninger) i alt i løpet av året per 100 innbyggere 80 år+, jfr. tabell 6.1.

Selv om det er et visst samsvar mellom institusjonsorientering og tilgjengelighet, er unntakene så vesentlige at vi må konkludere med at bare kunnskap om institusjonsrater uten samtidig å bringe inn tilgjengeligheten, gjerne er mer tilslørende enn opplysende.

Om vi for eksempel tar for oss en kommune med 200 personer 80 år+ som er blant de 20 prosent av kommuner med størst tilgjengelighet, ville institusjonsplass her ha blitt ledig $(200 \cdot 84 / 100) = 168$ ganger i løpet av ett år per 100 innb. 80 år+). Men hvis antall utskrivninger hadde vært som i den femdelen av kommuner som i gjennomsnitt har lavest tilgjengelighet, ville denne kommunen ha ledig institusjonsplass 33 ganger $(200 \cdot 16,4 / 100 = 33)$ i løpet av ett år per 100 innbyggere 80 år+.

Dette eksemplet viser klart at det framfor alt er tilgjengeligheten og ikke statistisk antall plasser som bestemmer kapasiteten i institusjonsomsorgen, i den forstand å ha en plass ledig når det er behov for den.

Tilgjengelighet til korttidsplasser

Sirkulasjonen i sykehjemmenes korttidssenger er en nøkkelstørrelse

En nøkkelstørrelse for å forstå sykehjemmenes funksjon er grad av tilgjengelighet til sykehjemmenes korttidsplasser. De aller fleste som blir skrevet ut fra sykehjem (institusjon), blir skrevet ut fra korttidsplass⁵⁵. Det er særlig gjennomstrømningen eller utskrivningsratene i korttidsplassene som avgjør tilgjengeligheten til sykehjem, langt mer enn dekningsgraden. Bruken av langtidsplassene er derimot preget av en enveisstrøm, som oftest ender i død.

Otterstad og Tønseth (2007:14) finner at «Jo høyere utskrivingsrate fra korttidsplasser, desto større er den samlede pasientsirkulasjonen». Deres konklusjon er at det er bruken av korttidssengene som forklarer en betydelig del av tilgjengeligheten til sykehjemsplasser, og mer enn hva dekningsgraden gjør.

Generelt er det slik at kommuner med høy andel korttidssenger i sykehjem, har bedre tilgjengelighet til sykehjem enn kommuner med lav andel korttidsplasser, selv om den samlede dekningsgraden er lavere i de førstnevnte. Det betyr at kommuner med lav samlet dekningsgrad, men med høyt innslag av korttidsplasser, ofte har de høyeste utskrivningsratene og dermed den beste tilgjengeligheten. Det at kommuner med lav dekningsgrad kommer best ut, er tilsynelatende paradoksalt, siden dekningsgrad i alle år har vært holdt fram som det sentrale målet for sykehjemsutbyggingen.

Kommuner med relativt god dekningsgrad i sykehjem, får med andre ord ofte denne kapasiteten «spist opp» av lav sirkulasjon i korttidsplassene. Dette skyldes imidlertid som regel ikke egenskaper ved selve sykehjemsdriften, men er mest et speilbilde av mangler i alternativene, det vil si omfang og innretning av de hjemmebaserte tjenestene og bruken av omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg som substitutter til sykehjem. Den lave sirkulasjonen i sykehjem skyldes – noe spissformulert – at sykehjemsdørene er «stengt utenfra, ikke innenfra».

Tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem – svært store variasjoner

Vi måler tilgjengelighet til korttidsplasser som det antall korttidsplasser som i løpet av ett år blir ledig per 100 innbyggere 80 år+.

Som tidligere nevnt kan tilgjengelighet på korttidsplasser betraktes som et indirekte mål for eller operasjonalisering av samarbeidet mellom institusjonsomsorg og øvrig kommunal pleie- og omsorgstjenester og de primære helsetjenestene.

Tilgjengeligheten til korttidsplasser var i 2010 i gjennomsnitt vel seks ganger større i de 20 prosent av kommunene med størst tilgjengelighet til slike plasser enn i de 20

⁵⁵ En tidligere utvalgsundersøkelse med data for 2005 viste at 81 prosent ble skrevet ut fra korttidssenger (Otterstad & Tønseth 2007). Vi har imidlertid vist at på landsbasis i 2010 ble 77 pst av alle utskrivninger fra sykehjem (61 285 i alt – Gabrielsen mfl. 2011) foretatt fra korttidsplassene (Brevik 2011, notat for HOD).

prosent av kommunene med lavest samlet tilgjengelighet til institusjonsplasser, med respektive 64 og ti plasser som blir ledige (utskrivinger) i alt i løpet av året per 100 innbyggere 80 år+, jfr. tabell 6.1.

Deler vi kommunene inn i ti like store grupper, er forskjellen i tilgjengelighet mellom 1. og 10. desil i forholdet 1:12,3, jfr. tabell 6.1. Blant kommuner i 1. desil blir korttidsplass ledig 6,2 ganger per 100 innbyggere 80 år+, mens det i kommuner som tilhører 10. desil, blir korttidsplass ledig 76 ganger per 100 innbyggere 80 år+.

Kommuner som har svært stor tilgjengelighet – slik den er beregnet her – kan kanskje ha gjennomført (deler av) samhandlingsreformen på «forskudd» ved også å ta inn og behandle mange yngre personer. Noe av årsakene til den observerte svært store tilgjengeligheten til sykehjem i enkelte kommuner, kan med andre ord skyldes at disse kommunene kan ha ligget i «forkant» av implementering av samhandlingsreformen.

Mer om institusjonsomsorgens innretning

Blant rikspolitikere og på en rekke andre hold har det kontinuerlig i årtier og fram til i dag blitt hevdet at det i hovedsak er sykehjemsplasser vi mangler, på tross av at deknningen her over tiår bevisst er blitt bygget ned i kommunene⁵⁶, det vil si av de som har det reelle ansvaret for omsorgstjenestene. Og ropet på flere sykehjemsplasser vil ikke stilne så lenge en ikke tar til seg kunnskap om hva kommunene faktisk gjør.

De store ulikhetene i kommunens innretning av institusjonsomsorgen som her er dokumentert, viser imidlertid at en påstand om mangel på sykehjemsplasser er en sterk forenkling. Er det kommuner hvor hver fjerde person 80 år+ har plass i institusjon som mangler sykehjemsplasser, eller er det i kommuner hvor bare hver sjettede person 80 år+ har slik plass at det er mangel? Blant de sistnevnte kommunene har mange bevisst bygget ned sin institusjonsdekning de siste 20 årene. (Brevik & Nygård 2013, kap. 5).

Dekningen er sannsynligvis villet lav, fordi en bevisst har erstattet institusjonsomsorgen med åpen omsorg – blant annet med utstrakt bruk av omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg, der mange med behov på sykehjemsnivå får adekvat og tilstrekkelig hjelp. Det er en uhyre overforenkling å slutte fra enkle mål for plassdekningsgrad i sykehjem til å anta at omsorgen i slike kommuner er mangelfull. Sykehjem er selvsagt langt fra pleie- og omsorgstjenestenes eneste målestokk.

Vi har vist at det er svært stor ulikhet mellom kommunene i hvor hyppig en sykehjemsplass blir ledig. Når korttidsplass i sykehjem for eksempel blir ledig seks ganger

⁵⁶ Mens dekningsgraden i sykehjem målt ved alle plasser til befolkningen 67 år+ per 100 personer 80 år+ var 35,5 plasser i 1980, var den i 1998 (ved oppstart av Handlingsplan for eldreomsorgen) kommet ned i 22,9 plasser (Brevik 2011). I 2013 var dekningsgraden i sykehjem beregnet på samme måten, 17,4 plasser per 100 personer 80 år+ (beregnet på grunnlag av KOSTRA). Og vi har vist at i perioden 1996–2010 var det kun 17 kommuner som bygget opp dekningsgraden i sykehjem. Resten av kommunene fikk dekningsgraden redusert (Brevik & Nygård 2013/ internt prosjektnotat).

så ofte i noen kommuner som i andre, kan mangel på tilgjengelighet til korttidsplass i de sistnevnte kommunene være indikasjon på mangel på alternative tilbud (manglende tilgang på heldøgns omsorgsboliger, svakt utbygde hjemmebaserte tjenester) og mindre muligheter til eller svakt utviklet samarbeid mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester.

Dersom tilgjengelighet til korttidsplasser kan tolkes som et mål for samarbeid mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester, vil det måtte være store lokale variasjoner i dette samarbeidet. Hvis en skulle jevne ut ulikhetene i tilgjengelighet til korttidsplasser ved å tilføre flere sykehjemsplasser uten å øke tilgjengeligheten – det vil si å bygge ut alternative tjenester, ville en i en god del tilfeller måtte øke dekningsgraden i sykehjem betraktelig. Dette vil som oftest være urealistisk, mens en realistisk strategi heller vil være å øke tilgjengeligheten gjennom økt samarbeid mellom institusjon og utbyggete hjemmebaserte tjenester, slik at hyppigere utskrivninger blir faglig forsvarlig.

For 15–20 år siden ble aktivt bruk av korttidsplasser særlig understreket som viktig, for eksempel i forbindelse med statens Handlingsplan for eldreomsorgen (jfr. St.meld. nr. 50 (1996-97)). Men fremdeles er bruken av korttidsopphold lav i et betydelig antall kommuner, jfr. tabell 6.1⁵⁷.

På bakgrunn av hva vi her har dokumentert om svært store variasjoner i tilgjengelighet til sykehjem, kan vi på den ene siden slå fast at i betydelig store grupper av kommuner synes sykehjemmene å brukes som medisinske institusjoner, der det gis medisinsk pleie, oppfølging og behandling. På den andre siden tyder våre data på at sykehjemmene – særlig i små kommuner – i betydelig grad fungerer som et bo- og servicetilbud i tillegg til å fylle ordinære medisinske funksjoner⁵⁸.

Vi har tidligere konkludert med at gjennomgangen av institusjonsomsorgens innretning så langt viser at en drøfting som i hovedsak fokuserer på antall plasser er en tilslørende diskusjon som stenger for innsikt og forståelse. Mengdebeskrivelsen – det vil si antall plasser – har selvsagt en viss betydning. Men en meningsfylt drøfting av institusjonsomsorgens innretning krever først og fremst fokus på hva institusjonsplassene brukes til, det vil si plassenes funksjon (Brevik & Nygård 2013, kap. 3.2.4).

Bruk av hjemmebaserte tjenester til eldre

Vi måler bruken av hjemmebaserte tjenester som antall brukere av slike tjenester til personer 80 år+ sin andel (prosent) av befolkningen 80 år+ (raten).

⁵⁷ Vi viser til en nærmere redegjørelse og drøfting av dette i Brevik og Nygård 2013, kap. 3.2.

⁵⁸ Om vi skulle vurdere geografiske avstander og bosettingsmønster: «kan det trolig hevdes at tilbud om kollektive botilbud til «selvhjulpne» eldre er formålstjenlig ved at tilbudet gir trygghet uten at den eldre må flytte langt, eller uten at hjemmetjenestens personell må bruke unødig stor del av sin arbeidstid til å kjøre store avstander med spredt bosetting» (Brevik & Nygård 2013, kap. 3.2.4).

Våre data viser at det er store variasjoner i hvor stor andel av eldrebeholdningen som mottar disse basistjenestene innen pleie og omsorg som de hjemmebaserte tjenestene representerer. Forholdet mellom andelen (raten) brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ i kommuner i 1. og 5. kvintil er i gjennomsnitt 1:1,6 i 2010, jfr. tabell 6.1. Og forholdet mellom den tidelen kommuner med færrest og flest brukere av slike tjenester til eldre 80 år+ er 1:1,8, det vil si nesten dobbelt så mange. I disse svært ulike kommunene mottok i gjennomsnitt respektive 26 prosent og 48 prosent av alle 80 år+ slike tjenester i 2010, eller om lag en av fire mot en av to.

For kommunene delt inn i desiler øker gjennomsnittsverdiene svakt for 1. og 10. desil, sammenliknet med 1. og 5. kvintil. Denne svake økningen motsvares ved at forholdstallet mellom 1. og 10. desil er om lag det samme som forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil.

Om disse to ytterpunktene av kommuner var representert med 200 eldre 80 år+, ville det i den tidelen av kommuner med færrest brukere være 52 personer 80 år+ med hjemmebaserte tjenester, mens det i den tidelen med flest brukere ville være 96 slike brukere. Disse forskjellene vil ikke bare reflekterer om en har valgt å yte slike tjenester til få eller mange brukere, mens også strategier for innretning av tjenestene, det vil si det som vi tidligere har benevnt som en pleiestrategisk innretning versus en forebyggende strategisk innretning av tjenestene.

Samlet andel eldre med omsorgstjenester

Andel eldre 67 år under offentlig omsorgsregime er beregnet som alle beboere 67 år+ i institusjon pluss brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ sin andel av befolkningen 67 år+.

Tar vi for oss – som her – bruken av institusjon og hjemmetjenester i befolkningen 67 år+ under ett, er spredningen i andelen brukere mellom kommunene mindre enn hva som går fram når vi ser på bruken av institusjon og hjemmebaserte tjenester hver for seg. Dette skyldes delvis en viss kompensatorisk sammenheng mellom disse to hovedformene for omsorg.

Kommuner som i 2010 tilhører den femdelen (1. kvintil) som samlet yter disse tjenestene til færrest brukere, yter slike tjenester til hver femte innbygger 67 år+ (18,5 pst, jfr. tabell 6.1), mens kommuner som hører hjemme i den femdelen som yter slike tjenester til flest brukere (i 5. kvintil), yter basistjenesten til hver tredje (31,1 pst) innbygger 67 år+.

Disse svært store forskjellene kan på langt nær tilskrives ulikheter mellom kommunene i befolkningsstruktur og Eldres helse – det vil si i objektive behovsforskjeller for pleie- og omsorgstjenester, men skyldes antakelig i vesentlig grad økonomisk evne (f. eks størrelse av frie inntekter) og kommunale variasjoner i valg av ressursbruk, det vil si ulik grad av prioritering av pleie- og omsorgstjenestene for eldre. Og de er sannsynligvis

også påvirket av hvorvidt en har valgt en pleiestrategisk innretning av tjenestene (med relativt få brukere i alt) eller en forebyggende strategi (med relativt mange brukere i alt).

Brukere av hjemmebaserte tjenester under 67

Andel yngre brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år er beregnet som antall brukere av slike tjenester 0–66 år sin andel (i pst) av befolkningen 0–66 år.

Situasjonen i kommunene i 2010 var slik at det var tre ganger så mange brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år i den femdelen av kommunene med flest slike brukere, sammenliknet med den femdelen med færrest brukere 0–66 år, respektive 3,6 prosent og 1,2 prosent, jfr. tabell 6.1.

Nytter vi desiler, øker forskjellene i andel brukere vesentlig, og særlig øker gjennomsnittet for den tidelen kommuner som har høyest andel 0–66 år med hjemmebaserte tjenester. Den tidelen av kommunene som ytte hjemmebaserte tjenester til færrest brukere under 67 år, ga slike tjenester til gjennomsnittlig 1 prosent av befolkningen 0–66 år. Den tidelen som ytte slike tjenester til flest yngre i 2010, ytte dem til i gjennomsnitt 4,3 prosent av befolkningen 0–66 år, jfr. tabell 6.1. Forholdstallet mellom 1. og 10. desil var med andre ord som 1:4,3.

Det er svært store forskjeller mellom kommunene når det gjelder brukere under 67 år. En mindre del av forskjellene kunne ha sammenheng med opplegget for Vertskommuner for psykisk utviklingshemmede etter HVPU-reformen. Men vi har mangelfull kunnskap om årsakene til de store kommunale variasjonene i andel brukere av hjemmebaserte tjenester blant personer under 67 år, og som vi i dette prosjektet heller ikke har data til å besvare.

Andel brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 67 år+. Indirekte mål for omfang av hjelp (intensitet)

Omfang av hjelp (intensitet) i de hjemmebaserte tjenestene for brukere 67 år+ er beregnet som antall brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov sin andel (pst) av befolkningen 67 år+.

Slik vi allerede har gjort rede for i kapittel 3.2, har vi her vært henvist til å måle intensiteten (omfanget av hjelp) på indirekte vis, ved å nytte andelen brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov i stedet for et direkte mål, for eksempel antall timer hjelp per uke.

Det er svært store forskjeller mellom kommunene når det gjelder innslaget av andel brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov. Således var det i 2010 4,5 ganger så mange slike brukere i den femdelen av kommunene med flest slike brukere, sammenliknet med den femdelen med færrest brukere 66 år+, respektive 4,7 prosent og 1,1 prosent, jfr. tabell 6.1.

Når vi måler spredningen i dette målet ved hjelp av desiler, blir forskjellene vesentlig større. I de 10 prosent av kommunene med flest slike brukere, var det 6,7 ganger flere brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov sammenliknet med de 10 prosent av kommuner med færrest slike brukere, respektive 5,6 prosent og 0,8 prosent, jfr. tabell 6.1.

Disse store forskjellene skyldes neppe at det er stort ulikt innslag av brukere i alt med omfattende bistandsbehov mellom kommunene. Vår hypotese er at disse ulikhetene i stor grad må tilskrives hvordan kommunene har innrettet tjenestene sine. Kommuner med få brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene, må antas å ha de fleste av disse i institusjon, mens kommuner med mange slike brukere ofte vil ha færre institusjonsplasser og dermed relativt flere svært bistandstrengende brukere 67 år+ i åpen omsorg.

Andel brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 0–66 år. Indirekte mål for omfang av hjelp (intensitet)

Omfang av hjelp (intensitet) i de hjemmebaserte tjenestene for brukere 0–66 år er beregnet som antall brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov sin andel (promille) av befolkningen 0–66 år.

Også for yngre brukere varierer innslaget av brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov svært mye mellom kommune. Det var i 2010 således tre ganger så mange slike brukere blant den femdelen av kommunene med flest slike brukere, sammenliknet med den femdelen med færrest yngre brukere med omfattende bistandsbehov, respektive 2,3 promille og 6,7 promille, jfr. tabell 6.1.

For eldre vil behovet for bistand i stor grad avledes av antall eldre og alderssammensetningen i den eldre befolkningen. I den grad det relative omfanget av brukere med omfattende bistandsbehov blant eldre varierer, vil variasjonene for eksempel mest måtte skyldes kommunenes ulike innretninger av tjenestene, ulikt innslag av enpersonshushold/tilgang på privat omsorg, og i mindre grad variasjoner mellom kommunene i eldres helseproblemer på ett og samme aldersnivå.

For de yngre (0–66 år) vil innretningen av tjenestene spille mindre rolle, da relativt få av kommunenes brukere av pleie- og omsorgstjenester under 67 år vil ha plass i institusjon (3332 på landsbasis i 2013 – KOSTRA). De fleste er i åpen omsorg med hjelp fra de hjemmebaserte tjenestene, selv om mange bor i kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål (Brevik 2014).

For yngre er bildet antakelig mer sammensatt og tilfeldig. Dette har vi drøftet tidligere (Brevik & Nygård 2013). Her pekte vi på at Vertskommunene – som før ansvarsreformen var vertskap for sentralinstitusjon innen HVPVU – fremdeles har relativt mange brukere under 67 år med omfattende bistandsbehov. Men disse utgjør bare om lag 30 kommuner, og skiller seg faktisk ikke særlig ut fra øvrige kommuner med hensyn

til de vanlige målene for bruk av pleie- og omsorgstjenester (Brevik & Nygård 2013, tabell V5 i vedlegg). Disse kommunene skiller seg imidlertid ut ved at de ofte har mange brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov. Vi viste for øvrig at disse kommunene i liten grad er institusjonsorientert når det gjelder eldre. De synes med andre ord ofte å satse på åpen omsorg over hele linjen, uavhengig av alder.

Vi har likevel ingen god forklaring på eller hypoteser om hvorfor innslaget av yngre brukere med omfattende bistandsbehov varierer så vidt mye mellom kommune. Vi har imidlertid dokumentert at det er få slike brukere i store byer og i storbynære strøk, jfr. omtale av typologi 10 for innretning av pleie- og omsorgstjenestene, jfr. kapittel 6.11. Vi er heller ikke kjent med forskning som dokumenterer slike variasjoner, noe som igjen kanskje må ha sammenheng med at denne typen data fra IPLOS har vært svært lite tilgjengelige.

Noen særlige trekk ved innretningen av de hjemmebaserte tjenestene

Vi har tidligere drøftet de hjemmebaserte tjenestenes innretning (Brevik & Nygård 2013, kap. 3). Slik vi så langt har vist, må de kommunale variasjonene – eller spredningen – i bruken av de hjemmebaserte tjenestene sies å være stor når en tidel av kommunene yter slike tjenester til halvparten av befolkningen 80 år+, mens en annen tidel bare gir til en firedel.

Og denne store spredningen kan ikke tilskrives noen få «ekstreme» kommuner, siden forskjellene er omtrent like store når vi deler inn kommunene i kvintiler (femdel), respektive 28 prosent i gjennomsnitt i 1. kvartil og 46 prosent i 5. kvartil. Dette viser samtidig hvor misvisende det kan være å nytte nasjonale gjennomsnittstørrelser.

De som yter hjemmebaserte tjenester til en stor andel eldre, kan muligens betraktes som kommuner som har lagt en forebyggende strategi til grunn for innretningen i bruken av disse tjenestene, ved at de også går inn og yter hjelp på et tidlig stadium i eldres funksjonsnedsettelse.

Vi finner samtidig den samme store spredningen når vi nytter andel med omfattende bistandsbehov som indirekte mål for omfang av hjelp (intensitet). Ut fra generell kunnskap om sammenhengen mellom bistandsbehov og alder, bør vi forvente å finne at spredningen av andel brukere med omfattende bistandsbehov mellom kommunene er mindre blant eldre enn blant yngre personer. Dette fordi medisinsk eller fysisk betingede tjenestebehov hos eldre i hovedsak vil være en direkte konsekvens av befolkningens aldring (antall eldre og aldersfordeling blant disse), mens medisinsk betingede behov blant yngre til dels kan være påvirket av «tilfeldige», opphopninger, for eksempel som resultat av forvaltningsreformer.

Derfor er det interessant at vi finner at spredningen av andelen brukere med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene blant brukere under 67 år faktisk

er mindre enn spredningen mellom kommunene etter det samme målet blant brukere 67 år+. Det er det omvendte av hva vi hadde forventet.

Innretning av og profil i tjenestene for eldre brukere med bistandsbehov, som objektivt sett i stor grad burde følger som en funksjon av befolkningens alder, viser likevel store variasjoner «og må i betydelig grad være et resultat av enkeltkommunenes forvaltningsmessige eller politiske mer eller mindre idiosynkratiske valg. Til tross for at innretning og profil på tjenestene til yngre også viser stor spredning, er kanskje spredningen i tjenestene til yngre i større grad et resultat av mer standardiserte behovsvurderinger som i større grad er de samme for hele landet.» (Brevik & Nygård 2013:41).

Resultatet av våre analyser gir imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at spredningen mellom kommunene i innretningen av de hjemmebaserte tjenestene blant eldre i større grad er et resultat av forvaltningsmessige eller politiske valg, mens innretningen av de samme tjenestene for yngre brukere i større grad vurderes mer eller mindre implisitt etter nasjonale standarder. Våre resultater her gir likevel visse holdepunkter for å formulere slike hypoteser.

Del II Kjennetegn ved de ulike deltypologiene

Formålet med del II i dette kapitlet er å gi en kortfattet oversikt over hva som i hovedsak kjennetegner de åtte typologiene for innretning av kommunenes pleie- og omsorgstjenester som vi har analysert oss fram til. På bakgrunn av grunnlagsmaterialet (nedfelt i prosjektnotater) beskriver vi sentrale kjennetegn ved de kommuner som inngår i typologiene.

For hver typologi er framstillingen basert på en fast lest, i hovedsak i fire deler. Først plasserer vi gjeldende typologi i henhold til det/de kvintiler den hører hjemme i for de mål for innretning som gjelder for den spesifikke typologien. Dernest utdyper vi og karakteriserer typologien.

Vi avslutter ved å gjøre rede for hvordan kommunene har endret plass i kvintilene for målene «rate i institusjon 80 år+» og «rate for bruk av hjemmebaserte tjenester 80 år+» fra 1996 til 2010. Det siste i hovedsak som mål for kommuner som i betydelig grad har endret innretning av pleie- og omsorgstjenestene versus kommuner som i liten eller mindre grad har gjort det. Etter vår vurdering er det et sentralt mål for blant annet hvordan kommunene over tid har et dynamisk eller konservativt forhold til innretning av sine omsorgstjenester.

Til sist gir vi en kortfattet karakteristikkk av innretningen innen de ulike typologiene. Dette som et lettfattelig sammendrag av hva som kjennetegner den enkelte typologien.

6.3 Institusjonsorientering

1. Institusjonsorienterte kommuner – mange i institusjon, få i hjemmebaserte tjenester. 17 kommuner.

Dette er kommuner med andel plasser i institusjon blant eldre 80 år+ i 5. kvintil samt andel med hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 1. kvintil

Alle kommuner i denne typologien har bruk av institusjon i 5. kvintil, med minste rate på 18,1 plasser per 100 personer 80 år+. I gjennomsnitt var institusjonsraten i 2010 21,3 for disse 17 kommunene, mot 14,4 prosent for alle kommuner, jfr. tabell 6.1.

Deltypologi 1 består av kommuner med relativt mange institusjonsplasser og tilsvarende få brukere av hjemmebaserte tjenester. Dette er i utgangspunktet kommuner som synes å satse nokså ensidig på sykehjem, og som samtidig konsentrerer seg om få brukere.

Matrise 6.1 Kommuner med skåre i 5. kvintil i målet for andel 80 år+ i institusjon og i 1. kvintil for andel 80 år+ med hjemmebaserte tjenester. 17 kommuner etter følgende kjennetegn: rater i institusjon 80 år+ (rateI80+) og rater i hjemmebaserte tjenester 80 år+ (rateH80+) i 1996 og 2010.

Kommunennummer og navn	RateI80+ 1996	RateI80+2010	RateH80+ 1996	RateH80+ 2010
0438 Alvdal	24,11	18,8	55,36	27,6
0511 Dovre	17,09	20,1	34,81	28,9
0516 Nord-Fron	17,19	20,6	28,13	30,4
0534 Gran	6,20	18,1	24,64	24,1
0911 Gjerstad	19,31	31,6	30,34	27,2
0937 Evje og Hornnes	15,03	27,6	35,84	24,1
1021 Marnardal	27,45	21,7	41,18	24,2
1146 Tysvær	21,43	20	40,36	29,5
1245 Sund	34,68	18,3	39,88	26
1264 Austrheim	20,35	22,6	39,82	22,6
1417 Vik	18,53	18,3	44,40	30,7
1419 Leikanger	20,54	23,7	28,46	28,2
1430 Gaular	17,84	19,9	27,57	30,6
1515 Herøy (M.R)	23,30	18,4	30,68	28,8
1543 Nesset	24,56	23,6	28,95	25,7
1868 Øksnes	22,99	19,6	29,31	29,9
1922 Bardu	18,02	19	42,34	29,5

Av disse 17 kommunene har sju bygget opp bruken av institusjoner i 2010 i forhold til nivået i 1996, mens fem har holdt seg på samme nivå. Bare fem kommuner har bygget litt ned, jfr. matrise 6.1. I alt var det bare 18 kommuner med 2000 innbyggere+ som bygget opp institusjonsomsorgen fra 1996 til 2010 (Brevik & Nygård 2013:104), og sju

av disse befinner seg i denne gruppen på 17 kommuner. Disse kommunene synes ofte å være trauste institusjonskommuner som har hatt høy institusjonsbruk over lang tid.

Karakteristikk

Kommuner i deltypologi 1 kan være kommuner som har en viss pleiestrategisk orientering. Men en slik innretning kan også ha sammenheng med en god tilgang på privat familieomsorg⁵⁹.

6.4 Mulig pleiestrategisk orientering

2. Kommuner med mulig pleiestrategisk orientering – få brukere både i hjemmebaserte tjenester og i institusjon. 13 kommuner.

Dette er kommuner med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 1.+ 2. kvintil og andel i institusjon 80 år+ i 1. kvintil.

Matrise 6.2 Kommuner med skåre i 1. kvintil i målet for andel 80 år+ i institusjon og i 1. eller 2. kvintil for andel 80 år+ i hjemmebaserte tjenester. 13 kommuner etter følgende kjennetegn: rater i institusjon (rateI80+) og rater i hjemmebaserte tjenester (rateH80+) i 1996 og 2010.

Kommunennummer og navn	RateI80+96	RateI80+10	RateH80+96	RateH80+10
0111 Hvaler	20,65	10,5	0	34,3
0239 Hurdal	14,62	10,7	36,15	28
0627 Røyken	12,15	10,4	33,96	33,4
0709 Larvik	14,74	10,4	35,12	32,3
1101 Eigersund	17,33	1,5	48,21	5,3
1724 Verran	18,75	10	23,30	30,6
0528 Østre Toten	18,95	9,2	33,66	32
0542 Nord-Aurdal	19,00	10,6	23,48	28,1
0624 Øvre Eiker	19,69	10,3	35,73	31,3
0625 Nedre Eiker	18,41	8,7	34,29	32,7
0702 Holmestrand	12,30	9,2	40,37	33,4
1102 Sandnes	13,23	9,9	39,84	33,3
1127 Randaberg	12,41	7,6	44,14	28,4

Av disse kommune har 7 andel brukere med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene 67 år+ i 4. og 5. kvintil. De er merket med grått.

⁵⁹ I typologi 1 er det en kommune, 0911 Gjerstad, som også er med i typologi 9, jfr. vedlegg A4 siste del. Overlapp i forhold til øvrige typologier vil bli behandlet som eget punkt til slutt i dette kapitlet (avsnitt 6.12) og i vedlegg A4.

Dette er samtidig kommuner som alle har bygget ned bruken av institusjoner fra 1996 til 2010, derav ni nokså mye, mens fire gjorde det moderat. I gjennomsnitt skåret disse kommunen i 2010 – alle i 1. kvintil – 9,2 i rate institusjon 80 år+ (nær grenseverdien for 1. desil – 8,8), mot 16,3 i 1996, jfr. vedlegg B i dette kapitlet. Reduksjonen er på 54 prosent. De aller fleste av disse kommunene har med andre ord bygget ned institusjonsomsorgen nokså radikalt og langt mer enn landsgjennomsnittet.

Karakteristikk

Kommuner i deltypologi 2 er kommuner som nokså sikkert kombinerer lav institusjonsdekning med generelt få brukere av hjemmebaserte tjenester, men hvor til gjengjeld relativt mange har omfattende bistandsbehov. Det er sannsynlig at disse kommunene vil drive nokså sterkt pleie- intensivt, det vil si de konsentrerer innsatsen om svært få brukere.

6.5 Mulig orientering mot forebyggende strategi

3. Kommuner med mulig orientering mot forebyggende strategi – mange i institusjon, men samtidig mange i hjemmebaserte tjenester. 21 kommuner.

Dette er kommuner med andel plasser i institusjon 80 år+ i 5. kvintil samt andel med hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 4. og 5. kvintil.

Dette er kommuner med rater for bruk av institusjoner 80 år+ i 5. kvintil. Og disse kommunene fordeler seg jevnt rundt gjennomsnittet for 5. kvintil, med omtrent like mange litt under og litt over gjennomsnittet (20,6), men unntak av Lærdal med rate på 25,2. Bare tre kommuner har bygget opp institusjonsdekningen i betydelig grad siden 1996, mens fire kommuner har bygget den ned en god del.

Situasjonen har imidlertid vært en nokså stabil høy institusjonsdekning. Mens institusjonsraten i gjennomsnitt for disse kommunene var 21,2 i 1996, var den 20,6 i 2010, det vil si i praksis den samme. Kommunene er kjennetegnet av få endringer og stabilitet i bruken av institusjoner. De synes på sett og vis konservative på det punktet.

Matrise 6.3 Kommuner med skåre i 5. kvartil i målet for andel 80 år+ i institusjon og i 4. eller 5. kvartil for andel 80 år+ i hjemmebaserte tjenester. 21 kommuner etter følgende kjennetegn: rater i institusjon (rateI80+) og rater i hjemmebaserte tjenester (rateH80+) i 1996 og 2010.

Kommunennummer og navn	RateI80+96	RateI80+10	RateH80+96	RateH80+10
0513 Skjåk	18,42	21,5	48,03	41,7
0544 Øystre Slidre	17,72	18,1	55,06	39,5
0829 Kviteseid	11,46	19	44,59	39,1
1231 Ullensvang	20,87	21,8	34,78	39,1
1566 Surnadal	18,53	19,4	53,95	38,3
1624 Rissa	18,45	19,1	29,68	40,2
1736 Snåsa	18,46	19,6	46,15	41,8
1742 Grong	24,53	22,8	50,94	39,2
1812 Sømna	13,56	22,4	44,07	38,4
1854 Ballangen	18,86	18,5	52,57	39,7
1913 Skånland	22,22	23,1	32,75	38,2
1422 Lærdal	23,13	25,2	37,41	42,9
1523 Ørskog	23,23	19,1	40,40	45
1557 Gjemnes	9,36	18,4	36,84	45,6
1567 Rindal	29,33	20,1	41,33	42,5
1648 Midtre Gauldal	25,93	18,6	43,70	47,6
1838 Gildeskål	19,66	19,3	30,90	44,1
1941 Skjervøy	24,21	18,8	36,84	42,2
2011 Kautokeino	23,08	22,9	42,31	48,2
2020 Porsanger	28,85	22,2	41,35	49,4
2021 Karasjok	34,69	21,8	63,27	42,6

Kommuner med andel med både plass i institusjon og hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 5. kvartil, er merket med grått (10 kommuner).

Karakteristikk

Dette er institusjonsorienterte kommuner, som samtidig har et betydelig innslag av brukere av hjemmebaserte tjenester⁶⁰. Disse kommunene er karakterisert ved et omfattende omsorgsregime, eller et antatt raust tilbud. Sannsynligvis er dette ofte kommuner med en innretning av tjenestene etter en såkalt forebyggende strategi, motsatt en pleiestrategisk orientering.

⁶⁰ Vi har imidlertid bare data om andel med omfattende bistandsbehov for bare 6 av dem og kan derfor ikke gjøre rede for hvor stort innslaget er av relativt lite hjelpetrengende brukere. Siden de kommunene som her har falt ut, har gjort det pga prikking i SSB, vil de jevnt over være små kommuner.

6.6 Både pleie- og forebyggende strategi

4. Kommuner med både pleie- og forebyggende strategi – mange brukere under offentlig omsorgsregime og mange brukere av hjemmebaserte tjenester. 31 kommuner.

Dette er kommuner med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 5. kvintil og andel brukere 67 år+ i alt i 5. kvintil.

Vi tar her for oss kommuner med mange eldre under offentlig omsorgsregime (i 5. kvintil) og som samtidig har høy rate for brukere 80 år+ med hjemmebaserte tjenester (i 5. kvintil). Dette er som nevnt antatt sjenerøse kommuner med høy dekning i begge hovedtjenestetypene.

For disse målene er den gjennomsnittlige skåren 45,4 prosent 80 år+ for hjemmebaserte tjenester og 31,1 prosent for alle 67 år+ under offentlig omsorgsregime (dette er imidlertid gjennomsnitt for alle kommuner med skåre her, jfr. vedlegg B i dette kapitlet for den spesifikke skåren for hjemmebaserte tjenester til brukere 80 år+ for kommuner i typologi 4).

Vi finner at det relative innslaget av brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov er noe større i kommuner med samlet sett mange brukere, men ikke særlig større (42 pst mot 35 pst) enn i kommuner med få brukere under kommunalt omsorgsregime. Sammenliknet med kommuner med relativt få brukere 67 år+ i alt, synes ikke kommunene med mange brukere å favne tunge brukere i de hjemmebaserte tjenestene oftere enn kommuner med få brukere. Brukere med omfattende bistandsbehov synes å prioriteres og kommer jevnt med i begge typer omsorgsregimer.

Kommuner med mange brukere, synes å være mange i kraft av i større grad å ha flere brukere med mindre omfattende bistandsbehov. Disse synes derfor innrettet i tråd med vår antakelse om å drive tjenestene mer i retning av en forebyggende strategi i tillegg til å ivareta pleiestrategien. Med et antatt betydelig innslag av institusjoner (raten for andel 80 år+ i institusjon er for disse 12 kommunene i gjennomsnitt 13,6 plasser per 100 80 år+, er litt under landssnittet), kan disse kommunene vise seg å drive allsidig med samlet sett et ofte godt tilbud.

Matrise 6.4 Kommuner med skåre i 5. kvintil i målet for andel 80 år+ med hjemmebaserte tjenester og andel 67 år i alt av institusjon og hjemmebaserte tjenester i 5. kvintil. 31 kommuner etter følgende kjennetegn: rater i institusjon (rateI80+) og rater i hjemmebaserte tjenester (rateH80+) i 1996 og 2010. Typologi 4 er redusert til 12 kommuner.

Kommunennummer og navn	RateI80+96	RateI80+10	RateH80+96	RateH80+10
0621 Sigdal	17,59	15,6	41,20	49,6
0834 Vinje	22,17	13,1	32,58	47
1134 Suldal	23,44	10,3	43,75	50,2
1141 Finnøy	11,24	11,7	43,20	48
1223 Tysnes	18,09	11,9	34,17	44,7
1259 Øygarden	20,69	16,6	35,86	42,4
1411 Gulen	25,00	17,9	27,04	43,7
1429 Fjaler	21,50	16,3	30,00	45,3
1431 Jølster	20,20	6,8	31,31	50
1644 Holtålen	21,67	15,7	28,08	48,6
1703 Namsos	9,90	8	41,86	48,7
1832 Hemnes	14,11	13,3	42,74	52,8
Tilsammen 12 k.	19,4	13,5	35,6	47,4
0430 Stor-Elvdal	14,02	17,5	38,32	48,6
0536 Søndre Land	17,20	15,9	42,86	53
0540 Sør-Aurdal	14,58	15,1	37,08	42,2
0631 Flesberg	17,01	12,3	37,41	46,1
1416 Høyanger	22,38	17,8	33,43	43,2
1422 Lærdal	23,13	25,2	37,41	42,9
1426 Luster	17,14	14,8	48,05	45,4
1523 Ørskog	23,23	19,1	40,40	45
1557 Gjemnes	9,36	18,4	36,84	45,6
1567 Rindal	29,33	20,1	41,33	42,5
1573 Smøla	22,46	18	50,00	44,1
1635 Rennebu	17,72	17,4	33,54	45,8
1648 Midt. Gauldal	25,93	18,6	43,70	47,6
1838 Gildeskål	19,66	19,3	30,90	44,1
1850 Tysfjord	29,91	11,7	37,61	43,3
1911 Kvæfjord	14,86	16,4	42,86	44,1
2011 Kautokeino	23,08	22,9	42,31	48,2
2020 Porsanger	28,85	22,2	41,35	49,4
2021 Karasjok	34,69	21,8	63,27	42,6
Ut tils. 19 kom.				

Kommuner med andel 67 år+ i de hjemmebaserte tjenestene med omfattende bistandsbehov i 4. eller 5. kvintil er merket med grått. Det er samtidig de eneste kommunene vi har slike opplysninger om.

Dette er jevnt over små kommuner stort sett beliggende i Indre Østlandet, Indre Vestlandet, Indre Trøndelag og Nord-Norge. Akershus, Vestfold og Østfold er for eksempel ikke representert.

Hele 17 av disse 31 kommuner har 2000–3000 innbyggere, og bare fire har 5000 innbyggere eller mer.

Da typologi 4 er basert på kriterier som gir mange eldre brukere både av institusjon og hjemmebaserte tjenester, er det rimelig at det blir et betydelig overlapp til andre typologier hvor minst ett parameter måler det samme, det vil si typologi 3 og 7. Slik det går fram av vedlegg A, er overlappet slik at respektive ti og åtte kommuner i typologi 4 samtidig har plass i henholdsvis typologi 7 og typologi 3 samt at en kommune er med i typologi 8. Til sammen er det 19 av 31 kommuner i typologi 4 som overlapper med andre typologier. Vi har derfor kommet til at disse går ut av vår analyse i typologi 4, og at vi slik står tilbake med tolv kommuner som bare hører hjemme i typologi 4, jfr. matrise 6.4, jfr. kapittel 6.12 for nærmere omtale av overlapp mellom typologiene.

Disse tolv kommunene har bygget ned institusjonsdekningen i gjennomsnitt med 30 prosent fra rate institusjon 80 år+ på 19,4 i 1996 til i gjennomsnitt 13,6 plasser per 100 innbyggere 80 år+ i 2010. Til sammenlikning hadde de 19 kommunene som går ut av typologi 5 en rate på i gjennomsnitt 17,9, det vil si vesentlig mer institusjonstunge. Disse tolv kommune har jevnt over en moderat institusjonsdekning.

Dette er samtidig kommuner som i betydelig grad har bygget opp de hjemmebaserte tjenestene for eldre fra 1996 til 2010, eller med en bruksrate som vokste fra 35,6 til 47,4 brukere i gjennomsnitt per innbygger 80 år+ eller med 33 prosent (eller noe høyere enn gjennomsnittet for 5. kvintil i 2010 (45,4, jfr. vedlegg B)). Dette er med andre ord kommuner med jevnt over svært mange eldre brukere av hjemmebaserte tjenester med antatt forebyggende strategi.

Karakteristikk

Dette er antatt sjenerøse kommuner med høy dekning i begge hovedtjenestetypene. Og de synes å favne tunge brukere i de hjemmebaserte tjenestene på linje med kommuner med få brukere, samtidig som de har mange brukere ved å ha flere brukere med mindre omfattende bistandsbehov. Disse synes derfor innrettet mer i retning av å drive tjenestene etter en forebyggende strategi i tillegg til å ivareta pleiestrategien. Med et antatt betydelig innslag av institusjoner, kan disse kommunene vise seg å drive allsidig med samlet sett et ofte godt tilbud.

6.7 Høy tilgjengelighet i korttidsplasser – antatt progressive kommuner

5. Kommuner med høy tilgjengelighet i korttidsplasser – antatt progressive kommuner. Kommuner med høy tilgjengelighet i korttidsplasser og få eldre med plass i institusjon og mange med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene. 15 kommuner.

Dette er kommuner med tilgjengelighet til sykehjem 80 år+ i 4. eller 5. kvartil og rate for plass i institusjon 80 år+ i 1. kvartil og andel med omfattende bistandsbehov blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ i 4. eller 5. kvartil.

Typologi 5 er således bestemt gjennom tre kriterier: Dette er for det første igjen kommuner med tilbud i institusjon i 1. kvartil og dernest med tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem i 4. eller 5. kvartil. I tillegg har disse kommunene brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov i 4. eller 5. kvartil.

Dette er kommuner med relativt høy tilgjengelighet i korttidsplasser i institusjon i forhold til befolkningen 80 år+ i 2006 og som samtidig har lave institusjonsrater.

Matrise 6.5 Kommuner med skåre i 1. kvartil i målet for andel 80 år+ i institusjon og i 4. eller 5. kvartil for andel 67 år+ med hjemmebaserte tjenester og omfattende bistandsbehov samt tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem 80 år+ i 4. eller 5. kvartil. 15 kommuner etter følgende kjennetegn: rater i institusjon (rateI80+), i hjemmebaserte tjenester (rateH80+) og rate for tilgjengelighet (rateT80+) i 1996 og 2006/2010.

Kommunennummer og navn	RateI80+96	RateI80+10	RateH80+96	RateH80+10	RateT80+96	RateT80+10
0628 Hurum	2,65	6,8	55,16	38,3	41,30	43,13
1130 Strand	18,70	6,6	25,47	35,2	11,38	35,44
1135 Sauda	9,17	5	33,62	47,2	42,79	42,43
1238 Kvam	17,34	10,6	29,67	37,9	0,00	40,55
1246 Fjell	16,22	6,7	48,38	44,5	26,55	36,02
1439 Vågsøy	26,62	8,8	24,10	43	18,35	44,36
1630 Åfjord	24,59	10	33,33	37,9	75,96	42,50
1719 Levanger	13,11	9,4	30,33	34,8	58,81	42,08
0624 Øvre Eiker	19,69	10,3	35,73	31,3	27,33	94,74
0625 Nedre Eiker	18,41	8,7	34,29	32,7	84,92	55,23
0716 Re (fom. 2002)						
0814 Bamble	12,22	5,3	45,48	36,5	73,35	53,71
1224 Kvinnherad	16,09	10,8	41,54	36,6	48,11	50,21
1531 Sula	16,00	4,5	42,40	40,8	18,00	50,29
1627 Bjugn	25,00	10,1	29,90	37,2	44,61	58,84

*) De 7 kommunene som samtidig skårer i 5. kvartil for tilgjengelighet, er merket med grå bakgrunn.

Vi bør særlig legge merke til de sju kommunene (63 pst) i denne typologien som plasserer seg i 5. kvintil for tilgjengelighet og i 1. kvintil for rate i institusjon, det vil si kommuner som har høy tilgjengelighet, særs få institusjonsplasser og høy andel i hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Dette er sannsynligvis alle kommuner som vil kunne gå inn i vår normative typologi av «progressive» kommuner.

Det synes som om høy tilgjengelighet til korttidsplassene med samtidig relativt mange brukere i åpen omsorg med omfattende bistandsbehov, er betinget av lav institusjonsdekning. Dette fordi en slik innretning forutsetter bedre utbygging av alternative tjenester og mer intensiv bruk av de hjemmebaserte tjenestene, samtidig som sparte ressurser til institusjon åpner for det. Dette er for øvrig i tråd med tidligere funn som viser at sirkulasjonen i institusjonsplassene øker når dekningsgraden i institusjon avtar, og er høyest i kommuner med lav dekningsgrad i institusjon (Otterstad & Tønseth 2007, 2009). Men det stemmer ikke med våre data, jfr. våre anføringer om dette i kapittel 3.3.

Når institusjonsdekningen derimot er høy, er det flere av dem med omfattende bistandsbehov som er plassert her, samtidig som det er mindre oppmerksomhet og ressurser rettet mot de alternative tjenestene. Men likevel er det slik at tilgjengeligheten til korttidsplassene også er høy i en del kommuner med høy institusjonsdekning. Kan årsaken være at høy institusjonsdekning minsker presset på bruken av korttidsplassene fordi de tyngste brukerne allerede befinner seg i langtidsplass, som dermed gjør at en lettere kan tilby korttidsplass? Eller utlagt: kan det skyldes at korttidsplassene i slike kommuner oftere brukes til ordinær avlastning enn som et alternativt tilbud for brukere med omfattende bistandsbehov?

Teoretisk burde imidlertid kommuner med både høy institusjonsdekning og god tilgjengelighet i korttidsplassene antas å ha et godt tilbud innenfor en pleiestrategisk innretning av tjenestene. Derfor burde begge disse typene kommuner med høy tilgjengelighet i korttidsplassene, men med ulik institusjonsdekning, inngå i grunnlaget for valg av kommuner som kan antas å drive godt.

Til slutt nevner vi at dette jevnt over er kommuner som har bygget ned institusjonstilbudet radikalt eller i gjennomsnitt mer enn halvert det, fra i gjennomsnitt 17,3 plasser per 100 innbyggere 80 år+ i 1996 til 7,2 i 2010, det vil si mer enn en halvering. Det er kommuner som sannsynligvis strategisk har lagt radikalt om. Det er slik at halvparten av dem har en institusjonsbruk som er lik eller under grenseverdien for 10. desil for rate i institusjon 80 år+. Dette er kommuner med en nokså radikal lav bruk av institusjoner for eldre og mange 67 år+ i hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov. Men er det ledsaget av en allmenn høy andel av brukere 80 år+ med hjemmebaserte tjenester?

Karakteristikk

Det synes som om høy tilgjengelighet til korttidsplassene med samtidig relativt mange brukere i åpen omsorg med omfattende bistandsbehov, er betinget av lav institusjons-

dekning. Dette fordi en slik innretning må forutsette bedre utbygging av alternative tjenester og mer intensiv bruk av de hjemmebaserte tjenestene samtidig som sparte ressurser til institusjon åpner for det⁶¹. Dette er sannsynligvis alle kommuner som vil kunne gå inn i vår normative typologi av «antatt progressive» kommuner.

6.8 Hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon – progressive kommuner

6. Kommuner med hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon – antatt progressive kommuner, mange i hjemmebaserte tjenester – få i institusjon. 25 kommuner.

Dette er kommuner med rate i institusjon 80 år+ i 1 kvintil (gj. sn. 8,4 plasser per 100 80 år+) og andel med omfattende bistandsbehov i 5. kvintil (i gj. sn. 4,7 pst av befolkningen 67 år+).

Typologi 6 er i tillegg bygd opp i 3 trinn. Mens alle kommunene fyller hovedkriteriene (andel 80 år+ i institusjon i 1. kvintil og andel 67 år+ i hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov i 5. kvintil), fyller kommuner i typologi 6a og b i tillegg kriteriet om andel 80 år+ med hjemmebaserte tjenester i 5. kvintil. Til slutt er det sju kommuner i typologi 6b som videre i tillegg har brukere 0–66 år med omfattende bistandsbehov i 4. eller 5. kvintil. Se matrise 6.6.

Her nytter vi imidlertid kun målet «brukere med omfattende bistandsbehov», og ikke andel med hjemmebaserte tjenester generelt. Typologien rendyrker således forholdet mellom institusjonsbruk og stort omfang av brukere med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene.

Det kompensierende mønsteret blir også mer tydelig når vi nytter andel brukere 67 år+ av hjemmebaserte tjenester som samtidig har omfattende bistandsbehov. Vår hypotese er at dette er kommuner som driver kompensatorisk, det vil si at de har innrettet tjenestene slik at en har bygd ut intensive alternativer til institusjon. Rent normativt er vår hypotese at disse kommunene driver «progressivt». Men her vil selvsagt intensitet målt ved antall timer mottatt hjelp være av betydning for vurderingen. Det samme vil samspillet i den forstand at de ideelt bør ha høy tilgjengelighet i korttidsplassene.

Av disse 25 kommunene med lav institusjonsdekning og med mange bruker 67 år med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene (skåre i 5. kvintil for begge), er det halvparten (12 kommuner) som samtidig har svært mange brukere med hjemmebaserte tjenester (i 5. kvintil).

⁶¹ Dette er for øvrig i tråd med tidligere funn som viser at sirkulasjonen i institusjonsplassene øker, når dekningsgraden i institusjon avtar, og er høyest i kommuner med lav dekningsgrad i institusjon (Otterstad & Tønseth 2007, 2009).

20 av dem har brutto driftskostnader i hjemmebaserte tjenester på >70 prosent i forhold til driftskostnadene i institusjon, og de fleste bruker dobbelt så mye og vesentlig mer. Inkluderer vi Drangedal og Steinkjer med >50 prosent, er vi oppe i 22 kommuner eller 92 prosent av disse 25 kommunene. Uten at vi har kunnet kontrollere for den relative bruken blant brukere under 67 år, står vi her etter vår vurdering overfor kommuner som jevnt over har satset omfattende på hjemmebaserte tjenester.

Matrise 6.6 Kommuner med skåre i 1. kvintil i målet for andel 80 år+ i institusjon og i 5. kvintil for andel 67 år+ i hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov. 25 kommuner etter følgende kjennetegn: rater i institusjon (rateI80+) og rater i hjemmebaserte tjenester (rateH80+) i 1996 og 2010. Se fotnoter 1-3.

Kommunennummer og navn	RateI80+96	RateI80+10	RateH80+96	RateH80+10
Typologi 6				
0605 Ringerike	17,21	8,2	29,94	37,5
0624 Øvre Eiker	19,69	10,3	35,73	31,3
0628 Hurum*	2,65	6,8	55,16	38,3
0702 Holmestrand*	12,30	9,2	40,37	33,4
1130 Strand*	18,70	6,6	25,47	35,2
1221 Stord*	16,80	7,8	41,60	36,5
1243 Os (Hor)*	14,11	7,8	38,04	39,8
1439 Vågsøy	26,62	8,8	24,10	43
1531 Sula*	16,00	4,5	42,40	40,8
1630 Åfjord	24,59	10	33,33	37,9
1702 Steinkjer (*)	11,95	9,6	38,95	39,2
1714 Stjørdal*	19,82	6,6	35,21	37,2
1719 Levanger*	13,11	9,4	30,33	34,8
Typologi 6a				
0822 Sauherad	11,20	7,8	41,08	45
1032 Lyngdal	21,77	7,2	43,17	42,2
1256 Meland	12,94	7,9	45,88	43,9
1420 Sogndal	22,14	7,8	39,69	45,5
2003 Vadsø	26,45	4,6	34,19	47,7
Typologi 6b				
0716 Re				
0817 Drangedal	15,66	9,2	28,11	42,8
1037 Kvinesdal	21,90	7	43,07	50,3
1135 Sauda*	9,17	5	33,62	47,2
1445 Gloppen(*)	10,31	4,4	42,62	44,9
1528 Sykkylven	17,65	7,4	25,95	43,8
1870 Sortland *)	13,45	5,4	31,65	44,9

1) Vi har gitt de av disse kommunene som samtidig har svært stor andel brukere av hjemmebaserte tjenester (skåre i 5. kvintil) lys grå bakgrunn.

2) Kommuner merket med stjerne er kommuner der brutto driftskostnader i de hjemmebaserte tjenestene er >70 pst høyere enn tilsvarende kostnader i institusjon.

3) Kommuner merket med mørkegrå bakgrunn er kommuner som i tillegg til å fylle kriteriene for typologi 6a, også har brukere med omfattende bistandsbehov i 5. kvintil (Sauda, Gloppen, Sykkylven) eller i 4. kvintil (Re, Drangedal, Kvinesdal, Sortland) – se typologi 8.

Felles for disse 25 kommunene i typologi 6 er at de jevnt over har lav institusjonsdekning, idet de alle (per definisjon) tilhører 1. kvintil (grenseverdi=10,8)⁶². Og 18 av de 25 kommunene har også institusjonsrate i 1. desil (grenseverdi < 8,8). Dette er kommuner med jevnt over svært lav institusjonsdekning.

De aller fleste av dem har bygget ned institusjonsbruken etter 1996, og 18 av dem har bygget seg radikalt ned. Bare to kommuner (Hurum og Sauda) av 25 befant seg i 1. kvintil i 1996, jfr. matrise 6.6.

Av de 25 som befant seg i 1. kvintil for institusjonsdekning i 2010, hadde åtte beveget seg ned fra 5. eller 4. kvintil for dette målet (det var kommunene Øvre Eiker, Lyngdal, Kvinesdal Sogndal, Vågsøy, Åfjord, Stjørdal, Vadsø – jfr. vedlegg B). Dette er kommuner som vi antar må ha lagt innretning av tjenestene radikalt om, og oftest antakelig uavhengig av rene innsparingshensyn.

Karakteristikk

Etter vår vurdering står vi her overfor kommuner som jevnt over har satset omfattende på hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon, og de fleste vil stå sterkt på en slik innretning.

Dette er kommuner som antakelig ofte har fått til en innretning av tjenestene i tråd med den avinstitusjonaliseringen som allment har funnet sted de 30 siste årene, og som er blitt erstattet med boligging og hjemliggjøring, det vil si en innretning av tjenestene i tråd med hovedtrekkene i utvikling i makro de 20 siste årene. Dette gjelder imidlertid ikke et flertall av kommunene, men et ganske stort mindretall.

6.9 Allment forebyggende strategi

7. Kommuner med en allmenn forebyggende strategi – mange brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år og mange brukere 67 år+ under offentlig omsorgsregime – få i institusjon. 28 kommuner.

Dette er kommuner med andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år i 5. kvintil og andel brukere av hjemmebaserte tjenester + andel i institusjon 67 år+ i 5. kvintil. Det er 28 kommuner som skiller seg ut ved å ha svært mange brukere 67 år+ under offentlig omsorgsregime og mange brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år i alt,

⁶² I vedlegg B gir vi en oversikt over grenseverdiene for 1. og 5. kvintil og 1. og 10 desil samt gjennomsnittet for skåre i målene rater 80 år+ i institusjon, hjemmebaserte tjenester og tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem.

det vil si at de skårer i 5. kvintil for begge disse målene. Hvilke kommuner dette er, går fram av matrise 6.7.

Matrise 6.7 Med brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år i 5. kvintil og andel brukere 67 år i alt i institusjon + hjemmebaserte tjenester 28 kommuner etter følgende kjennetegn: rater i institusjon (rateI80+) og rater i hjemmebaserte tjenester (rateH80+) i 1996 og 2010.

Kommunennummer og navn	RateI80+96	RateI80+10	RateH80+96	RateH80+10
0420 Eidskog	22,84	14	33,43	40,1
0430 Stor-Elvdal	14,02	17,5	38,32	48,6
0515 Vågå	19,23	20	86,54	36,7
0519 Sør-Fron	28,14	14,2	34,17	41,7
0536 Søndre Land **)	17,20	15,9	42,86	53
0540 Sør-Aurdal	14,58	15,1	37,08	42,2
0622 Krødsherad	20,31	17,3	31,25	39,4
0631 Flesberg	17,01	12,3	37,41	46,1
0633 Nore og Uvdal	24,22	16,8	35,40	38,4
0833 Tokke	13,58	15,9	29,63	36,9
0911 Gjerstad	19,31	31,6	30,34	27,2
1114 Bjerkreim	16,67	17,7	38,89	27,4
1223 Tysnes	18,09	11,9	34,17	44,7
1416 Høyanger	22,38	17,8	33,43	43,2
1523 Ørskog	23,23	19,1	40,40	45
1551 Eide	25,00	19,6	32,14	36,9
1573 Smøla	22,46	18	50,00	44,1
1635 Rennebu	17,72	17,4	33,54	45,8
1718 Leksvik	22,84	16,4	45,06	41,8
1736 Snåsa	18,46	19,6	46,15	41,8
1742 Grong	24,53	22,8	50,94	39,2
1812 Sømna	13,56	22,4	44,07	38,4
1837 Meløy	18,13	16,6	35,94	39,6
1838 Gildeskål	19,66	19,3	30,90	44,1
1850 Tysfjord	29,91	11,7	37,61	43,3
1911 Kvæfjord	14,86	16,4	42,86	44,1
2002 Vardø	29,73	21,7	43,24	37,5
2020 Porsanger	28,85	22,2	41,35	49,4

*) Dette er kommuner som plasserer seg i 5. kvintil både for skåre for andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0-66 år og andel under offentlig omsorgsregime

**) Kommuner merket med grå bakgrunn mottar Vertskommunetilskudd i tilknytning til bosatte utviklingshemmede 2010, dvs personer som ikke ble flyttet ut i tilknytning til HVPU-reformen 1991–1995. Her i alt 4 kommuner.

I gjennomsnitt ble institusjonsraten 80 år+ i disse kommunene redusert fra 20,6 med plass per 100 innbyggere 80 år+ i 1996 til 17,9 i 2010. I begge årene befant imidlertid dette gjennomsnittet seg i 4. kvintil. Men mange av disse kommunene har høy bruk av institusjoner idet henholdsvis ti og tolv befant seg i respektive 5. og 4. kvintil. Bare fire befant seg under landsgjennomsnittet i 2010.

Kommuner med mange brukere 67 år+ samlet i institusjon og hjemmebaserte tjenester er forbundet med høy bruk av institusjon 80 år+, samtidig som en har mange brukere 0–66 år i de hjemmebaserte tjenestene. Hvordan kommer disse kommunene ut når det gjelder bruk av hjemmebaserte tjenester 80 år+?

Kommuner i typologi 7 har som forventet et omfattende bruk av hjemmebaserte tjenester blant brukere 80 år+, idet 15 kommuner befant seg i 5. kvintil her og sju i 4. kvintil. I gjennomsnitt hadde 41,3 personer 80 år+ hjemmebaserte tjenester i 2010 i disse kommunene, det vil si på nedre grenseverdi for 10. desil i 2010, jfr. vedlegg B. Og andelen med hjemmebaserte tjenester hadde økt litt siden 1996, da den var 39,9.

Det betyr at kommuner karakterisert ved en allmenn forbyggende strategi er sterkt preget av å ha mange brukere, både 67 år+ og 80 år+, samt mange brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år. De er ofte karakterisert av en nærmest ekstrem favning av mange brukere.

Om vi legger sammen brukere 80 år+ med plass i institusjon og hjemmebaserte tjenester i typologi 7, er det elleve kommuner hvor mer enn 60 prosent av 80-åringene har disse to tilbudene (Stor-Elvdal, Søndre Land, Ørskog, Smøla, Rennebu, Snåsa, Grong, Sømna, Gildeskål, Kvæfjord, Porsanger) med sistnevnte på topp, med 72 prosent. Og i alle kommunene i typologi 7 (unntatt én kommune) har mer enn 50 prosent av eldre 80 år+ slike tilbud. Kravene til «mange» brukere oppfylles nærmest til overmål. Det kan neppe være ressurser til å gi disse brukerne omfattende tjenester. Men det er vel heller ikke poenget. Mottoet synes å være å nå så mange som mulig som har ett eller annet behov. Spørsmålet er kanskje heller om det er nødvendig å nå så mange for å kunne fungere forebyggende. Men alle disse kommunene fungerer forebyggende i den enkle forstand at de har mange brukere.

Karakteristikk

Dette må vi gå ut fra er kommuner som ofte må antas å arbeide innenfor en allmenn forebyggende strategi. Det er antakelig kommuner som har tradisjon for å favne mange, og de er i slik forstand rause. De synes imidlertid i liten grad å høre hjemme blant det vi har benevnt som «antatt progressive» kommuner.

6.10 Høy andel brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg

8. Kommuner med høy andel brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg

Dette er kommuner som generelt har mange brukere med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenester både 0–66 år og 67 år+:

a) Med andel brukere med omfattende bistandsbehov 0–66 år i 5. kvintil og andel med omfattende bistandsbehov 67 år+ i 4. eller 5. kvintil – 17 kommuner

b) Med andel brukere med omfattende bistandsbehov 0–66 år i 4. kvintil og andel med omfattende bistandsbehov 67 år+ i 4. eller 5. kvintil – 10 kommuner

Denne typologien er bygget opp som en kombinasjon av andel brukere 0–66 år og 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Den har 2 trinn – først brukere 0–66 år med omfattende bistandsbehov, enten i 5. eller 4. kvintil. Dernest eldre 67 år med omfattende bistandsbehov, enten i 4. eller 5. kvintil. De kommunene som i de to primærgruppene skårer i 5. kvintil for eldre 67 år+ med omfattende bistandsbehov, er merket med grå bakgrunn i matrise 6.8.

Vi legger merke til at sju av disse kommunene har brukere under Vertskommunetilskuddsordningen, med et varierende antall brukere, jfr. matrise 6.8. Hvor mange disse utgjør av alle brukere, er mulig å beregne.

Typologi 8 er basert på kriterier om brukere under og over 67 år med omfattende bistandsbehov. Det er slike mål som alene bidrar til å karakterisere denne typologien, og i utgangspunktet ingen andre. Hvordan denne gruppen kommuner kommer ut på øvrige standardkriterier, blir således særlig interessant, fordi skårene på disse vil måtte forbinde situasjonen med mange med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene med utviklingen og dagens kvantitative bruk av institusjoner og hjemmebaserte tjenester.

Matrise 6.8 Kommuner med skåre i 5. eller 4. kvartil i målet for andel 0–66 år med hjemmebaserte tjenester og med omfattende bistandsbehov – typologi 8a og typologi 8b, og med andel 67 år+ i hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov i 4. eller 5. kvartil for begge undergrupper av kommuner. 27 kommuner etter følgende kjennetegn: rater i institusjon (rateI80+) og rater i hjemmebaserte tjenester (rateH80+) i 1996 og 2010.

Kommunennummer og navn	RateI80+96	RateI80+10	RateH80+96	RateH80+10
Typologi 8				
<i>a omfattende bistand 0-66 år i 5. kvartil</i>				
0125 Eidsberg	14,94	11	36,36	32
0128 Rakkestad	14,67	12,3	32,63	36,5
0423 Grue	18,18	11,8	33,96	36,4
0528 Østre Tot. *)	18,95	9,2	33,66	32
0542 Nord-Aurd. *)	19,00	10,6	23,48	28,1
1238 Kvam *)	17,34	10,6	29,67	37,9
1635 Rennebu	17,72	17,4	33,54	45,8
1805 Narvik	22,73	12,5	79,97	38,1
1813 Brønnøy	18,93	15,7	0,00	38,3
1840 Saltdal *)	16,67	14,2	34,15	37,8
0702 Holmestrand *)	12,30	9,2	40,37	33,4
1253 Osterøy	14,99	12,3	30,26	28,3
1428 Askvoll	19,80	14	58,88	37,7
1529 Skodje *)	16,10	13,5	30,51	39,1
1630 Åfjord**)	24,59	10	33,33	37,9
1901 Harstad	20,23	14,7	40,76	43,4
1931 Lenvik	19,24	13	33,53	37,7
<i>b. omfattende bistand 0-66 år i 4. kvartil</i>				
0437 Tynset	11,58	13,7	42,77	34,8
0623 Modum	16,28	15,1	51,46	38,9
1426 Luster	17,14	14,8	48,05	45,4
1520 Ørsta	17,79	19,9	32,11	32,8
1617 Hitra	21,92	13,9	30,59	38,1
0605 Ringerike	17,21	8,2	29,94	37,5
1122 Gjesdal	12,99	11,2	41,13	31,9
1130 Strand	18,70	6,6	25,47	35,2
1439 Vågsøy **)	26,62	8,8	24,10	43
1441 Selje	14,10	14,4	37,82	38,3

*) Kommuner merket med stjerne er kommuner med brukere som mottar midler gjennom det særskilte statlige såkalte Vertskommunetilskuddet.

**) Åfjord og Vågsøy er med her i typologi 8, men er også med i typologi 6.

Våre data om endringer fra 1996 til 2010 har imidlertid ikke data om bistandsbehov. Vi vil således måtte vurdere de 27 kommunene i typologi 8 ut fra standarddata om endring i bruk av institusjoner og hjemmebaserte tjenester.

Vi vil her både legge vekt på situasjonen i 2010 når det gjelder disse tre hovedkriteriene, men også endring i perioden 1996–2010. Vi starter med bruk av institusjoner.

Av disse 27 kommunene har 23 bygget ned institusjonsdekning 80 år+ fra 1996 til 2010, fra i gjennomsnitt 17,8 plasser per 100 innbyggere 80 år+ til 11,9 – en nivåsenkning tilsvarende 33 prosent. Mens disse 23 kommunene i gjennomsnitt plasserte seg i 3 kvintil for institusjonsbruk i 1996, var de i gjennomsnitt rimelig nær grenseverdien for 1. kvintil i 2010 (10,9 pst): Med unntak av Rennebu, Ørstad og Brønnøy – jfr. matrise 6.8 – hadde disse kommunene jevnt over bygget ned institusjonsbruken i betydelig grad.

I 2010 lå 21 av disse 27 kommune under landsgjennomsnittet for andel 80 år+ i institusjon (14,4). 15 plasserte seg i 1. og 2. kvintil (under 13,4), mens bare tre av dem befant seg i 4. og 5. kvintil. Mange med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene i typologi 8 er, bare med få enkeltunntak, nøye knyttet til lav institusjonsdekning. En har med andre ord bevisst endret innretning og foretatt flere grep samtidig.

Framveksten av jevnt over mange brukere med omfattende bistandsbehov under og over 67 år er klart forbundet med redusert bruk av institusjoner (sykehjem). En løser behovene alternativt.

Av disse kommunene bygget majoriteten opp de hjemmebaserte tjenestene fra 1996 til 2010, idet 18 kommuner økte andelen eldre 80 år+ med slike tjenester, jfr. matrise 6.8. 17 av disse kommunene lå over landsgjennomsnittet i bruk av hjemmebaserte tjenester til brukere 80 år+ i 2010 (36,3). Dog var det slik at bare to kommuner plasserte seg i 5 kvintil (> 43,9), mens 13 kommuner likevel befant seg i 4. kvintil (grenseverdier 37,6–41,7) i 2010, jfr. vedlegg B i dette kapitlet.

Det var imidlertid fire kommuner (Kvam, Vågsøy, Skodje og Brønnøy) som endret innretning i bruken av de hjemmebaserte tjenestene til personer 80 år+ fra skåre i 1. kvintil i 1996 til skåre i 4. eller 5 kvintil i 2010. Og det var tre kommuner (Åfjord, Rennebu, Saltdal) som endret posisjon fra 2. kvintil til 4./5. kvintil i 2010 for samme rate, jfr. vedlegg B.

Kommunene i denne typologien har jevnt over økt andelen brukere av hjemmebaserte tjenester, men ikke til et spesielt høyt nivå. Institusjonsnedbyggingen har ført til bare en moderat økning av andelen eldre med hjemmebaserte tjenester – noe som synes rimelig ut fra den store andelen med omfattende bistandsbehov blant både eldre og yngre brukere, og dermed i en substituerbar situasjon med hensyn til institusjonsplassering. Her vil imidlertid kunnskap om grad av omfang av hjelp blant disse brukerne i de hjemmebaserte tjenestene kunne underbygge hvor stor graden av slik substituering har funnet sted i disse kommunene.

For disse kommunene synes det imidlertid videre som at mange med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene, ikke i særlig grad har redusert antall

brukere 67 år+ av hjemmebaserte tjenester generelt. Vi viser her til typologi 1 med få brukere av hjemmebaserte tjenester.

Karakteristikk

Dette er framfor alt kommuner med mange brukere i åpen omsorg med omfattende bistandsbehov, både under og over 67 år. Derfor er det rimelig at de har noen færre brukere i institusjon, men jevnt over ikke vesentlig under landsgjennomsnittet. Samtidig har de fleste generelt en relativt stor andel eldre i de hjemmebaserte tjenestene, idet majoriteten har slik dekning over landsgjennomsnittet. En synes å favne både de tunge brukerne med et tilbud i åpen omsorg, samtidig som en generelt har et rimelig institusjonstilbud samt hjemmebaserte tjenester som når relativt mange. De fleste av disse kommunene må vi anta har en allment bred og godt utviklet pleie- og omsorgstjeneste for hele befolkningen.

6.11 To deltypologier i tillegg til de åtte

I arbeidet med å utvikle typologier for ulike innretninger av pleie- og omsorgstjenestene, har vi gjort mange vurderinger og endringer underveis. Vi endte opp med åtte typologier for innretning av omsorgstjenestene. Senere har vi inkludert to nye typologier som i en tidligere fase i arbeidet ble utelatt – dette på grunn av at det ble for mange typologier i forhold til antall aktuelle casekommuner. Her gjør vi rede for disse to typologiene. De er her benevnt som typologi 9 og 10. Ved valg av casekommuner – der kvalitetskriteriet ble tillagt vesentlig vekt – førte det til at flere av disse kommunene kom med i det endelige valget.

Få brukere under offentlig omsorgsregime og få brukere av offentlige tjenester

- **Typologi 9. Kommuner med få brukere under offentlige omsorgsregime og få brukere av hjemmebaserte tjenester. 32 kommuner.**

Dette er kommuner med skåre i 1. kvartil både i målene andel brukere 67 år av pleie- og omsorgstjenester i alt, og andel brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ i 1. kvartil.

Det er 32 kommuner med samlet sett få brukere under offentlig omsorgsregime (som befinner seg i 1. kvartil for andel 67 år+ under offentlig omsorgsregime – med plass i institusjon + hjemmebaserte tjenester), det vil si har samlet sett få brukere i alt, og som samtidig har lav rate for bruk av hjemmebaserte tjenester 80 år+ (1. kvartil).

Dette er kommuner hvor i gjennomsnitt 8,4 prosent 80 år+ har plass i institusjon og hvor 18,5 prosent i gjennomsnitt er under offentlig omsorgsregime.

Matrise 6.9 Oversikt over kommuner med skåre i 1. kvintil i målene andel brukere 67 år i alt og andel brukere av hjemmebaserte tjenester 80 år+ (32 kommuner)*)

0135 Råde	0228 Rælingen	0427 Elverum	1124 Sola
0138 Hobøl	0230 Lørenskog	0501 Lillehammer	1127 Randaberg
0211 Vestby	0233 Nittedal	0532 Jevnaker	1149 Karmøy
0213 Ski	0234 Gjerdrum	0542 Nord-Aurdal	1245 Sund
0214 Ås	0235 Ullensaker	0701 Horten	1264 Austrheim
0217 Oppegård	0236 Nes (Ak.)	0711 Svelvik	1638 Orkdal
0219 Bærum	0237 Eidsvoll	0805 Porsgrunn	1657 Skaun
0220 Asker	0239 Hurdal	1101 Eigersund	1820 Alstahaug

*) Kommuner i 1. kvintil i målet for andel med omfattende bistandsbehov blant brukere av hjemmebaserte tjenester er merket av i med mørkegrå bakgrunn i tabellen. Det er ingen kommuner i 5. kvintil for omfattende bistandsbehov, og 2 kommuner i 4. kvintil, merket med lys grå bakgrunn.

Dette kan antas å være kommuner med svært avgrenset satsing, målrettet mot de mest hjelpetrengende (pleiestrategi). Men det kan også dreie seg om det motsatte. Hvis disse kommunene jevnt over driver pleieintensivt overfor få brukere, bør de samtidig skåre høyt i målet for andel brukere med omfattende bistandsbehov 67 år+ i de hjemmebaserte tjenestene.

Men om vi holder oss til andel brukere med hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov (uavhengig av hvor stor andel som mottar slike tjenester), er det slik at i kommuner med få (her tilhørende 1. og 2. kvintil) brukere under kommunalt omsorgsregime, hører 50 prosent av disse kommunene til blant de som samtidig har få brukere (her tilhørende 1. og 2. kvintil) med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene.⁶³ På den andre siden er det 35 prosent av disse kommunene som samtidig har mange (i 4. og 5. kvintil) brukere med omfattende bistandsbehov.

Det kan bety at vi i denne typologi 9 i hovedsak har å gjøre med to undergrupper av slike kommuner. På den ene siden kommuner med et lite innslag av tunge brukere utenfor institusjon (halvparten av disse kommunene), og på den andre siden kommuner med relativt mange brukere med omfattende bistandsbehov (35 pst av dem). Det betyr at den sistnevnte gruppen synes å falle inn under antakelsen om kommuner med få brukere, men med intensiv drift (pleiestrategi), mens den andre undergruppen

⁶³ Disse resultatene er basert på data fra 176 kommuner, der vi har opplysninger om andel brukere med omfattende bistandsbehov. Av 88 kommuner med skåre i målet for andel under kommunalt omsorgsregime i 1. og andre kvintil, hadde 50 pst av disse kommunene samtidig skåre i 1. og 2. kvintil i målet for omfattende bistandsbehov 67 år+, mens 35 pst av dem skåret i målets 4. og 5 desil. Denne krystabellen er ikke vist i denne teksten.

har få brukere totalt og samtidig få med omfattende hjelpebehov, det vil si med lite intensiv drift.

Halvparten av disse 32 kommunene ligger i Østfold og Akershus, hvor også svært mange av de øvrige kommunene har stor nærhet til lokalsykehus. Det er påvist effekt av slik nærhet på dimensjoneringen av kommunal pleie og omsorg (Hagen 2009). Dette er ikke generelt et vesentlig trekk, men et moment som bør vurderes når det gjelder denne typen kommuner.

Få brukere med omfattende bistandsbehov

- **Typologi 10. Kommuner med få brukere med omfattende bistandsbehov. 24 kommuner.**

Dette er kommuner som skårer i 1. kvintil for andel 0–66 år med omfattende bistandsbehov og i 1. eller 2. kvintil for brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov.

Dette er kommuner med lav andel brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov både blant brukere 0–66 år og brukere 67 år+. Hvilke kommuner det er, går fram av matrise 6.10.

Matrise 6.10 Kommuner med både lav andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov og brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov – 24 kommuner*

0213 Ski	0233 Nittedal	0806 Skien	1601 Trondheim
0214 Ås *	0235 Ullensaker	1002 Mandal	1638 Orkdal
0217 Oppegård	0237 Eidsvoll	1103 Stavanger	1653 Melhus
0227 Fet	0301 Oslo	1106 Haugesund	1804 Bodø
0230 Lørenskog	0706 Sandefjord	1124 Sola	1841 Fauske
0231 Skedsmo	0722 Nøtterøy	1201 Bergen	1860 Vestvågøy

* Disse 24 kommunene skårer i 1. kvintil for andel 0–66 år med omfattende bistandsbehov og i 1. eller 2. kvintil for brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Kommuner som skårer i 1. kvintil for begge målene er merket med grå bakgrunn (16 kommuner). Kommune merket med stjerne tilhører kommuner med vertskommunetilskudd. Storbyene er merket med fet skrift. Det er første gang de framtrer i våre mange typologier.

Det er faktisk 16 kommuner blant disse som har få brukere med omfattende bistandsbehov både over og under 67 år, det vil si plasserer seg i 1. kvintil for begge disse målene. Teoretisk kan disse kommunene representere mange typer drift. Det kan være kommuner som driver knapt, i betydningen av å konsentrere seg om få brukere, det vil si innenfor en pleiestrategi. Det kan undersøkes nærmere ved å sammenholde disse kommunene med for eksempel andel eldre samlet under offentlig omsorgsregime og institusjonsrater. Men få brukere med omfattende bistandsbehov i disse kommunene

understøtter ikke en slik antakelse. Derfor kan det også være noen av disse kommunene som rett og slett driver knapt.

Vi legger også merke til at i denne typologien finner vi alle de fire store byene, samtidig som det i tillegg her er flere byer og store storbynære kommuner. Har de få unge, tyngre brukere rett og slett fordi det samfunnsmessig ikke er plass for yngre med omfattende bistandsbehov, det vil si at disse ikke flytter til storby og svært sentrale strøk med høy sysselsetting og høye boligpriser? Er det slik at det er mindre og levekårsmessig billigere kommuner som i større grad blir sittende igjen med de ressursvake? Det er etter vår vurdering et slående trekk at det i disse store og jevnt over ressurssterke kommunene på en og samme tid er få brukere med omfattende bistandsbehov uansett alder. Antatt høy institusjonsdekning i noen av dem kan på langt nær være hele forklaringen. Eller er det slik at befolkningen i disse kommunene over lang tid har vært selektert i kraft av høy sysselsetting, ikke manuelle yrker med høy utdanning og gjennomgående god helse og hensiktsmessige boliger, slik at helseproblemene rett og slett har et mindre omfang i den eldre befolkningen her enn i mindre urbane kommuner?

På sett og vis er kanskje denne den mest interessante typologien av alle vi så langt har presentert. De fire største byene er med her, mens de ikke er representert i de øvrige hovedtypologiene som vi har gått igjennom foran. Samtidig minner denne spesifikke sammenstillingen av kommuner i det siste eksemplet oss om det betydelige mangfoldet i innretningen av pleie- og omsorgstjenestene i Norge, selv på typologinivå. Det er ikke bare slik at det generelt er et stort mangfold i kommunenes innretning av tjenestene, med til dels store spredninger. Midt oppe i dette synes det samtidig å eksistere et stort mangfold av undergrupper og typologier. Dette bildet må samtidig minne oss om hvor krevende det er å gripe de mindre strukturene som tross alt befinner seg i dette mangfoldet.

6.12 Om overlapp mellom typologier

Typologiene er konstruert på grunnlag av signifikante korrelasjoner mellom sentrale mål for bruk og innretning av pleie- og omsorgstjenestene, slik vi har gjort rede for i kapittel 3.4. Det er i hovedsak åtte ulike slike mål som er nyttet ved etableringen av de ulike typologiene. Oftest er de konstruert ut fra skåre i to mål for bruk, for eksempel mange eldre beboere i institusjon og få brukere av hjemmebaserte tjenester.

Noen ganger er typologiene etablert ut fra tre ulike mål for bruk av pleie- og omsorgstjenester. En og samme kommune kan derfor komme med i to eller flere typologier alt etter hvordan de skårer i de åtte ulike målene for innretning av tjenestene som nyttes i etableringen av de ulike typologiene. Derfor må det bli en rekke overlapp mellom

typologiene. Oversikt over hvilke kommuner som overlapper i de åtte ulike typologiene, går fram av vedlegg A.

Vi går her ikke igjennom samtlige overlappinger mellom de åtte typologiene, men har valgt å begrense oss til å illustrere dette ved å gi et eksempel. Vi tar utgangspunkt i typologi 6, kommuner med hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon, det vil si med mange brukere av hjemmebaserte tjenester og med få beboere i institusjon. Typologi 6 er definert ved mange (i 5. kvintil) brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov og få eldre 80 år+ i institusjon (i 1. kvintil) – 25 kommuner.

Av disse 25 kommunene befinner samtidig åtte kommuner seg i typologi 5 (Øvre Eiker, Hurum, Re, Sauda, Vågsøy, Åfjord, Levanger og Sula), som er kommuner med høy tilgjengelighet i korttidsplasser samt få eldre med plass i institusjon og mange med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene. Typologi 5 er definert ved tilgjengelighet i korttidsplasser 80 år+ i 4. eller 5. kvintil, få (i 1. kvintil) med plass i institusjon 80 år+ og andel med omfattende bistandsbehov blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ i 4. eller 5. kvintil – 15 kommuner.

Typologi 5 er forskjellig fra typologi 6 ved blant annet å være definert ved høy tilgjengelighet til korttidsplassene. Men kommuner i begge typologiene har til felles å ha få eldre 80 år+ i institusjon. Og kommuner i begge typologiene har mange eldre 67 år+ med hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov.

Det er således slik at typologi 5 har «innskjerpende» krav til å komme med i denne typologien i forhold til typologi 6, fordi tilgjengelighet til korttidsplassene innføres som tilleggs-kriterium. Rent normativt vil vi anta at kommunene i typologi 5 jevnt over er mer «progressive» enn kommunene i typologi 6.

Vi nevner her at de to casekommunene Hurum og Sula har plass i begge typologiene. Men når vi karakteriserer Hurum og Sula, vil vi i tillegg til egenskapene ved typologi 6 også nytte egenskaper ved typologi 5, nemlig høy tilgjengelighet til korttidsplassene.

Poenget med kunnskap om overlapp mellom typologiene er for oss å gi tilleggs-kunnskap om de kommunene med plass i de enkelte typologiene som samtidig inngår i andre typologier. Poenget med vårt arbeid med typologisering av kommunenes innretning av omsorgstjenestene har ikke vært å etablere et sett med gjensidig utelukkende typologier – noe som opplagt ville ha gitt et stort og snevert antall slike typologier – men å utvikle distinkte typologier basert på basiskjennetegn ved innretningen av pleie- og omsorgstjenestene. Som mål for variasjonen i innretningen av omsorgstjenestene viser – med svært stort mangfold, er det den eneste realistiske løsningen, om en søker et minimum av struktur i det store mangfoldet.

I alt er det 46 kommuner i våre typologier som samtidig befinner seg i en annen typologi, jfr. vedlegg A.

6.13 Avslutning

Selv om det er opplagt at det på langt nær eksisterer en helhet i innretningene av kommunenes pleie- og omsorgstjenester, er det likevel en utfordring å analysere seg fram til avgrensede delstrukturer, eller klare mindre avgrensede typologier. I noen grad har vi lykket med å finne slike typologier. Likevel omfatter de åtte primære typologiene som er presentert her, 178 av i alt 333 kommuner med innbyggere 2000+ i 2010. Hele 145 kommuner, eller 44 prosent av alle de 333 kommunene med 2000 innbyggere+ faller, utenfor våre typologifiseringer.

Dette er samtidig et uttrykk for mangfoldet i kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene, og for mangel på forent kunnskap, forståelse og nasjonal konsensus om hvordan tjenestene i hovedsak bør innrettes. Og at det er blitt slik, kan bare delvis forklares med kommunale forskjeller i behov i den eldre befolkningen eller reelle lokale forhold (f. eks geografiske avstander), som befolkningsmessige (f. eks andel aleneboende) eller helsemessige (f. eks høy dødelighet). Selv om slike forhold i vekslende grad gjør seg gjeldende, kan de ikke forklare at noen kommuner for eksempel yter omsorgstjenester til nærmere dobbelt så stor del av eldrebefolkningen som andre kommuner, eller bruker svært mye/lite ressurser per bruker – under ellers like vilkår – sammenliknet med andre kommuner med noenlunde samme befolkningsstruktur.

6.14 Vedleggstabeller

Vedleggstabeller A

Matrise V1 Oversikt over 8 typologier etter skåre i mål for bruk av institusjon 80 år+(1), bruk av hjemmebaserte tjenester 80 år + (2), andel 67 år+ i institusjon+ med hjemmebaserte tjenester (3), bruk av hjemmebaserte tjenester 0–66 år (4), tilgjengelighet til korttidsplasser 80 år+ (5), andel med omfattende bistandsbehov i hjemmebaserte tjenester 0–66 år (6), og andel med omfattende bistandsbehov i hjemmebaserte tjenester 67 år+ (7).

	T. 1	T. 2	T. 3	T.4	T. 5	T. 6	T. 7	T.8
Institusjonsbruk 80 år+	1. kv 2. kv 4. kv 5. kv	X			X	X		
Hjemmebaserte 80 år+	1. kv 2. kv 4. kv 5. kv	X	X					
Alle 67 år Intitusjonsbruk+ Hjemmebaserte	1. kv 2. kv 4. kv 5. kv		X					
Hjemmebaserte 0-66 år	1. kv 2. kv 4. kv 5. kv						X	
Tilgjengelighet kort 80+	1. kv 2. kv 4. kv 5. kv				X			
Omfattende behov 67+	1. kv 2. kv 4. kv 5. kv				X	X		X
Omfattende behov 0-66	1. kv 2. kv 4. kv 5. kv							X

Matrise V2 Kommuner som inngår i typologi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 og 8

TYP 1	TYP 2	TYP 3	TYP 4	TYP 5	TYP 6	TYP 7	TYP 8
0438 Alvdal	0111 Hvaler	0513 Skjåk	0430 Stor-Elvdal	0628 Hurum	0605 Ringerike	0420 Eidskog	0125 Eidsberg
0511 Dovre	0239 Hurdal	0544 Øystre Slidre	0536 Søndre Land	1130 Strand	0624 Øvre Eiker	0430 Stor-Elvdal	0128 Rakkestad
0516 Nord-Fron	0627 Røyken	0829 Kviteseid	0540 Sør-Aurdal	1135 Sauda	0628 Hurum*	0515 Vågå	0423 Grue
0534 Gran	0709 Larvik	1231 Ullensvang	0621 Sigdal	1238 Kvam	0702 Holmestr.*	0519 Sør-Fron	0437 Tynset
0911 Gjerstad	1101 Eigersund	1566 Surnadal	0631 Flesberg	1246 Fjell	1130 Strand*	0536 Søndre Land **)	0528 Østre Toten
0937 Evje og Hornnes	1724 Verran	1624 Rissa	0834 Vinje	1439 Vågsøy	1221 Stord*	0540 Sør-Aurdal	0542 Nord-Aurdal
1021 Marnardal	0528 Østre Toten	1736 Snåsa	1134 Suldal	1630 Åfjord	1243 Os (Hor)*	0622 Krødsherad	0605 Ringerike
1146 Tysvær	0542 Nord-Aurdal	1742 Grong	1141 Finnøy	1719 Levanger	1439 Vågsøy	0631 Flesberg	0623 Modum
1245 Sund	0624 Øvre Eiker	1812 Sømna	1223 Tysnes	0624 Øvre Eiker	1531 Sula*	0633 Nore og Uvdal	0702 Holmestr.
1264 Austrheim	0625 Nedre Eiker	1854 Ballangen	1259 Øygarden	0625 Nedre Eiker	1630 Åfjord	0833 Tokke	1122 Gjesdal
1417 Vik	0702 Holmestrand	1913 Skånland	1411 Gulen	0716 Re	1702 Steinkjer (*)	0911 Gjerstad	1130 Strand
1419 Leikanger	1102 Sandnes	1422 Lærdal	1416 Høyanger	0814 Bamble	1714 Stjørdal*	1114 Bjerkreim	1238 Kvam
1430 Gaular	1127 Randa-berg	1523 Ørskog	1422 Lærdal	1224 Kvinnherad	1719 Levanger*	1223 Tysnes	1253 Osterøy
1515 Herøy (M.R)		1557 Gjemnes	1426 Luster	1531 Sula	0822 Sauherad	1416 Høyanger	1426 Luster
1543 Nesset		1567 Rindal	1429 Fjaler	1627 Bjugn	1032 Lyngdal	1523 Ørskog	1428 Askvoll
1868 Øksnes		1648 Midtre Gauldal	1431 Jølster		1256 Meland	1551 Eide	1439 Vågsøy **)
1922 Bardu		1838 Gildeskål	1523 Ørskog		1420 Sogndal	1573 Smøla	1441 Selje
		1941 Skjervøy	1557 Gjemnes		2003 Vadsø	1635 Rennebu	1520 Ørsta
		2011 Kautokeino	1567 Rindal		0716 Re	1718 Leksvik	1529 Skodje *)
		2020 Porsanger	1573 Smøla		0817 Drangedal	1736 Snåsa	1617 Hitra
		2021 Karasjok	1635 Rennebu		1037 Kvinesdal	1742 Grong	1630 Åfjord**)
			1644 Holtålen		1135 Sauda*	1812 Sømna	1635 Rennebu
			1648 Midt. Gauldal		1445 Gloppepen(*)	1837 Meløy	1805 Narvik
			1703 Namsos		1528 Sykkylven	1838 Gildeskål	1813 Brønnøy
			1832 Hemnes		1870 Sortland *)	1850 Tysfjord	1840 Saltdal)
			1838 Gildeskål			1911 Kvæfjord	1901 Harstad
			1850 Tysfjord			2002 Vardø	1931 Lenvik
			1911 Kvæfjord			2020 Porsanger	
			2011 Kautokeino				
			2020 Porsanger				
			2021 Karasjok				
17 kom	13 kom	21 kom	31 kom		25 kom	28 kom	27 kom

Matrise V3 Kommuner som inngår i to eller flere av typologi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 og 8*)

TYP 1	TYP 2	TYP 3	TYP 5	TYP 6	TYP 7	TYP 8
	0528 Østre Toten					0528 Østre Toten
	0542 Nord-Aurdal					0542 Nord-Aurdal
	0624 Øvre Eiker		0624 Øvre Eiker	0624 Øvre Eiker		
	0625 Nedre Eiker		0625 Nedre Eiker			
			0628 Hurum	0628 Hurum		
	0702 Holmestrand			0702 Holmestrand		0702 Holmestrand
			0716 Re (fom. 2002)	0716 Re		
0911 Gjerstad					0911 Gjerstad	
				1130 Strand		1130 Strand
			1135 Sauda	1135 Sauda		
			1238 Kvam			1238 Kvam
			1439 Vågsøy	1439 Vågsøy		1439 Vågsøy
		1523 Ørskog			1523 Ørskog	
			1531 Sula	1531 Sula		
			1630 Åfjord	1630 Åfjord		1630 Åfjord
					1635 Rennebu	1635 Rennebu
			1719 Levanger	1719 Levanger		
		1736 Snåsa			1736 Snåsa	
		1742 Grong			1742 Grong	
		1812 Sømna			1812 Sømna	
		2020 Porsanger			2020 Porsanger	
Antall : 1	5	5	10	10	7	8

*) For å lette oversikten har vi utelatt typologi 4, det vil si de 21 kommunene i typologi 4 i oversikten av overlapp, fordi typologi 4 er uten overlapp til øvrige typologier. Disse kommunene er det imidlertid gjort rede for teksten i tilknytning til omtale av typologi 4. Den nå innsnevrede typologi 4 består av bare 12 kommuner, mot i utgangspunktet 31.

Vedleggstabeller B

Matrise V4 Oversikt over grenseverdier for kvintiler i ulike mål nyttet i studie av endret Innretning av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene 1996-2010. Kommunal variasjon i innretning av pleie- og omsorgstjenestene i 328 kommuner med 2000 innb+. Rate i institusjon og i hjemmebaserte tjenester 80 år+ samt tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem målt ved antall utskrivninger per antall innbyggere 80 år+. Grenseverdier, gj.sn og median for skåre i kvintiler i 1996 og 2010 (2006). Faktiske rater. Verdier avrundet til desimaler.

Gruppering av kommuner i kvintiler	Rater i institusjon, hjemmebaserte tjenester og tilgjengelighet til sykehjem 80 år+ 1996 og 2010 (2006)					
	Institusjoner for eldre		Hjemmebaserte tjenester		Tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem	
	1996	2010	1996	2010	1996	2006
Antall kommuner	328	328	328	328	328	328
- 1. kvintil	< 14,0	< 10,9	< 31,6	< 31,3	< 14,0	< 16,0
- 2. kvintil	14,0- 17,0	10,9-13,3	31,6-34,7	31,3-34,3	14,0-21,4	16,0-23,9
- 3. kvintil	17,1-19,2	13,4 15,4	34,8-39,1	34,4-37,5	21,6-30,2	24,0-34,5
- 4. kvintil	19,2-22,1	15,5 -18,0	39,1-43,5	37,6-41,7	30,3-43,8	34,5-46,9
- 5. kvintil	22,1-53,6	18,1-31,6	43,6-86,5	41,8-53,0	43,9-99,9	47,0-99,9
Gj. sn.	18,4	14,4	38,2	36,3	30,5	33,1
Median	18,0	14,1	36,8	36,1	25,7	29,1
Gj sn. 1. kvintil	11,6	8,45	28,1	28,0	6,6	10,5
Gj.sn. 5. kvintil	26,1	20,67	51,7	45,4	63,7	64,9
Forhold 1.: 5. kvintil	1:2,3	1:2,4	1:1,8	1:1,6	1:9,6	1:6,2

Kilde: SSB, KOSTRA og spesialkjøringer for dette prosjektet.

*) Originalen som utgjør grunnlaget for koding til kvintiler, er basert på 100-deler og ikke desimaler, slik det er forkortet i denne oversikten som vi har laget for å øke lesbarheten av grenseverdiene.

1. Institusjonsrate 80 år+:

Grenseverdi for institusjonsrate i 2010 1. kvintil: < 10,8, 1. desil < 8,8, 5 kvintil: > 18,1 10. desil: > 19,9.

Gjennomsnitt 14,4

2. Rate hjemmebaserte tjenester 80 år+:

Grenseverdi for rate hjemmebaserte tjenester i 2010 1. kvintil: < 31,26, 1. desil < 28,68, 5 kvintil: > 41,8110. desil: > 44,97.

Gjennomsnitt 36,3

3. Rate for tilgjengelighet til korttidsplasser 80 år+:

Grenseverdi for rate tilgjengelighet til korttidsplasser 80 år+: i 2006 1. kvintil: < 16,00, 1. desil < 11,86,

5 kvintil: > 46,90, 10. desil: > 59,26.

Gjennomsnitt 33,1.

7 Ressurseffektivitet

Vi vil i dette kapitlet gjøre rede for ressurseffektiviteten i pleie- og omsorgstjenestene målt ved ressursbruken i brutto driftsutgifter per bruker blant beboere i institusjon (f253+f261 i KOSTRA) og brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov (f254 i KOSTRA). Analysene gjelder alle beboere i institusjon pluss brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov i 2013. Når vi velger brutto og ikke netto driftsutgifter, er det fordi vi ønsker å få et godt mål for omfanget av ressursbruken, den samlede aktiviteten. Hadde vi for eksempel valgt netto driftsutgifter, ville vi blant annet ikke ha fanget opp den delen av omsorgstjenestene som i et mindre antall kommuner utføres av private aktører.

Vi la her opprinnelig opp til å nytte data om årsverksbruken for institusjon og hjemmebaserte tjenester. Disse har vi nyttet i oppgaver over ressursbruk på landsbasis i kapittel 4. Vi legger her ved en oversikt over hvordan denne årsverksbruken fordeler seg på hovedgrupper av brukere i 2013, jfr. tabell V7.4. Resultatene herfra kan jevnføres med tilsvarende data om brutto driftsutgifter for de samme gruppene i tabell V7.1. Denne sammenlikningen viser at de to målene jevnt over måler det samme på landsbasis.

Men vi erfarte at data om årsverk kunne være upålitelige for enkeltkommuner på grunn av feilføringer. Således synes det som at enkeltkommuner blant annet fører bemanningen i heldøgns omsorgsboliger under institusjon (f253 i KOSTRA). Derfor har vi valgt å nytte brutto driftskostnader som mål for ressursbruken i casekommunene. Se for øvrig kapittel 4.2, der vi begrunner å gå over fra å nytte årsverk til å bruke brutto driftsutgifter som mål for ressurseffektivitet.

Vi har delt framstillingen i to deler. Først gjør vi rede for ressurseffektiviteten i de ni casekommunene (del I). Dernest gjør vi rede for og analyserer ressurseffektiviteten etter de samme målene i kommunene generelt, men begrenset til kommuner med 2000 innbyggere+ (del II).

Del I De ni casekommunene

7.1 Ressursbruk i institusjon versus åpen omsorg

I kapittel 4 gjorde vi rede for og drøftet ulike mål for ressurseffektivitet, der vi særlig la vekt på innretningene av hovedtjenestene i pleie og omsorg, og særlig forholdet mellom ressursbruk i institusjon versus i åpen omsorg for brukere med omfattende bistandsbehov. Vi viser til dette.

Noen nøkkelstørrelser

I henhold til vårt delmål 1 for måling av ressurseffektivitet – som vi gjorde rede for i kapittel 4 – tar vi her utgangspunkt i hvordan kommunene har innrettet tjenestene for de mest ressurskrevende brukerne, det vil si brukerne av institusjonstjenester versus brukere 67 år+ av hjemmebaserte tjenester (åpen omsorg) med omfattende bistandsbehov. Vi har alt vist (kap. 4) at disse to brukergruppene brukte 82,5 prosent av samlet ressursinnsats målt i årsverk til brukere 67 år+ i pleie- og omsorgstjenestene i 2013 (da for øvrig 71 pst av samtlige årsverk i omsorgstjenestene til brukere 67 år+ ble brukt i institusjonene, se også tabell V7.4). Målt i brutto driftskostnader brukte disse to brukergruppene 84,3 prosent av ressursene i de to hovedtjenestene i pleie og omsorg, jfr. tabell V7.1.⁶³

Gjennom delmål 1 fanger vi derfor opp den altoverveiende delen av kommunenes samlede ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene blant brukere 67 år+.

Sentralt i denne sammenhengen er også hvordan kommunene har innrettet tilbudet sitt med hensyn til omfang i bruk av institusjon versus åpen omsorg for brukere med omfattende bistandsbehov. Vi har tidligere vist at beboere i institusjon på landsbasis bruker dobbelt så mange årsverk per bruker sammenliknet med brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 67 år+, respektive 1,43 årsverk og 0,65 årsverk per bruker per år, jfr. også tabell V7.4.

Når det er slik, vil det måtte være av vesentlig betydning hvor mange eldre som har plass i institusjon versus andelen med omfattende bistandsbehov som får hjelp og bistand gjennom de åpne omsorgstjenestene. Slik det går fram av tabell 7.1, var 76 prosent av sum beboere i institusjon og brukere av hjemmebaserte tjenester med

⁶³ Uten at vi har dekomponert årsaken til forskjellene mellom måling i årsverk og brutto driftsutgifter, er det mest sannsynlig at økningen i andelen fra 82,5 pst til 84,3 pst skyldes at institusjonsbeboere i det siste tilfellet omfatter alle, mens de i det første tilfellet bare gjaldt 67 år+. De marginale forskjellene synes å indikere at de to målene på landsbasis måler ressursbruken på samme måte.

omfattende bistandsbehov 67 år+ i 2013, beboere i institusjon, det vil si tre firedeker. Men variasjonene mellom kommunene i hvordan tjenestene er innrettet, er imidlertid svært stor. Mens for eksempel 95 prosent av disse to gruppene var beboere i institusjon i Nord-Fron i 2013, gjaldt det samme bare 32 prosent i Hurum, jfr. tabell 7.1.

Derfor vil vi også her gjøre rede for forholdet mellom ressursbruk i institusjon versus i åpen omsorg, der vi viser den andelsvis brukten i de to hovedtjenestene. Samtidig gjør vi rede for andelen brukere i de to hovedtjenesteformene.

Fordeling av ressurser og brukere

Her viser vi hvordan andeler av brutto driftsutgifter i omsorgstjenestene og andeler brukere fordeler seg mellom bruk i institusjon versus bruk blant brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov. Vi gjør det for året 2013 for våre ni casekommuner. Resultatene går fram av tabell 7.1.

På landbasis ble i gjennomsnitt 88 prosent av brutto driftskostnader som samlet gikk med til drift av institusjoner + brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 67 år+, nettopp brukt i institusjonene.

Og det er således generelt slik at mesteparten av ressursene i pleie- og omsorgstjenestene til brukere 67 år+ nyttes i institusjonene, og særlig til brukere med jevnt over omfattende bistandsbehov.

Men slik det går fram av tabell 7.1, er det betydelige forskjeller mellom de ni casekommunene i ressursbruk til eldrebefolkningen. Derfor har vi delt dem inn i tre grupper etter hvor stor del av de samlede ressursene til disse brukerne som nyttes i institusjon.

Eneste grunn til en slik inndeling er å lette oversikten og omtale av kommuner som synes noenlunde like med hensyn til profil i ressursbruken til de gruppene vi her analyserer.

Det ideelle hadde vært å begrense beboere i institusjon til beboere 67 år+. Beboere 0–66 år utgjorde på landsbasis i 2013 11 prosent av alle beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Men i middels store og i mindre kommuner lar det seg ikke gjøre å skille ut disse beboerne under 67 år+, da deres antall ikke er oppgitt. Dette er nærmere omtalt i kapittel 4. Vi nytter således her data om alle beboere i institusjon. På grunn av dette forholdet vil ressursbruken og antall beboere i institusjon veie litt mer enn hva den ville ha gjort om den var begrenset til beboere 67 år+.

Tabell 7.1 Fordeling av brutto driftsutgifter i 1000 kr. (BRD) og brukere mellom alle beboere i institusjon og brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 67 år+. 2013. Prosent.*

9 casekommuner	Andel br. driftsutgifter: i institusjon i alt/brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ m. omfattende bistandsbehov		Andel beboere/brukere – i prosent – inst./omfattende bistandsbehov		BRD/Antall brukere av hjemmebaserte m. omfattende bistandsbehov 67 år+ (n)	
	I institusjon i alt a	Omfattende bistandsbehov 67 år+b	Institusjon i alt c	Omfattende bistandsbehov 67 år+d	BRD i alt (a+b)	Beboere/brukere i alt (c+d)
Gruppe I						
0516 Nord-Fron	99	1	95	5	74402 (100)	77 (100)
0532 Jevnaker	95	5	80	20	64085 (100)	65 (100)
1124 Sola	93	7	89	11	185632 (100)	184 (100)
0233 Nittedal	91	9	79	21	147322 (100)	158 (100)
Gruppe II						
1703 Namsos	83	17	71	29	101349 (100)	121 (100)
0542 Nord-Aurdal	73	27	63	37	64085 (100)	75 (100)
Gruppe III						
1243 Os	54	46	47	53	129936 (100)	132 (100)
0628 Hurum	51	49	36	64	69299 (100)	86 (100)
1531 Sula	34	66	25	75	59099 (100)	87 (100)
Hele landet	88	12	76	24	49651725	56344

* Grunnlagsmaterialet for data i denne tabellen er hentet fra tabell V7.2 i vedlegg. Kilde for tabell 7.1: KOSTRA 2013, SSB 2014 (a og c) og IPLOS, spesialkjøring for Fafo, nov. 2015 (b, d).

I det følgende gjengir vi resultatene for hver av de tre grupperingene av casekommuner.

Gruppe I: Nord-Fron, Jevnaker, Sola og Nittedal

I den første gruppen, Nord-Fron, Jevnaker, Sola og Nittedal, nyttes fra 99 til 91 prosent av ressursene, målt ved brutto driftsutgifter til disse to valgte hovedgruppene i pleie og omsorg, til brukere i institusjon, jfr. tabell 7.1. Dette er imidlertid kommuner med rater for institusjonsbruk per innbyggere 80 år+ på eller noe over landsgjennomsnittet, jfr. kapittel 3. Satsingen i åpen omsorg i disse kommunene er liten, selv om antall brukere med omfattende bistandsbehov andelsmessig utgjør 20 og 21 prosent av disse to brukergruppene samlet sett i for eksempel Jevnaker og Nittedal, jfr. tabell 7.1. At det er slik, har også sammenheng med lav ressursinnsats per bruker 67 år+ av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov, det vil si godt under landsgjennomsnittet for to av dem (Nord-Fron og Jevnaker) og rundt landsgjennomsnittet for de to andre (Sola og Nittedal), jfr. tabell 7.2. Ikke bare har de få brukere i den sistnevnte gruppa, men det ytes også relativt lite hjelp per bruker. Det må i sin tur ha sammenheng

med den massive og ensidige satsingen på institusjon, som synes å ha som resultat at nesten samtlige brukere med særlig omfattende bistandsbehov ytes bistand i sykehjem.

På bakgrunn av at brutto driftsutgifter i institusjon jevnt over er dobbelt så høy i institusjon som blant brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg⁶⁴, så vil de samlede kostnadene per alle slike brukere jevnt over måtte bli høy i disse kommunene. Det kommer vi tilbake til.

Gruppe II: Namsos og Nord-Aurdal

I denne gruppen bruker en ressurs i institusjon noe under landsgjennomsnittet, der andelen årsverk nyttet i institusjon utgjør 83–73 prosent av samtlige ressurs som går til disse to hovedgruppene, jfr. tabell 7.1. Selv om andelen brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene utgjør om lag en tredel av samlet antall brukere i disse tre kommunene, faller likevel hovedtyngden av ressursbruken på beboere i institusjon, jfr. tabell 7.1. Dette også fordi brutto driftsutgifter per bruker blant dem med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg er moderat (jevnt rundt landsgjennomsnittet) i disse to kommunene, jfr. tabell 7.2. Det er også her slik at det er ressursbruken i institusjon som i hovedsak overstyrer den samlede ressursbruken til disse to hovedgruppene av brukere.

Gruppe III: Os, Hurum og Sula

I denne gruppen av casekommuner fordeler både bruken og brukerne seg vesentlig annerledes enn i de to andre. Her utgjør brukere med omfattende bistandsbehov 67 år+ om lag to tredeler av sum brukere i institusjon og åpen omsorg, jfr. tabell 7.1. Som vi tidligere har vist – jfr. kapittel 3 – er dette kommuner med særs lav bruk av institusjoner (rate institusjon her er 4–7 beboere per 100 innb. 80 år+), men med særs mange eldre 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg.

I Os og i Hurum utgjør bruken i åpen omsorg blant brukere med omfattende bistandsbehov litt over halvparten av samlet ressursbruk til disse to hovedgruppene brukere, jfr. tabell 7.1. I Sula gikk imidlertid bare 34 prosent av samlede brutto driftsutgifter til disse to brukergruppene, til beboere i institusjon. Det har igjen sammenheng med at i Sula utgjorde brukere 67 år+ med hjemmebaserte tjenester og omfattende bistandsbehov hele 75 prosent av alle slike brukere i 2013. Sula har radikalt satset på åpen omsorg for eldre med omfattende bistandsbehov. Men også Hurum og Os har svært mange av disse i åpen omsorg.

⁶⁴ Brutto driftsutgifter per bruker i institusjon var i 2013 1 013 000 per beboer i institusjon, mot 448 000 blant brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 67 år+, jfr. tabell 7.1, mens den tilsvarende årsverksbruken i de samme gruppene var 1,43 årsverk mot 0,66 årsverk i 2013, jfr. tabell V7.4. Med hensyn til brutto driftsutgifter og årsverksbruk var forholdstallet mellom disse to brukergruppene i 2013 respektive 2,26:1 og 2,17:1. Det må bety at de på landsbasis (i makro) i stor grad måler den samme ressursbruken.

I tråd med vår hovedhypotese for effekten av innretning av omsorgstjenesten etter i hvilken grad en har få eller mange brukere i institusjon versus i åpen omsorg, vil vi teoretisk måtte gå ut fra at de tre kommunene i gruppe III er de som bruker færrest ressurser per alle brukere i disse to hovedgruppene brukere under ett, det vil si er de mest ressurseffektive.

7.2 Ressursbruk målt i årsverk og årsverk per bruker

Her gjør vi rede for ressursbruken i omsorgstjenestene målt i brutto driftsutgifter per beboer i institusjon, per bruker 67 år+ i hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov samt sum brutto driftsutgifter per alle slike brukere under ett i våre ni casekommuner i 2013. Til slutt relaterer vi sluttskåren i brutto driftsutgifter per bruker til landsgjennomsnittet, som settes lik 100. Skåren her i den enkelte casekommune relativiseres således i henhold til landsgjennomsnittet, jfr. kolonnen helt til høyre i tabell 7.2.

Brutto driftsutgifter

Her ser vi på brutto driftsutgifter per beboer i institusjon og per bruker i åpen omsorg med omfattende bistandsbehov 67 år+

Gruppe I: Nord-Fron, Jevnaker, Sola og Nittedal

I gruppe I er brutto driftskostnader på eller noe over landsgjennomsnittet (1 013 000 kr. per beboer), jfr. tabell 7.2.

Til gjengjeld er innsatsen per de få brukerne 67 år+ i åpen omsorg med omfattende bistandsbehov, som tidligere nevnt, relativt lav og under landsgjennomsnittet i denne gruppen casekommuner, unntatt i Sola. Her yter en imidlertid hjelp i betydelig omfang til de relativt få eldre med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, idet ble ytt 634 000 kr. per slik bruker i 2013. Det er et nivå som representerer 60 prosent av kostnadene i institusjon i Sola, og er vesentlig over landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.2.

Likevel er det slik at de aller fleste med omfattende bistandsbehov i disse kommunene har fått plass i institusjon og at en nokså ensidig finner institusjonsløsninger for disse. Det kan igjen tyde på at det kan være et visst innslag av beboere i institusjon som ikke er like pleietrengende. Det virker også noenlunde logisk at en i denne gruppen, hvor en har flest brukere i åpen omsorg – i Jevnaker 20 prosent og Nittedal 21 prosent, jfr. tabell 7.2 – bare nyttet respektive 265 000 og 427 000 kr. per slik bruker i 2013. De aller mest pleiekrevende i disse kommunene synes her samlet i institusjon, mens bistands-bruken/behovet blant de øvrige i åpen omsorg er relativt sett lite.

Tabell 7.2 Årsverk per bruker i institusjon, per bruker med omfattende bistandsbehov i hjemmebaserte tjenester samt årsverk i gjennomsnitt per sum slike brukere. 9 casekommuner i 2013.

Brutto driftsutgifter (BRD) i institusjon (alle beboere) og blant brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 67 år+. 1000 kr.					
Casekommuner	Andel bruk i institusjon av sum bruk i institusjon+ bruk omfattende bb. i hjemm. Pst	BRD per beboer i institusjon f253+f261	BRD per bruker med omfattende bistandsbeh. i hjemmebaserte tjenester	BRD per bruker i institusjon.+ omfattende bb. hjemmebaserte tjen.	BRD-bruk relativt til landsgjennomsnittet Pst
Gruppe I					
0516 Nord-Fron	95	1.010	162	966	110
0532 Jevnaker	80	1.166	265	986	112
1124 Sola	89	1.055	634	1.009	114
0233 Nittedal	79	1.061	427	932	106
Gruppe II					
1703 Namsos	71	984	478	838	95
0542 Nord-Aurdal	63	996	560	833	94
Gruppe III					
1243 Os	54	1.141	847	984	112
0628 Hurum	36	1.069	617	806	91
1531 Sula	25	923	597	679	77
Hele landet	76	1.013	448	882	100

Datagrunnlaget for denne tabellen er nærmere spesifisert i vedleggstabell V7.2.

Kilde: SSB, KOSTRA 2013 og spesialkjøring for Fafo av 5. 11. 2015

Gruppe II: Namsos og Nord-Aurdal

I disse to casekommunene var brutto driftsutgifter per alle slike brukere noe under landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.2

Dette er kommuner med bruk av institusjoner (rate befolkningen 80 år+ i institusjon) vesentlig under landsgjennomsnittet. Men den relative andel (altså andel av alle slike brukere i forhold til de brukene vi er opptatt av her) ligger bare litt under. Det vil si at de har både færre eldre i institusjon i alt og relativt sett noen færre brukere i institusjon som andel av alle slike brukere i alt.

På den andre siden er brutto driftsutgifter per bruker 67 år+ i hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov i disse kommunene jevnt rundt landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.2. Brutto driftsutgifter blant disse er således vesentlig høyere enn i casekommunegruppe 1, om vi ser bort fra Sola. Det synes å ha klar sammenheng med at færre eldre har plass i institusjon i disse kommunene, det vil si at det av den grunn vil være flere eldre med betydelige bistandsbehov i åpen omsorg.

Gruppe III: Os, Sula, Hurum

Kommunene i denne gruppen har som nevnt i kapittel 7.1 særs lav institusjonsdekning. Det burde tilsi at de få som har institusjonsplass er desto mer ressurskrevende. Men ifølge KOSTRA-data ligger brutto driftsutgifter i Sula godt under landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.2, mens de i Hurum plasserer seg litt over dette snittet. Os skiller seg imidlertid noe ut, med brutto driftsutgifter i institusjon som med 1 141 000 kr. per beboere per år, noe som er 13 prosent over landsgjennomsnittet. Dette kan imidlertid ha en viss sammenheng med et betydelig bruk av barneboliger i Os⁶⁵.

I Os kommune nyttet en i 2013 imidlertid 2 031 000 kr. per bruker i barneboliger, eller 39 prosent av brutto driftskostnader i institusjon i alt (KOSTRA f253), mot 935 000 kr. per beboer i ordinære eldreinstitusjoner. Men vi er her ved sammenlikning nødt til å forholde oss til oppgavene i KOSTRA (f253) for de øvrige casekommunene⁶⁶.

Samtidig er det slik i disse casekommunene at ressursbruken blant brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg er til dels svært høy, og betydelig over landsgjennomsnittet, særlig i Os, jfr. tabell 7.2. Det er imidlertid rimelig å forvente at når institusjonsbruken er så vidt lav, vil det være relativt mange med betydelige omfattende bistandsbehov blant brukerne i åpen omsorg. I Os nyttet en 847 000 kr. per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, det vil si utenfor institusjon. Det utgjorde 84 prosent av brutto driftskostnader i institusjon på landsbasis (1013 t.). Også i Sula og Hurum brukte en om lag 60 prosent av kostnadene til en institusjonsplass per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Den åpne omsorgen drives nokså eller svært intensivt.

Til slutt never vi at kommunene Sula og Hurum begge kommer ut som svært kostnadseffektive, idet samlede brutto driftsutgifter per alle brukere i institusjon pluss brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+, utgjorde respektive 679 000 og 806 000 kr. per alle slike brukere, eller igjen 77 prosent og 91 prosent av landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.2. Dette på tross av at kostnadene i institusjon lå rundt landsgjennomsnittet, mens kostnadene i åpen omsorg lå vesentlig over det snittet. Årsaken til dette skyldes derfor i betydelig grad innretningen av tjenestene, få i institusjon – mange i åpen omsorg. Dette resultatet er i tråd med våre hypoteser, jfr. kapittel 4.

⁶⁵ Ifølge oppgaver fra Os kommune i desember 2015 hadde Os i 2013 nyttet 53 årsverk i ordinære eldreinstitusjoner og 34 årsverk i barnebolig, uten at det klart går fram hvor mange barn som bodde der. Det betyr at ca 4 av 10 årsverk i institusjon i Os var knyttet til barneboligene. For øvrig var det slik i 2013 at 73 årsverk nyttet i omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg i Os var statistikkført under institusjon, dvs under f253 i KOSTRA. Det førte til at vi måtte gå bort fra å nytte årsverksoppgaver for enkelt-kommuner i våre analyser, først for våre 9 casekommuner.

⁶⁶ Vi har senere (januar 2016) innhentet ytterligere oppgaver fra Os kommune, der kommunen korrigerer for den del mindre feilføringer og gjør nøye rede for br. driftsutgifter i ordinære eldreinstitusjoner og barneboliger. Vi har i denne rapporten lagt disse til grunn, og ikke KOSTRA-data for Os for 2013. Men vi har ikke mulighet til å korrigere for barneboligenes betydning med hensyn til omfang av driftskostnader, da vi ikke kjenner eventuelle driftskostnader til barneboliger i de øvrige casekommunene.

I kapittel 7.3 vil vi dekomponere disse kostnadene og vise hvor mye av sluttresultatet for hver kommune som skyldes innretningen av tjenestene og hvor mye som kan tilskrives ulike brutto driftsutgifter per bruker.

Til slutt vil vi nevne at det er betydelige forskjeller i kostnadseffektivitet mellom disse ni casekommunene. Brutto driftsutgifter per alle brukere etter delmål 1 for resurseffektivitet varierer fra 114 prosent av landsgjennomsnittet i Sola til 77 prosent av det samme snittet i Sula, jfr. tabell 7.2, kolonnen helt til høyre i tabellen. Det er 37 prosentpoeng som skiller disse to kommunene. Mens det på landsbasis i gjennomsnitt ble nyttet 882 000 kr. per alle slike brukere i 2013, brukte Sola 1 009 000 per slike brukere, mens Sula klarte seg med 679 000 kr., eller 330 000 mindre per slik bruker enn i Sola. Disse resultatene er begge i tråd med vår enkle hovedhypotese om at institusjonsorienterte kommuner er mindre kostnadseffektive, mens kommuner sterkt orientert mot åpen omsorg vil måtte komme ut som betydelig mer kostnadseffektive. Hvor mye av denne effektiviteten/ineffektiviteten som nettopp kan tilskrives innretningen av tjenestene, vil gå fram i neste avsnitt.

7.3 Dekomponering

Dekomponering av resurseffektivitet i omsorgstjenestene for tunge brukere

I gruppe I av casekommunene (Nord-Fron, Jevnaker, Sola og Nittedal) er samlet ressursbruk per alle brukere med plass i institusjon og i åpen omsorg med omfattende bistandsbehov 67 år+ på eller over landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.2. Særlig gjelder dette Sola. Her utgjorde brutto driftsutgifter per slik bruker 114 prosent i forhold til landsgjennomsnittet (=100) i 2013. Alle disse fire kommunene synes å drive noe kostnadsineffektivt når det gjelder disse hovedbruksgruppene i pleie og omsorg.

Slik det går fram av tabell 7.2, vil brutto driftsutgifter per alle brukere i institusjon + åpen omsorg måtte være resultat av den relative fordelingen av antall brukere i de to hovedgruppene samt brutto driftsutgifter per bruker i hver av dem. Det er disse faktorene som samlet bestemmer omfanget av brutto driftsutgifter per alle slike brukere.

Vi ønsker imidlertid å finne mål for hvor mye innretning av omsorgstjenestene (antall brukere i institusjon versus i åpen omsorg) og brutto driftskostnader per bruker i institusjon versus åpen omsorg hver for seg påvirker størrelsen av målet for samlet kostnadseffektivitet (delmål 1), det vil si brutto driftsutgifter per alle brukere i institusjon og brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg.

Hvis den andelsmessige fordelingen av disse brukerne i institusjon og i åpen omsorg er den samme, det vil si som på landsbasis i disse kommunene, og hvis brutto driftsutgifter per bruker er den samme som på landsbasis, vil bruken i alle disse kommunene

tilsvare brutto driftskostnader per alle brukere på landsbasis, nemlig 1 013 000 kr., jfr. tabell 7.2.

For å finne et mål for den effekten (betydningen) som innretningen av tjenestene har på størrelsen av brutto driftskostnader per alle brukere, må brutto driftskostnader holdes konstant for alle kommunene, det vil si vi innfører beregningsmessig den forutsetning at brutto driftsutgifter per bruker i alle kommuner settes lik tilsvarende brutto driftsutgifter per bruker på landsbasis, det vil si 1 013 000 kr. i institusjon og 448 000 kr. per bruker i åpen omsorg, jfr. tabell 7.2. Dette er imidlertid en ren beregningsmessig forutsetning, nettopp for å fjerne effekten av at driftsutgiftene per bruker varierer svært mye mellom kommunene, jfr. tabell 7.2

De variasjonene i brutto driftskostnader per alle brukere som vi da står tilbake med mellom kommunene, vil måtte være en ren funksjon eller et resultat av variasjon i innretningen av disse to hovedtjenestene, det vil si hvordan brukerne andelsmessig fordeler seg mellom institusjon og åpen omsorg. Resultatet av denne beregningen av brutto driftsutgifter per bruker «under ellers like vilkår» er i tabell 7.3 ført opp i parentes i kolonnen til høyre, som viser samlede brutto driftsutgifter per alle brukere.

Vår tilnærming og våre beregninger her åpner for å kunne dekomponere hvor stor del av avviket fra landsgjennomsnittet målt i brutto driftskostnader per alle brukere i den enkelte kommune som kan tilskrives innretningen av hovedtjenestene (andel brukere i institusjon versus andel brukere i åpen omsorg), og hvor mye som kan tilskrives ulik innsats målt ved brutto driftskostnader per bruker i de to samme hovedtjenestene.

Casekommunegruppe I: Nord-Fron, Jevnaker, Sola og Nittedal

Vi vil illustrerer resultatet av en slik dekomponering med utgangspunkt i brutto driftsutgifter per alle slike brukere i Sola kommune. Her tilsvarte brutto driftsutgifter i institusjon + brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 1 109 000 kr. per bruker i 2013, jfr. tabell 7.3I.

Hvis bare innretningen av tjenestene (forholdet mellom antall brukere i institusjon og antall brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg) hadde kunnet påvirke størrelsen av brutto driftsutgifter per alle slike brukere – det vil si at kostnadene per bruker holdes konstant lik landsgjennomsnittet (respektive 1 013 000 kr. og 448 000 kr.) – ville bruken i denne kommunen ha vært 952 000 per alle slike brukere, mot faktisk 1 009 000 kr., jfr. tabell 7.3I.

Merbruken i Sola i alt i forhold til landsgjennomsnittet var $1\,009\,000 - 882\,000 = 127\,000$ kr. (som omregnet igjen er 14 prosentpoeng over landsgjennomsnittet per årsverk per alle slike brukere, jfr. tabell 7.3I).

Den delen av denne merbruken som skyldes innretning av tjenestene (her: andel brukere i institusjon i Sola – 89 prosent, jfr. tabell 7.3.I) kan beregnes slik: $952\,000 - 882\,000 = 68\,000$ kr., eller $68/127 = 49$ prosent. Det betyr at halvparten (49 prosent) av

merbruken kan tilskrives en høyere andel beboere i institusjon. Den andre halvdel av merbruken skyldes høyere driftsutgifter per bruker i forhold til landsgjennomsnittet, derav 4 prosent høyere i institusjon og 42 prosent høyere utgifter per bruker 67 år+ i åpen omsorg, jfr. tabell 7.3I.

Tabell 7.3I Brutto driftsutgifter (BRD) per beboere i institusjon og blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov relativt til landsgjennomsnittet. Samt BRD per brukere per sum slike brukergrupper og BRD under forutsetning av driftsutgifter i de enkelte kommuner som på landsbasis – oppgaver oppgitt i parentes. Br. driftskostnader per bruker relativt til landsgjennomsnittet og faktiske br. driftskostnader per bruker i 2013. Casekommunegruppe I. Prosent og i 1000 kroner. Utdrag av og beregninger på grunnlag av tabell 7.2.

Casekommuner	Andel beboere i institusjon av alle i institusjon+ brukere med omfatt. bb. i hjemmehb. Pst	BRD per beboer i institusjon. Relativt til lands gj.sn. Pst	BRD per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Relativt til landsgj.sn. Pst	BRD per bruker i institusjon + omfattende b.b. hjemmebaserte tjen. 1000 kroner	Relativt til landsgjennomsnittet Pst
Gruppe I					
0516 Nord-Fron	95 pst	100	36	966 (983)	110 (111)
0532 Jevnaker	80 pst	115	59	986 (900)	112 (102)
1124 Sola	89 pst	104	142	1.009 (952)	114 (108)
023 Nittedal	79 pst	105	95	932 (898)	106 (102)
Hele landet	76 pst	100	100	882	100

Nittedal, Nord-Fron og Jevnaker

Vi har foretatt tilsvarende dekomponering for de tre andre kommunene. I Jevnaker utgjorde merbruken (986 000–882 000)=104 000 kr., jfr. tabell 7.3I. Bare en mindre del av dette kan tilskrives innretningen, det vil si andel i institusjon (som var 80 prosent versus 76 prosent på landsbasis), eller (900 000–882 000)=12 000 kr., eller 12 prosent av en merbruk på 104 000 kr i forhold til landsgjennomsnittet i 2013. Resten må i sin helhet tilskrives at driftskostnadene i institusjon i Jevnaker i 2013 lå 15 prosent over landsgjennomsnittet i 2013.

En tilsvarende beregning for Nittedal, viser at en merbruk i driftskostnader i omsorgstjenestene etter vårt delmål 1, var på 50 000 kr. i forhold til landsgjennomsnittet. En tredel av dette skyldes innretningen, resten må tilskrives litt høyere driftskostnader i institusjon. For øvrig plasserer Nittedal seg her nært landsgjennomsnitt (bare 6 pst over).

I Nord-Fron var merbruken per bruker slik at kommunen kommer ut med 966 000 – 882 000=84 000 kr. i merbruk i forhold til landsgjennomsnittet. I Nord-Fron er det slik at kommunen kommer ut med svakt høyere kostnader ved denne beregningen enn

hva den faktisk har (983 000/966 000) kr. per bruker. Siden kostnadene per bruker i institusjon er lik landsgjennomsnittet, jfr. tab 7.13, må resultatet tilskrives en lavere bruk per bruker i åpen omsorg. Hele merbruken på 84 000 kr. per bruker, eller 10 prosentpoeng i forhold til landsgjennomsnittet, må derfor knyttes til innretningen eller den relativt høye bruken av institusjonsplasser.

Denne gjennomgangen viser at disse fire casekommunene med betydelig, eller nesten ensidig bruk av institusjon til brukere med de største bistandsbehovene, ender opp som mer eller mindre lite ressurseffektive, der dette for to av dem i hovedsak synes å skyldes innretning av omsorgstjenestene. Altså i tråd med vår enkle hovedhypotese. I Jevnaker derimot skyldes lite ressurseffektivitet på ingen måte innretningen, men nesten i sin helhet de relativt høyere driftskostnadene i sykehjem i en kommune som samtidig har en institusjonsdekning rundt landsgjennomsnittet.

Casekommunegruppe II: Nord-Aurdal og Namsos

I gruppe II er samlet ressursbruk per alle beboere i institusjon og brukere i åpen omsorg med omfattende bistandsbehov 67 år+ litt under landsgjennomsnittet.

I Nord-Aurdal er situasjonen slik at samlet kostnadseffektivitet etter vårt delmål 1 er beregnet til å utgjøre 95 prosent av landsgjennomsnittet, det vil si at de er litt mer kostnadseffektive. Det skyldes innretningen av tjenestene, det vil si at 63 prosent av disse brukerne er under åpen omsorg, jfr. tabell 7.3II.

Hadde Nord-Aurdal hatt brutto driftskostnader for disse brukergruppene som landsgjennomsnittet, hadde de samlede brutto driftsutgiftene utgjort 91 prosent av landsgjennomsnittet i 2013. Men fordi en her brukte 25 prosent mer per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene, reduseres denne effektivitetsgevinsten fra $(882\ 000 - 801\ 000 =) 81\ 000$ til $(882\ 000 - 833\ 000 =) 49\ 000$ kr. per bruker, jfr. tabell 7.3II. Men hele kostnadseffektivitetsgevinsten må likevel tilskrives innretningen, det vil si den betydelige relative andelen av brukere 67 år+ i åpen omsorg i Nord-Aurdal.

I Namsos er den samlede ressursbruken slik at kommunen plasserer seg med 5 prosentpoeng under landsgjennomsnittet for disse to hovedbrukergruppene for samlet omfang av bruk per bruker. Også her skyldes den litt større driftseffektiviteten i forhold til landsgjennomsnittet i vesentlig grad innretningen av tjenestene, det vil si relativt mange brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Men på grunn av noe lavere driftskostnader per bruker i institusjon, kommer Namsos ut med sum driftsutgifter ubetydelig under landsgjennomsnittet (1 prosentpoeng under det som følger av en innretning av tjenestene – 838 000 versus beregnet 849 000), jfr. tabell 7.3II. Også her skyldes mesteparten av kostnadseffektiviteten innretningen av tjenestene, det vil si relativt mange brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg.

Tabell 7.3II Brutto driftsutgifter (BRD) per beboere i institusjon og blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov relativt til landsgjennomsnittet. Samt BRD per brukere per sum slike brukergrupper og BRD under forutsetning av driftsutgifter i de enkelte kommuner som på landsbasis – oppgaver oppgitt i parentes. Br. driftskostnader per bruker relativt til landsgjennomsnittet og faktiske br. driftskostnader per bruker i 2013. Casekommunegruppe I. Prosent og i 1000 kroner. Utdrag av og beregninger på grunnlag av tabell 7.2.

Casekommuner	Andel beboere i institusjon av alle i institusjon+ brukere med omf. bb. i hjemmeh. Pst	BRD per beboer i institusjon. Relativt til landsgj.sn. Pst	BRD per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Relativt til landsgj.sn. Pst	BRD per bruker i institusjon.+ omfattende bb. hjemmebaserte tjen. Pst	Relativt til landsgjennomsnittet Pst
Gruppe II					
0542 Nord-Aurdal	63 pst	98	125	833 (801)	94 (91)
1703 Namsos	71 pst	97	107	838 (849)	95 (96)
Hele landet	76 pst	100	100	882	

Casekommunegruppe III: Os, Sula og Hurum

Alle disse kommunene skulle i henhold til hvordan de har innrettet tjenestene sine – med relativt svært få av disse brukerne i institusjon (om lag 1/3-del) og svært mange 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg (jevnt over 2/3-deler av disse brukerne) – ha hatt brutto driftsutgifter fra 591 000 til 714 000 kr. per alle brukere, jfr. tabell 7.3III, eller en samlet bruk som tilsvarte henholdsvis fra 67 til 81 prosent av landsgjennomsnittet i 2013, det vil si at de burde være betydelig ressurseffektive. Dette under den forutsetning at brutto driftsutgifter per bruker i og utenfor institusjon var som på landsbasis (respektive 1 013 000 og 448 000 kr. per bruker).

Med en teoretisk antatt gunstig kostnadmessig eller «progressiv» innretning av tjenestene – med svært lav institusjonsbruk – kommer Sula og Hurum ut med en samlet innsats per bruker vesentlig under landsgjennomsnittet. Dette helt i tråd med vår hovedhypotese, jfr. kapittel 4.

I Sula kommune utgjorde brutto driftskostnader i de to brukergruppene under vårt delmål 1 for kostnadseffektivitet 77 prosent av landsgjennomsnittet. Hadde imidlertid kostnadene per bruker vært på landsgjennomsnittet, ville de samlede utgiftene bare vært 67 prosent av landsgjennomsnittet, jfr. tall i parentes til høyre i tabell 7.3III. Det som bidrar til at kostnadseffektiviteten som skyldes innretningen av tjenestene krympes med 10 prosentpoeng i Sula, må i sin helhet tilskrives det at driftsutgiftene per bruker med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg ligger 33 prosent over landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.3III. Det er rimelig logisk at når så mange av de eldre med omfattende bistandsbehov (75 pst) befinner seg i åpen omsorg, så vil bistandsbehovene og dermed

driftskostnadene være vesentlig høyere enn i en kommune hvor de fleste tunge brukerne er plassert i institusjon, jfr. Nord-Fron og Jevnaker.

Tabell 7.3III Brutto driftsutgifter (BRD) per beboere i institusjon og blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov relativt til landsgjennomsnittet. Samt BRD per brukere per sum slike brukergrupper og BRD under forutsetning av driftsutgifter i de enkelte kommuner som på landsbasis – oppgaver oppgitt i parentes. Br. driftskostnader per bruker relativt til landsgjennomsnittet og faktiske br. driftskostnader per bruker i 2013. Casekommunegruppe I. Prosent og i 1000 kroner. Utdrag av og beregninger på grunnlag av tabell 7.2.

Casekommuner	Andel beboere i institusjon+ brukere med omf. bb. i hjemm. Pst	BRD per beboer i institusjon. Relativt til landsgj.sn. Pst	BRD per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Relativt til landsgj.sn. Pst	BRD per bruker i institusjon.+ omfattende bb. hjemme baserte tjen. Pst	Relativt til landsgjennomsnittet Pst
Gruppe III					
1243 Os	47 pst	113	189	984 (714)	112 (81)
0628 Hurum	36 pst	106	138	806 (651)	91 (74)
1531 Sula	25 pst	91	133	679 (591)	77 (67)
Hele landet	76 pst	100	100	882	100

Det samme mønsteret finner vi for Hurum kommune. Her var brutto driftskostnader per alle slike brukere 91 prosent av landsgjennomsnittet i 2013.

Hadde imidlertid kostnadene per bruker vært på landsgjennomsnittet, ville de samlede utgiftene ha vært 74 prosent av landsgjennomsnittet, jfr. tall i parentes til høyre i tabell 7.3.III. Det som bidrar til at kostnadseffektiviteten «krympes» med 17 prosentpoeng (fra 74 pst til 91 pst) i Hurum i forhold til landsgjennomsnittet, må knyttes til høyere driftskostnadene per bruker i institusjon, men særlig til kostnadene per brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg (38 pst over landsgjennomsnittet), jfr. tabell 7.3III).

Disse resultatene viser at det på tross av høyere enhetskostnader, er knyttet betydelig kostnadseffektivitet til innretningen av pleie- og omsorgstjenestene i kommuner der en har orientert seg mot nedbygging av institusjoner og i større grad tilbyr brukere med omfattende bistandsbehov tjenester i åpen omsorg. Her viser vi for øvrig til at de aller fleste norske kommuner i de siste 20 årene har bygget ned sykehjemsdekningen (Brevik & Nygård 2013). Vi har i kapittel 5 vist i hvor stor grad dette har vært tilfellet i de ni casekommunene etter 1996, det vil si året før Handlingsplan for eldreomsorgen trådte i kraft. Vesentlige endringer i innretningen av omsorgstjenestene i en god del kommuner i Norge over tid har antakelig i betydelig grad vært motivert av kostnadseffektivitetshensyn. Men det er på den andre siden en god del kommuner som ikke har gjort dette i noen særlig grad, og som fortsatt har en innretning av omsorgstjenestene

der en forblir i en «en gammel» struktur, ofte med svært stor grad av bruk av sykehjem til brukere med omfattende bistandsbehov.

Os har langt på vei den samme retningen av omsorgstjenestene som casekommunene Sula og Hurum, med mange brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov.

Her utgjorde brutto driftskostnader i de to brukergruppene under vårt delmål 1 for kostnadseffektivitet 112 prosent av landsgjennomsnittet. Hadde imidlertid kostnadene per bruker vært på landsgjennomsnittet, ville de samlede utgiftene bare vært 81 prosent av landsgjennomsnittet, jfr. tall i parentes til høyre i tabell 7.3III. Den kostnadseffektiviteten som teoretisk burde følge av innretningen av tjenestene, blir i sin helhet borte. Os kommune har en ressurseffektivitet som i 2013 lå 12 prosent over landsgjennomsnittet. Det må igjen tilskrives at driftsutgiftene per bruker er vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet. Således var driftskostnadene per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg 847 000 kr., jfr. tabell 7.2, eller 89 prosent over landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.3III. Dette på tross av at Os har færre brukere med omfattende bistandsbehov under åpen omsorg enn Sula og Hurum, jfr. tabell 7.1.

Vi kjenner på statistikknivå ikke de faktiske årsakene til at Os kommer ut med så vidt høye driftskostnader per bruker og dermed framstår som vesentlig mindre ressurseffektiv enn Hurum og Sula. De kan teoretisk tenkes å være flere. De eldres helseproblemer i Os kan antas å være mer omfattende, og kommunen yter kanskje høy kvalitet i disse tjenestene samtidig som de gir et raust tilbud ved generelt politisk å prioritere eldreomsorgen, det vil si at denne sektorens andel av kommunebudsjettet kan være relativt stor.

Men dette er en foreløpig analyse på enkeltkommuners nivå. I del II av dette kapitlet skal vi analysere disse sammenhengene for alle kommuner med 2000 innbyggere+. Og her vil vi få kunnskap om på hvilken måte de observerte gjennomsnittene for ressursbruk på landsbasis i institusjon versus i åpen omsorg arter seg for denne brukergruppen, det vil si sammenliknet med det beboere i institusjon nytter. Og vi har alt vist at det som landsgjennomsnitt dreier seg om det dobbelte målt i brutto driftsutgifter per bruker sammenliknet med brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, jfr. tabell 7.2.

At disse casekommunene bruker ulikt med ressurser på disse sentrale brukergruppene, kan også skyldes for eksempel ulike omfang av underliggende behov i eldrebefolkningen. Det drøfter vi i neste avsnitt.

7.4 Variasjon i underliggende behov

Om å måle underliggende behov for omsorgstjenester i en eldrebefolkning

Slik vi tilnærmer oss denne problematikken knyttet til ressursbruk, tar vi utgangspunkt i den faktiske observerte bruken og antall brukere av omsorgstjenester i kommunene. Hvorvidt denne bruken er i overensstemmelse med de underliggende eller befolkningsstrukturelle behovene for omsorgstjenester i den eldre befolkningen i kommunene, vet vi ikke på direkte vis noe om.

Men samtidig vil det være rimelig å legge til grunn at de aller fleste eldre med store eller omfattende bistandsbehov fanges opp av de kommunale omsorgstjenestene, og at svært få lever med sine problemer uten involvering fra de kommunale omsorgstjenestene.

Et brukt mål for underliggende behov for omsorgstjenester i eldrebefolkningen er hvor stor andel befolkningen 80 år+ utgjør av hele befolkningen 67 år+. Men her kan det for eksempel også foreligge variasjoner innen gruppen 80 år+, for eksempel med hensyn til hvor stor andel befolkningen 90 år+ utgjør av disse. Videre vet vi at omfang av helseproblemer og behov for bistand varierer mye med befolkningens sosioøkonomiske status og tilhørende variasjon i dødelighet.

Ut fra antakelsen om at de fleste eldre med omfattende bistandsbehov fanges opp av det kommunale hjelpeapparatet – og hvis andelen 80 år+ av alle 67 år+ er et godt mål for underliggende behov – burde vi forvente at andelen med store/omfattende hjelpebehov blant brukere 67 år+ (ihht IPLOS) – utmålt ved størrelse av andelen av befolkningen 80 år+ i eldrebefolkningen – jevnt over vil være omtrent den samme i alle disse kommunene.

I den grad denne andelen måtte avvike betydelig fra den gjennomsnittlige andelen, kan det også i prinsippet skyldes flere forhold: at denne faktoren ikke fanger opp de underliggende behovene eller at flere/færre mottar hjelp på grunn av forhold som vi slik ikke fanger opp, for eksempel sosioøkonomiske ulikheter i helse. Eller det kan være at kommunene utviser ulik grad av raushet/knipenhet – det vil si det foreligger ulik prioritering av omsorgstjenestene mellom kommunene – eller at kommunene har bygget inn ulik grad av kvalitet. Videre at kommunene rett og slett driver ulikt med hensyn til effektivitet i konkret organisering og drift av tjenestene. Variasjon i omfanget av privat omsorg vil også kunne virke inn, men her antakelig mest når det gjelder ressursbruken, og mindre med hensyn til andelen med kommunal hjelp.

Et mulig statistisk mål for underliggende behov for kommunale omsorgstjenester

Vi har her beregnet dekningsgrad (rater) for antall beboere i institusjon 67 år+, antall brukere av hjemmebaserte tjenester – med enten omfattende eller middels til store bistandsbehov – det vil si hvor stor andel disse utgjør av befolkningen 80 år+ i de ni casekommunene.⁶⁷ På samme måte har vi beregnet ressursinnsatsen nyttet av brukere 67 år+ for disse tre brukergruppene beregnet som antall årsverk per 100 innbyggere 80 år+. Resultatene går fram av tabell 7.4.

Tabell 7.4 Andel beboere i institusjon og andel brukere 67 år+ med omfattende eller stort/middels bistandsbehov i hjemmebaserte tjenester i de ulike gruppene i forhold til/per 100 innbyggere 80 år+. 2013. Prosent

Ni casekommuner	Antall beboere i institusjon 67 år per 100 80 år+	Antall brukere av hjemmebas. tj. m. omfattende bistandsbehov 67 år+ per 100 80 år+	Ant. brukere av hjemmebas. tj. m. store/middels bistandsbehov 67 år+ per 100 80 år+	Sum rate ab/a+b+c
	A	B	C	d
Gruppe I				
0516 Nord-Fron	23	1	20	24/44
0532 Jevnaker	16	4	14	20/34
1124 Sola	21	3	18	24/42
0233 Nittedal	20	6	13	26/39
Gruppe II				
1703 Namsos	12	5	21	17/38
0542 Nord-Aurdal	14	8	21	22/43
Gruppe III				
1243 Os	10	13	21	23/44
0628 Hurum	7	14	24	21/45
1531 Sula	5	15	16	20/36
Hele landet	17,3	6,0	20,2	23/43

Datagrunnlaget for denne tabellen er dokumentert i tabell V7.3 i tabellvedlegg. Data for hele landet er basert på tabell V7.1 og oppgaver i KOSTRA over befolkningen 80 år+ i 2013=220 760 pers.

Om vi for eksempel tar utgangspunkt i Nord-Fron, viser tabell 7.4 at antall beboere i institusjon pluss brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov utgjorde 24 slike brukere per 100 innbyggere 80 år+ i kommunene. Legger vi til brukere av hjemmebaserte tjenester med store/middels bistandsbehov (20 per 100 80 år+), er

⁶⁷ På landsbasis utgjorde beboere i institusjon pluss brukere 67 år+ av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 67 pst av alle slike brukere av omsorgstjenester 67 år+, mens de brukte 95 pst av alle årsverkene. Beregnet på grunnlag av data i tabell V7.4.

vi oppe i et brukeromfang som representerer 44 brukere per 100 innbyggere 80 år+ i Nord-Fron.

Slik det går fram av tabell 7.4, utgjør brukere i institusjon + brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg jevnt over 20–24 prosent i forhold til befolkningen 80 år+ i de ni casekommunene, mens Nittedal og Namsos har henholdsvis 26 prosent og 17 prosent brukere i denne kategorien. Andelen tunge brukere er noenlunde den samme i de fleste av disse kommunene, det vil si at de som har såpass store behov får hjelp. For disse synes den relative størrelsen av befolkningen 80 år+ i forhold til befolkningen 67 år+ å være et godt og indirekte mål for underliggende behov.

Vi legger merke til at andelen brukere i institusjon pluss brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg er omtrent eksakt den samme som i Hurum og Sula og til dels Os, det vil si at disse brukerne utgjør 20–23 prosent av befolkningen 80 år+, jfr. tabell 7.4. Derfor er det lite som tyder på at den høye ressursbruken i Os er knyttet til befolkningsstrukturen, det vil si innslaget av eldre 80 år+.⁶⁸

Legger vi så til brukere med store/middels bistandsbehov, blir ratene målt på denne måten rundt i overkant av 40 prosent for de fleste kommuner, dog med betydelig færre i Jevnaker og i Sula. Men dog ikke markante store avvik.

Vi har vist at ressursbruken per alle beboere i institusjon pluss brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg lå 14 prosent over landsgjennomsnittet i Jevnaker, jfr. tabell 7.2, mens den lå 23 prosent under i Sula. Forskjellen er betydelig. Men slik det går fram av tabell 7.4, utgjorde andelen beboere i institusjon pluss brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg 20 prosent av befolkningen 80 år+ i begge kommuner. Målt på denne måten synes det underliggende behovet å være likeartet i disse to kommunene. Og det at det underliggende behovet også i de andre kommunene synes å ligge nært opp til dette, taler imot at ulike demografiske eller helsemessige forhold i eldrebefolkningen alene forklarer ulikhetene i kostnadseffektivitet mellom kommunene.

I kapittel 4 gikk vi gjennom og drøftet en rekke forhold som kan tenkes å påvirke ressurseffektiviteten i pleie- og omsorgstjenestene. I del II i dette kapitlet skal vi blant annet ved hjelp av regresjonsanalyse se nærmere på hvilke forhold og faktorer som kan virke inn og skape ulikhet i ressursbruken. Her starter vi imidlertid med en deskriptiv analyse, der vi viser spredningen i brutto driftsutgifter per beboere i institusjon og per brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg mellom alle kommuner med 2000 innbyggere+ i 2013.

⁶⁸ Selv om vi her regner brukere per 100 innb. 80 år+, kan likevel en liten eller stor andel 80 år+ av hele befolkningen 67 år+ kunne tenkes å virke inn på ressursbruken. Mens andelen innb. 80 år+ av hele befolkningen 67 år+ utgjorde 32 pst på landsbasis i 2013, utgjorde den en mindre andel i Os, eller 26 pst, og andelen var lavest i Nittedal, med 22 pst (Kilde: SSB, KOSTRA).

Del II Om ressursbruk i kommunale omsorgstjenester

Her i del II gjør vi rede for ressurseffektivitet i pleie- og omsorgstjenestene i institusjon og i hjemmebaserte tjenester til brukere med omfattende bistandsbehov i kommunene generelt. Vi har, som tidligere omtalt (i kap. 3), valgt å holde oss til kommuner med 2000 innbyggere+. Først gjør vi rede for ressursbruken i institusjon og i åpen omsorg blant brukere med omfattende bistandsbehov. Derneft for summen av alle brukere, det vil si vi dokumenterer variasjoner i brutto driftskostnader per alle slike brukere.

Derneft forsøker vi ved hjelp av korrelasjons- og ulike regresjonsanalyser å gjøre rede for hvilke egenskaper ved bruken/brukerne av omsorgstjenester 67 år+ og relevante egenskaper ved kommunene som – om mulig – kan forklare de de til dels svært store variasjonene i ressursbruk mellom kommunene etter de mål for bruk av omsorgstjenestene som vi nytter i disse analysene.

7.5 Brutto driftsutgifter

Brutto driftsutgifter i sykehjem

Her til lands omtaler vi oftest institusjoner eller sykehjem som nokså enhetlige og entydige størrelser, det vil si en institusjonalisert form for pleie og omsorg undergitt samme lovgivning og forskrifter og som antakelsesvis jevnt over utfører samme type tjenester. Det er for så vidt riktig når det gjelder målgruppe og type aktivitet. Og de fleste beboere er sterkt pleie-trengende eldre, med et stort innslag av aldersdemens.

Men selv om det er slik, er det vel kjent at driftskostnadene per beboer varierer svært mye mellom de ulike sykehjemmene. Dette kan ha en rekke årsaker, for eksempel knyttet til driftsform og kvalitet på institusjonstilbudet.

I tillegg vil pleie- og bistandsbehovet hos beboerne variere mellom de ulike sykehjemmene betinget av ulikt omfang av helseproblemer hos dem, og etter hvordan en har organisert og innrettet pleie- og omsorgstjenestene for øvrig. Slik vi har pekt på flere ganger, er det for eksempel rimelig å anta at ressursinnsatsen per beboer vil måtte være påvirket av hvorvidt bare de mest pleietrengende har plass i institusjon, mens større del av brukerne med omfattende bistandsbehov får tjenester i åpen omsorg versus en innretning av tjenestene som går ut på å gi institusjonstilbud til de aller fleste med omfattende bistandsbehov.

I en del kommuner drives sykehjemmene primært som medisinske rehabiliteringsenheter som krever særlig høy bemanning, mens de «ordinære sykehjemspasientene» tas hand om i omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Casekommunen Os er antakelig eksempel på slik drift, hvor en har høy ressursbruk i institusjon, mens en samtidig har

høy ressursbruk per bruker med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, ofte knyttet til omsorgsboliger med heldøgns bemanning.

Samtidig er det slik at dekningsgraden i sykehjem gradvis har gått ned de 30 siste årene (Brevik 2010:1), det vil si at stadig færre eldre relativt sett har plass i sykehjem. Dette med den generelle følge at de som har slik plass, gradvis er blitt mer pleietrengende. Hvis det er slik, burde vi forvente at det ikke er vesentlige forskjeller i driftskostnader/bemanningsfaktor mellom sykehjemmene i våre kommuner når en korrigerer for innretningen, det vil si variasjonen i den andelen av de mest pleietrengende som har plass i institusjon. Slik sett burde vi forvente tiltakende driftskostnader i institusjon med avtakende institusjonsrater. Det kommer vi tilbake til.

Variasjon i driftsutgifter

Vi gjør her rede for variasjoner i brutto driftsutgifter per beboer i sykehjemmene i kommuner med mer enn 2000 innbyggere i 2013. Vi har delt kommunene inn i prosentvise andeler (percentiler) etter for eksempel deres skåre for brutto driftsutgifter per bruker med omfattende bistandsbehov eller per beboer i institusjon. Kommuner med for eksempel skåre for brutto driftsutgifter i percentil 1–10, befinner seg blant den tidelen av kommuner med de laveste driftsutgiftene, mens kommuner med brutto driftsutgifter i percentil 90–100, er i den tidelen av kommuner med de høyeste driftsutgiftene i institusjon.

I gjennomsnitt utgjorde brutto driftskostnader 1 049 000 kr. per bruker i våre eldreinstitusjoner i 2013 i disse kommunene. Når vi i det følgende referer til «landsgjennomsnittet», gjelder det i denne del II av kapittel 7 konsekvent landsgjennomsnittet i kommuner med 2000 innbyggere+, eller 333 kommuner (til forskjell for landsgjennomsnittet for alle 428 kommuner i 2013 – og som vi allerede har gjort rede for i del I, kapittel 7.2).

At sykehjemsstrukturen i Norge er langt fra ensartet, bekreftes av det forhold at hvis vi sammenlikner den halvdel av disse kommunene med laveste brutto driftsutgifter med den halvdel med de høyeste utgiftene, var driftsutgiftene i 2013 i gjennomsnitt 31 prosent høyere i den siste halvdel av kommunene sammenliknet med den første halvdel, respektive 1 188 000 kr. mot 908 000 per beboer, jfr. tabell 7.5. Her må det foreligge betydelige og uavklarte underliggende forskjeller mellom disse kommunene.

Slik det går fram av tabell 7.5, var videre gjennomsnittlige brutto driftsutgifter i den firedelen (percentil 1–25) av kommuner med laveste slike utgifter i 2013 839 000 kr. per beboer. I den firedelen av kommuner med høyeste driftsutgifter i sykehjem (percentil 75–100), var utgiftene imidlertid 1 304 000 kr. per beboer, jfr. tabell 7.5. Det betyr at det i den siste firedelen av norske kommuner i gjennomsnitt var brutto driftsutgifter 55 prosent høyere sammenliknet med den firedelen av kommuner med de laveste driftskostnadene per beboere. Når det i disse to grupperingene hver for seg dreier seg om 84–86 kommuner, framstår dette som nokså bastante forskjeller.

Tabell 7.5 Brutto driftsutgifter pr. beboer i institusjon, 2013. Gjennomsnitt samt minimums- og maksimums verdier. Kommuner med 2000 innb.+ 1000 kroner.

Percentiler	Antall kommuner	Gjennomsnitt	Minimum	Maksimum
Lav				
1-10	34	769	529	830
1-25	84	840	529	927
1-50	167	908	529	1.016
Høy				
90-100	36	1.465	1.280	1.926
75-100	86	1.304	1.129	1.926
50-100	169	1.188	1.014	1.926
1-100	333	1.049	529	1.926

Kilde: KOSTRA, SSB 2013

Forskjellene er så vidt store at de neppe kan forklares ut fra rimelige antakelser om ulik sammensetning av beboerne i disse sykehjemmene etter grad av bistandsbehov, men vil antakelig måtte tilskrives andre faktorer enn bare variasjon i pleiebehov hos beboerne. Dette har det imidlertid ikke vært samlet inn data om eller lagt opp til å analysere i dette prosjektet.

I den tidelen av kommunene med de laveste brutto driftsutgiftene i institusjon (sykehjem), utgjorde disse 769 000 kr. per beboer i 2013. I den tidelen av kommunene med de høyeste driftskostnadene, ble det imidlertid brukt 1 465 000 kr. per bruker, det vil si 90 prosent mer per plass, eller nesten dobbelt så mye. Uansett hvilke modifierende forklaringer som kan settes inn på å forklare dette, for eksempel at det i de førstnevnte kommunene kan dreie seg om nærmest aldershjemsdrift, mens det i den sistnevnte tidelen gjelder sykehjem som drives nærmest som ren medisinsk rehabilitering, så er forskjellen i driftskostnader så stor at det lite sannsynlig kan dreie seg om driftsenheter med tilnærmet samme innhold. Vår antakelse er at vi her står overfor vesensforskjellige måter å drive slike institusjoner på, og at de må fylle særs forskjellige funksjoner. «Sykehjem» synes derfor slik sett å være et lite operativt begrep og er en dårlig kategorisering av de svært ulike formene for institusjonsdrift i Norge.

Vi vet hvilke kommuner dette gjelder. Og det er mulig å undersøke nærmere hva disse store forskjellene i hovedsak bunner i. Det burde forskningsmessig undersøkes nærmere.

Variasjon i driftskostnader per bruker

Vi har i kapittel 3 gjort rede for hvordan de ulike målene for bistandsbehov hos brukerne av pleie- og omsorgstjenester er konstruert i IPLOS. Til grunn legges grad av funksjonsevne i forhold til i hovedsak 15 ulike funksjoner. Disse grupperes til slutt i tre kategorier, der den «tyngste» er benevnt ved det å ha «omfattende» bistandsbehov.

Dette er således en samle-kategori for ulik grad av bistandsbehov. Her må vi derfor anta at det for hver kategori vil måtte foreligge en viss spredning av faktiske bistandsbehov utmålt i årsverk eller driftskostnader per bruker, da målet er så vidt forenklet.

Men på grunn av konstruksjonen av dette målet eller kategori for bistandsbehov, er det rimelig å forvente at det foreligger en viss spredning i antall årsverk som brukere innen denne kategorien mottar. Det har vi imidlertid ikke hatt tilgang til datagrunnlag for å teste, og det er heller ikke en oppgave i dette prosjektet.

Kategorien skiller seg imidlertid samtidig betydelig ut fra de øvrige to andre hovedkategoriene for grad bistandsbehov i det publiserte materialet om dette fra IPLOS/SSB. Og slik vi har vist tidligere (kap. 4.2), mottar brukere med omfattende bistandsbehov på landsbasis i gjennomsnitt tre ganger så mange årsverk per bruker som brukere i kategoriene med «middels til store» bistandsbehov.

Hvor store brutto driftskostnader som vil være knyttet til kategorien brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov faktisk er, vil også være påvirket av hvor rause/knipne kommunene er i tildeling av bistand til brukere med objektivt samme bistandsbehov. Det vil også antakelig i betydelig grad måtte være påvirket av varierende tilgang på privat omsorg, for eksempel igjen betinget av grad av aleneboenhet blant brukere 67 år+. Men hvis kategorien «med omfattende bistandsbehov» skal være analytisk noenlunde meningsfull, bør ikke variasjonene i omfang av hjelp/driftskostnader per bruker være vesentlig store.

Variasjon i årsverk per bruker med omfattende bistandsbehov

I gjennomsnitt var brutto driftskostnader i 2013 432 000 kr. per bruker av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov 67 år+ i disse kommunene med 2000 innbyggere+, eller 41 prosent av de samme driftskostnadene i institusjon. Slik det går fram av tabell 7.6, var gjennomsnittlige driftskostnader per slik bruker i den firedelen (percentil 1–25) av kommuner med lavest bruk, 183 000 kr. per bruker. I den firedelen av kommuner med høyeste kostnader, var brutto driftsutgifter per bruker 742 kr., eller fire ganger så høy.

Når vi her favner halvparten av disse kommunene, er vi oppe i forskjeller som viser at kategorien «med omfattende bistandsbehov» – når vi utmåler dette behovet ved omfanget av faktisk mottatt hjelp – er en svært vid kategori, noe som gjør den mindre treffsikker for analytiske formål. Et alternativ kan være å nytte omfang av faktisk mottatt hjelp som mål for hjelpebehov, målt i driftskostnader eller årsverk. Og om vi holder oss til den halvdelen av kommunene hvor driftskostnadene per bruker 67 år+ er minst og sammenlikner med den halvparten hvor driftsutgiftene er størst per bruker, er det slik at i den førstnevnte halvdelen av kommunene ble det i 2013 i gjennomsnitt brukt 259 000 kr. per slik bruker, jfr. tabell 7.6. I den andre halvdelen av disse kommunene ble det imidlertid brukt 602 000 kr. per slik bruker, eller 2,3 ganger mer. Selv på så grovt nivå er spredningen svært stor. Dette understreker på

nytt at kategorien «omfattende bistandsbehov» i ressursbrukssammenheng er en lite operativ størrelse. Målt i brutto driftskostnader per bruker, er den imidlertid isolert sett antakelig god.

Tabell 7.6 Brutto driftsutgifter per mottaker 67 år+ av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov. Gjennomsnitt samt minimums- og maksimumsverdier. Kommuner med 2000 innb.+ 1000 kr.

Desil	Antall kommuner	Gjennomsnitt	Minimum*	Maksimum
Lav				
1-10	34	121	11	166
1-25	84	183	11	271
1-50	167	259	11	393
Høy				
90-100	36	930	742	1264
75-100	86	741	535	1264
50-100	169	602	388	1264
1-100	332*	432	11	1264

*1851 Lødingen kommune er utelatt pga. manglende verdi
Kilde: IPLOS. Spesialkjøring i SSB for Fafo, november 2015

Sammenlikner vi den tidelen av kommuner med laveste driftsutgifter per bruker med den tidelen med de høyeste brutto driftskostnadene per bruker 67 år med omfattende bistandsbehov, dreier det seg i gjennomsnitt om 121 000 versus 930 000 kr. per bruker i 2013, jfr. tabell 7.6. Forholdstallet i brutto driftskostnader per bruker mellom disse kommunene er som 1:7,7. Dette må samtidig tjene som en klar illustrasjon på at variasjonen i driftskostnader blant brukere med såkalt «omfattende bistandsbehov» representerer høyst ulike hjelpefunksjoner i de ulike kommunene. Slik vi har vist for casekommunene, har for eksempel brukere med omfattende bistandsbehov i kommuner med særs lav institusjonsdekning, vesentlig høyere driftskostnader i de hjemmebaserte tjenestene sammenliknet med kommuner med særs omfattende bruk av institusjoner, jfr. for eksempel Os/Sula/Hurum versus Nord-Fron og Jevnaker, jfr. kapittel 7.2.

Variasjon i brutto driftsutgifter per bruker

Vi har i del I her i kapittel 7 om ressurseffektivitet i casekommunene gjort rede for hvordan vi har beregnet brutto driftsutgifter per alle beboere i institusjon pluss brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov.

Når vi tar for oss denne bruken per bruker på landbasis for de 333 kommunene med 2000 innbyggere+, finner vi at disse kommunene i 2013 nyttet 1 014 000 kr. per alle slike brukere, jfr. tabell 7.7.

Slik det går fram av tabell 7.7 var gjennomsnittlig brutto driftskostnader per slik bruker i den firedelen (percentil 1–25) av kommuner med 2000 innbyggere+ med de laveste driftskostnadene 810 000 kr. per bruker. Den firedelen av kommuner med høyeste brutto driftsutgifter, brukte i gjennomsnitt 1 246 000 kr. per slike brukere i 2013, eller 54 prosent mer. Når vi slik favner halvparten av kommunene, er samlet ressursbruk per alle slike brukere svært forskjellig mellom kommunene.

Tabell 7.7 Ressurseeffektivitet etter delmål 1: Brutto driftsutgifter per beboer i institusjon pluss mottakere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Gjennomsnitt samt minimums- og maksimumsverdier. Kommuner med 2000 innb+. Br. driftskostnader per alle slike brukere i 2013. 1000 kr.

Desil	Antall kommuner	Gjennomsnitt	Minimum*	Maksimum
Lav				
1-10	35	749	62	0,80
1-25	84	810	616	0,90
1-50	169	881	616	1,00
Høy				
90-100	36	1.372	1.224	1.718
75-100	86	1.246	1.096	1.718
50-100	169	1.145	0.977	1.718
1-100	332*	1.014	62	1,718

*1851 Lødingen kommune er utelatt pga. manglende verdi

Kilde: KOSTRA 2013 og IPLOS. Spesialkjøring i SSB for Fafo, nvember 2015

I den tidelen av kommuner med lavest ressursbruk per bruker etter dette samlemålet, var brutto driftsutgifter i gjennomsnitt 749 000 kr. per bruker i 2013, mens det i den tidelen av kommuner med høyeste driftskostnader ble det brukt 1 372 000 kr. per slik bruker, eller 83 prosent mer per bruker.

Disse kommunene utgjør 20 prosent av alle kommuner eller i alt 67 kommuner med 2000 innbyggere pluss. Her er forskjellen i ressursbruk per slike brukere mellom kommunene svært høy, særlig hvis vi forutsetter at de underliggende behovene for pleie- og omsorg hos eldre er noenlunde de samme i disse kommunene aggregert på så høyt nivå (33 versus 34 kommuner), det vil si når det ikke er tale om enkeltkommuner. Mest utfordrende er det å skulle forklare den lave ressursbruken i kommuner med slik bruk tilsvarende 74 prosent av landsgjennomsnittet, det vil si i de 35 kommunene i 1. desil, hvor gjennomsnittlige brutto driftsutgifter var 749 000 kr. per bruker i 2013. Dette må være kommuner som kombinerer lave driftskostnader per bruker både i institusjon og i åpen omsorg. Og en del vil måtte tilskrives at kategorien brukere med «omfattende bistandsbehov» består av brukere med så vidt forskjellige faktiske bistandsbehov. Men vår hovedhypotese er fortsatt at ressurseffektive kommuner er det på grunn av innretningen av tjenestene, det vil si en stor del brukere med omfattende

bistandsbehov i åpen omsorg. Det kommer vi tilbake til og vil få svar på ved hjelp av regresjonsanalyser i kapittel 7.8.

7.6 Ressursbruk i utvalgte typologier

I kapittel 6 har vi gjort rede for egenskaper og kjennetegn ved ti ulike typologier for innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Vi skal her gjøre rede for hvordan tre av disse typologiene kommer ut etter de tre målene for ressursbruk og ressurseffektivitet vi har gått igjennom så langt. Vi har her valgt typologier hvor vi gjenfinner de fleste av casekommunene. Vi gjenfinner således åtte⁶⁹ av de ni casekommunene innenfor disse tre typologiene (men noen av dem er også representert i andre typologier), jfr. kapittel 6.12.

På den ene siden burde vi forvente at kommuner som har innrettet tjenestene sine på noenlunde samme måte, kommer ut noenlunde likt med hensyn til ressurseffektivitet. På den andre siden viser vår gjennomgang så langt at det generelt er stor spredning i hvor kostnadseffektive kommunene generelt er, målt slik vi her gjør. Det er framfor alt mangfold og heterogenitet som så langt dominerer bildet når det gjelder hvordan kommunen ter seg i innretning, dimensjonering og ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene.

Typologi 1 – institusjonsorientering

Slik det går fram i kapittel 6, del II, er det vi benevner som institusjonsorienterte kommuner steder med høy bruk av institusjoner til befolkningen 80 år+, der det var minst 18 beboere i institusjon per 100 innbyggere 80 år+ eller høyere i 2010. Og dette er kommuner som har hatt høy bruk av institusjoner over lang tid, samtidig som de har få brukere 80 år+ i hjemmebaserte tjenester, jfr. kapittel 6.3.

Disse 17 institusjonsorienterte kommunene hadde brutto driftsutgifter i institusjon (i sykehjem) som plasserte dem litt over landsgjennomsnittet for kommuner med 2000 innbyggere+, med 1 047 000 kr. per beboere per år, jfr. tabell 7.8. Men igjen, her er spredningen stor, idet driftsutgiftene per institusjonsbeboer per år er 804 000 kr. i den kommunen som har de laveste driftsutgiftene i institusjon i typologi 1, mot 1 496 000 kr. i kommunen med de høyeste brutto driftsutgiftene.

Når en så vidt stor del av den eldre befolkningen har plass i institusjon (samtidig som få er brukere av hjemmebaserte tjenester), ville ikke alle disse beboerne være så pleie-trengende sammenliknet med kommuner med få plasser i institusjon. Det burde være

⁶⁹ Det gjelder Nord-Fron (typologi 1), Hurum, Sola, Os (typologi 6) og Nittedal, Jevnaker, Sola, Nord-Aurdal (typologi 9).

rimelig å forvente at brutto driftsutgifter per beboer i institusjon ville være moderate i kommuner i typologi 1. Og det er de, idet disse driftsutgiftene i de 17 kommunene var 1 047 000 kr. eller akkurat på landsgjennomsnittet i 2013.

Med en slik innretning, med mange eldre i institusjon, er det rimelig at vi finner at ressursbruken per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg i gjennomsnitt er moderat lav. De utgjorde 331 000 kr. per bruker, eller godt under landsgjennomsnittet.

Tabell 7.8 Brutto utgifter per beboer i institusjon, per bruker av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov samt brutto utgifter i gjennomsnitt for alle slike brukere (delmål 1). 17 kommuner i typologi 1. 1000 kr. i 2013.

	Antall kommuner	Gjennomsnitt	Minimum	Maksimum
Brutt driftsutgifter per beboer i institusjon	17	1047	804	1498
Brutt driftsutgifter per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov	17	331	93	823
Ressurseffektivitet delmål 1, relativt til landsgjennomsnittet	17	107 pst	79 pst	144 pst

Kilde: KOSTRA 2013 og IPLOS. Spesialkjøring i SSB for Fafo, november 2015

Samlet ressursinnsats per beboere i institusjon pluss brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg (delmål 1) i kommuner i typologi 1, lå 7 prosent over landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.8.

Men spredningen i ressursbruk etter disse tre målene er betydelig, idet for eksempel brutto driftsutgifter per beboer i institusjon var respektive 1 498 000 kr. per beboer i kommunen med høyeste brutto driftsutgifter, mens den var 804 000 kr. i den kommunen med lavest slike kostnader per beboer.

De aller fleste av de samme kommunene plasserer seg på eller litt under eller over brutto driftsutgifter på landsbasis, mens de fleste kommunene i typologi 1 brukte jevnt over få ressurser på brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg.

Typologi 6 – hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon

De 25 kommunene i typologi 6 er kommuner med svært få eldre beboere i sykehjem og med svært mange eldre brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov. Casekommunene Hurum Os og Sula hører hjemme her.

Kommunene i typolog 6 har jevnt over relativt høye brutto driftskostnader i sykehjem, idet disse i gjennomsnitt var 1 164 000 kr. i 2013, jfr. tabell 7.9, eller 11 prosent over landsgjennomsnittet. Som vi tidligere har pekt på, jfr. kapittel 7.2, er det rimelig å anta at når en kommune har svært få beboere i institusjon, vil disse til gjengjeld være mer ressurskrevende.

Tabell 7.9 Brutto driftsutgifter per beboer i institusjon, per bruker av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov samt brutto utgifter i gjennomsnitt for alle slike brukere (delmål I). 1000 kr. 2013. 25 kommuner i typologi 6.

	Antall kommuner	Gjennomsnitt	Minimum	Maksimum
Brutto driftsutgifter per beboer i institusjon	25	1164	767	1926
Brutto driftsutgifter per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov	25	539	277	1249
Ressurseffektivitet delmål 1, relativt til landsgjennomsnittet	25	93 pst	73 pst	133 pst

Kilde: KOSTRA 2013 og IPLOS. Spesialkjøring i SSB for Fafo, november 2015

Ressursbruken blant brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg er som forventet mer omfattende enn landsgjennomsnittet, med 539 000 kr. per bruker i 2013.

Spredningen i ressursbruken er imidlertid svært stor etter disse målene. Det går fram av figur 7.1. Det grå feltet rundt regresjonslinjen representerer et konfidensintervall på 95 prosent⁷⁰. Figur 7.1 viser imidlertid at elleve av de 25 kommunene i typologi 6 plasserer seg utenfor dette feltet.

Mens halvparten (13 kommuner) av disse 25 kommunene har brutto driftsutgifter på eller oftest noe under landsgjennomsnittet, er det en annen halvpart (12 kommuner) som har brutto driftsutgifter noe eller betydelig over landsgjennomsnittet, jfr. figur 7.1.

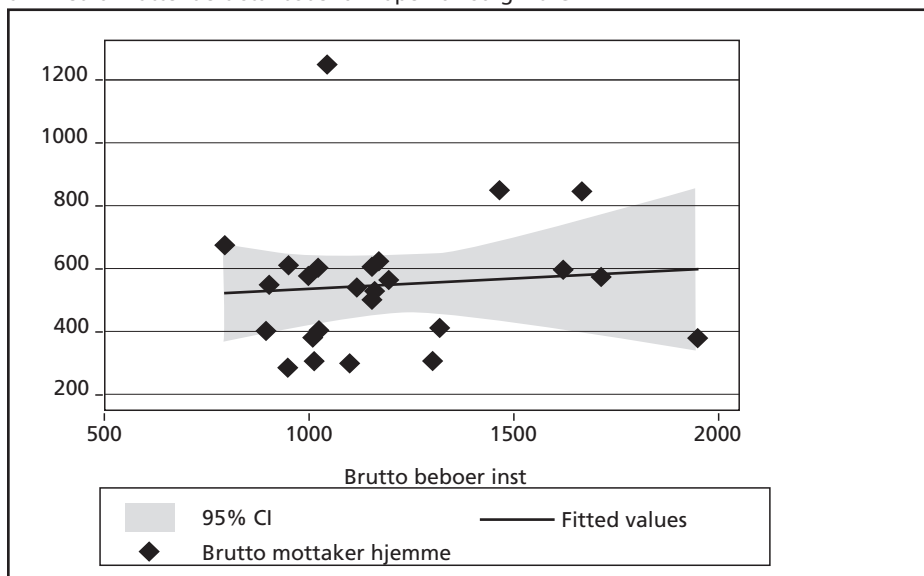
Det er også stor spredning i driftskostnader per bruker i åpen omsorg. Selv om de fleste plasserer seg godt over landsgjennomsnittet, har for eksempel ni av disse kommunene utgifter per slik bruker under snittet.

Det vi egentlig finner er at disse kommunene som er nokså enhetlig i sin innretning av tjenestene, bruker driftsressursene til dels svært forskjellig. Våre ulike typologier viser at det er et svært stort mangfold og en stor heterogenitet i innretning av tjenestene mellom kommunene. Men når vi bringer inn driftskostnadene, fragmenteres et allerede oppstykket bilde ytterligere.

I sum framstår imidlertid kommunene i typologi 6 – med sterk satsing på brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg – som noe mer ressurseffektiv enn gjennomsnittet av norske kommuner. Slik det går fram av tabell 7.9 utgjorde brutto driftsutgifter per alle brukere, det vil si etter vårt delmål 1, 93 prosent i forhold til landsgjennomsnittet på 100.

⁷⁰ Konfidensintervallet angir feilmarginen ved denne beregning på. Konfidensintervall angir det intervallet som med en spesifisert sannsynlighet inneholder den faktiske verdien av variabelen man har målt. Sannsynligheten oppgis i prosent. Således inneholder et 95 pst-konfidensintervall den faktiske verdien med en sannsynlighet på 0,95.

Figur 7.1 Typologi 6. Brutto utgifter per beboere i institusjon og brutto utgifter per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, 2013.



Brutto utgifter per i institusjon i X-aksen. Brutto utgifter per mottaker 67+ med omfattende bistandsbehov i hjemmebaserte tjenester i Y-aksen.

Men også målt på denne måten er spredningen stor. Den kommunen som innen typologi 6 brukte mest per alle slike brukere i 2013, brukte 83 prosent mer enn den kommunen med samlet laveste brutto driftskostnader, med respektive 1 334 000 og 728 000 kr. per alle slike brukere. Selv om noen av disse kommunene er til dels svært kostnadseffektive, jfr. omtalen av Sula i kapittel 7.3, er det en god del andre som driver lite kostnadseffektivt, på tross av en innretning av tjenestene som burde tilsi det motsatte. Nærmest uansett hvordan vi nærmer oss denne problematikken, er det den store spredningen i innretning og drift av omsorgstjenestene som står tilbake som hovedbilde.

Typologi 9 – få brukere

De 32 kommunene i typologi 9 er kommuner med svært få eldre under kommunalt omsorgsregime og få eldre brukere av hjemmebaserte tjenester. Casekommunene Nitedal, Jevnaker, Sola og Nord-Aurdal⁷¹ hører hjemme her.

⁷¹ Nord-Aurdal hører egentlig hjemme i typologi 2 og 8, og vi har primært regnet denne casekommunen hit. Men samtidig definerer vi den til også å tilhøre typologi 9. Overlapp mellom typologier er for øvrig drøftet i kap. 6.12.

I kommunene i typologi 9 var i gjennomsnittlig brutto driftsutgifter i institusjon nær likt landsgjennomsnittet for kommuner med 2000 innbyggere+, idet disse kommunene nyttet 1 029 000 kr. per beboer, jfr. tabell 7.10.

Tabell 7.10 Brutto driftsutgifter per beboer i institusjon, per bruker av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov samt brutto utgifter i gjennomsnitt for alle slike brukere (delmål I). 1000 kr. 2013. 32 kommuner i typologi 9.

	Antall kommuner	Gjennomsnitt	Minimum	Maksimum
Brutto driftsutgifter per beboer i institusjon	32	1019	756	1292
Brutto driftsutgifter per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov	32	405	75	992
Ressurseffektivitet delmål 1, relativt til landsgjennomsnittet	32	102 pst	79 pst	1,28 pst

Kilde: KOSTRA 2013 og IPLOS. Spesialkjøring i SSB for Fafo, november 2015

Samtidig har disse kommune en moderat ressursinnsats per bruker med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, da det i gjennomsnitt ble brukt 405 000 kr. per bruker i 2013. Slik det går fram av tabell 7.10 er spredningen i denne bruken stor også her. Tabell 7.10 viser minimum- og maksimum-skåre i årsverk per bruker. Et bedre bilde av dette gir imidlertid plotdiagrammet i figur 7.2.

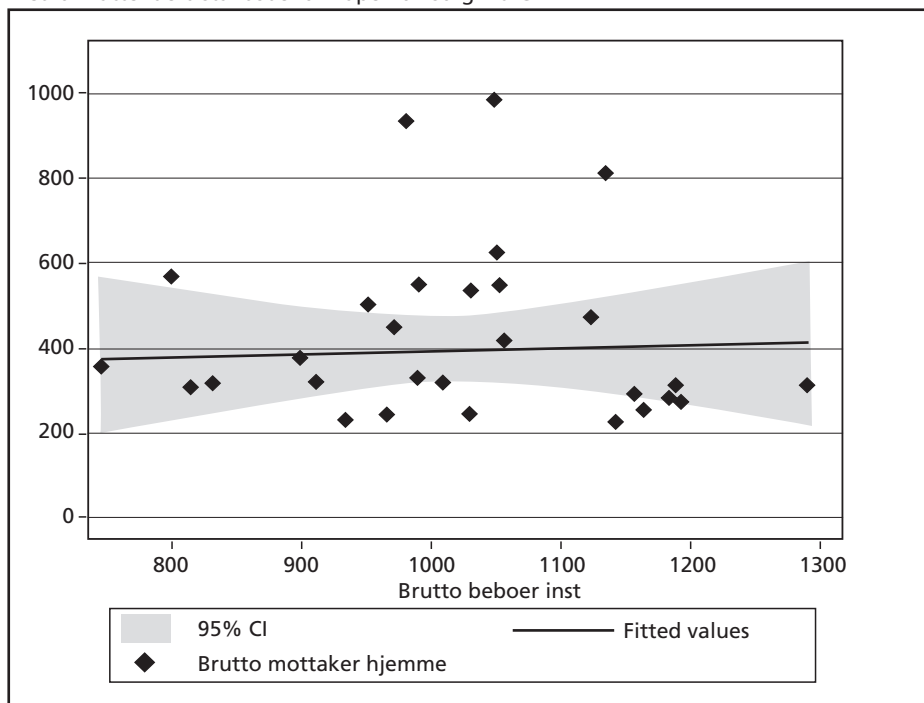
Spredningen i ressursbruken er imidlertid svært stor etter disse målene. Det går fram av figur 7.2. Det grå feltet rundt regresjonslinjen representerer et konfidensintervall på 95 prosent. Det viser at 17 av de 32 kommunene i typologi 9 plasserer seg utenfor dette feltet.

Om vi først ser på brutto driftskostnader i institusjon, er det i typologi 9 om lag elleve kommuner som plasserer seg i intervallet 950 000 til 1 150 000 kr. per beboer, som er et nokså grovt mål for enhetlighet. Det er imidlertid dobbelt så mange som enten plasserer seg over (13) eller under dette intervallet (8). Her er det svært stor spredning mellom kommunene etter disse målene for ressursbruk.

Noenlunde det samme manifesterer seg når det gjelder brutto driftskostnader for eldre i åpen omsorg. Her har om lag 14 av kommunene brutto driftskostnader mellom 300 000 og 500 000 kr. De øvrige fordeler seg under eller over dette intervallet, og til dels svært mye. Også her er det svært stor spredning i hva en har lagt seg på, det vil si at spredningen i ressursbruk per bruker er svært stor i typologi 9.

Dette betyr at selv innenfor en så vidt snever gruppering av kommuner, er det ikke mulig å finne et noenlunde sammenhengende mønster. Og det er denne mangelen på sammenheng som etter våre data og vurderinger framfor alt kjennetegner dagens omsorgstjeneste-Norge, slik denne gjennomgangen av ressursbruk i tre valgte typologier til overmål viser.

Figur 7.2 Typologi 9. Brutto utgifter per beboere i institusjon og brutto utgifter per bruker med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. 2013.



Brutto utgifter per i institusjon i X-aksen. Brutto utgifter per mottaker 67+ med omfattende bistandsbehov i hjemmebaserte tjenester i Y-aksen.

Målt på denne måten, utgjør typologi 9 en svært lite homogen gruppe kommuner, snarere tvert imot. Det resultatet er også som forventet ut fra hva som karakteriserer innretningen av tjenestene i denne typologien – det vil si lite av det meste, jfr. kapittel 5, og derav stort spillerom for faktisk ressursinnsats per bruker.

Ressurseeffektiviteten målt som omfang av brutto driftsutgifter per alle slike brukere – det vil si størrelsen av delmål 1 – er i disse kommunene om lag på landsgjennomsnittet, eller 2 prosentpoeng over, jfr. tabell 7.10. Kommunene i denne typologien tilbyr slik sett ikke på noe særskilt. Den synes nærmest «sammenrasket» av tilfeldige kombinasjoner av innretninger og ressursbruk innenfor fellesnevneren få brukere. Og det understrekes igjen av at spredningen i ressursbruk per bruker i institusjon, blant brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg og ressursbruken per alle slike brukere under ett i typologi 9, er usedvanlig stor, slik det går fram både av tabell 7.10 og figur 7.2.

7.7 Hva virker inn på ressurseffektiviteten?

Korrelasjon mellom innretning av omsorgstjenestene og ressurseffektivitet

I vårt arbeid med ressurseffektivitet har vi lagt til grunn at innretningen av omsorgstjenestene vil være av stor betydning for ressurseffektiviteten. Og her tar vi utgangspunkt i ressursbruken blant beboere i institusjon og brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov målt i brutto driftsutgifter per bruker. Som gjort rede for og begrunnet i kapittel 4, er vår hovedhypotese at ressursbruken per alle slike brukere i kommunene vil avta med tiltakende andel brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Og omvendt, at ressursbruken vil tilta med økende andel av alle disse brukerne med plass i institusjon, det vil si at vi vil finne avtakende ressurseffektivitet med tiltakende institusjonsbruk. Dette blant annet ut fra observasjonen av at brutto driftsutgifter per beboer i institusjon på landsbasis i 2013 var over dobbelt så stor som blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov, respektive i gjennomsnitt 1 049 000 og 432 000 kr., jfr. tabell 7.5 og 7.6.

Hvis det foreligger en betydelig slik positiv sammenheng, vil en korrelasjonsanalyse måtte vise en vesentlig positiv korrelasjon mellom disse to målene/forholdene. Her presenterer vi resultatet av en slik analyse, der vi viser korrelasjonen mellom andel beboere i institusjon av alle beboere i institusjon pluss brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov og ressurseffektivitet målt ved brutto driftsutgifter per alle brukere i institusjon pluss brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov (vårt delmål 1 for ressurseffektivitet). Resultatene er gjengitt i 7.3.

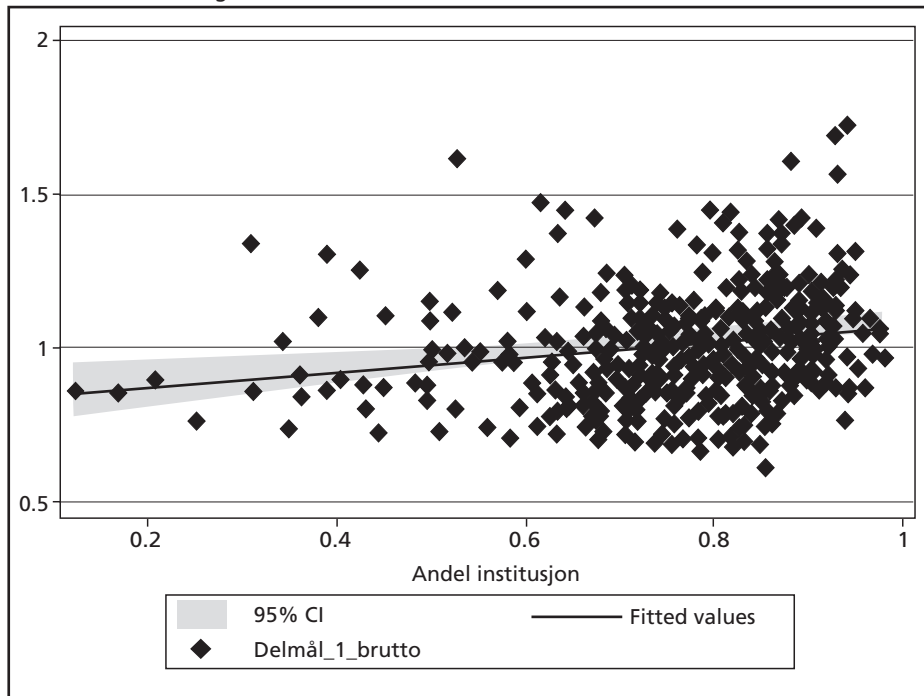
Hvis det er en betydelig positiv sammenheng mellom disse to målene, det vil si at ressurseffektiviteten tiltar (fallende verdier i delmål 1), ville regresjonslinjen ha steget mer eller mindre bratt fra venstre mot høyre i figur 7.3. Det gjør den imidlertid ikke, regresjonslinjen i figuren.3 framstår bare ved en svakt stigende strek.

Slik det det går fram av figur 7.3, er det bare en mindre positiv og signifikant sammenheng i kommuner med 2000 innbyggere+ mellom det å ha en høy andel i institusjon (da målt som andel av alle brukere i denne brukergruppen som inngår i delmål 1) og det å skåre høyere på ressurseffektivitetsmålet. Det vil si at kommuner med mange brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg er noe mer ressurseffektive enn kommuner med mange brukere i institusjon.

Vår hovedhypotese får ikke spesiell stor støtte i korrelasjonsmatrisen i figur 7.3, det vil si at kommunenes innretning av hovedtjenestene i pleie og omsorg bare i mindre grad påvirker den faktiske ressursbruken (utfallet i samlemålet – vårt delmål 1). Det er med andre ord bare i noen grad tilfellet at kommuner med mange brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg er mer ressurseffektive enn kommuner som har de fleste tunge brukerne i institusjon. Våre teoretiske og rimelig logiske antakelser synes foreløpig til en viss grad tilbakevist av de empiriske data om hvordan kommunene

faktisk ter seg. Og de synes å te seg med et mangfold i alle retninger, der spredningen i samlet ressursbruk er svært stor – jfr. figur 7. 3.

Figur 7.3 Korrelasjon mellom andel brukere i institusjon av alle slike brukere plus brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg og samlet ressursbruk per alle disse brukerne målt i brutto driftsutgifter 2013. Kommuner med 2.000 innb.+.



Det grå feltet rundt linjen representerer konfidensintervallet på 95 prosent (se avsnitt 7.6). De svarte dottene representerer kommunenes skåre i ressurseffektivitetsmålet.

Kommunene synes i betydelig grad å framstå uten faste mønstre når det gjelder ressursanvendelsen. Selv om en del kommuner synes å ha innrettet omsorgstjenestene sine på en rimelig logisk og ressursbesparende måte, er det på den andre siden mange kommuner med andre og ofte stikk motsatte innretninger.

Det synes rimelig å anta at mye av årsakene til at vi bare i mindre grad gjenfinder våre antatte sammenhenger ute i kommunene, er knyttet til de svært store forskjellene eller spredningene i ressursbruken per beboer i institusjon og blant brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, slik vi gjorde rede for i kapittel 7.5, tabell 7.5 og 7.6. Når spredningen i ressursbruk per bruker i institusjon og blant brukere med omfattende bistandsbehov er så stor som vi her har dokumentert, er det samtidig så å si beviset for at de mønstre som vi hadde hypoteser om å finne, de facto bare eksisterer i mindre grad i kommune-Norge. Og konsekvensen er at i et slikt myldrende mangfold

av innretninger av omsorgstjenestene – og enda mer i ressursbruken – vil det være lite sannsynlig å finne mange kommuner som samler seg om faste mønstre og strukturer av noe særlig omfang. Når det er slik, vil vi mest sannsynlig oftest måtte være dømt til å finne fragmentering.

Det er ikke i betydelig grad innretningen av omsorgstjenestene – for eksempel kommuner med relativt mange brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, men de store variasjonene i brutto driftsutgifter per bruker – særlig i institusjon (sykehjem) – som synes å «overstyre» eller utlikne mulige effekter av innretning av omsorgstjenestene, og som dermed også i stor grad styrer omfanget av den samlede ressursbruken per bruker, jfr. vårt mål for ressurseffektivitet.

Disse resultatene demonstrerer samtidig hvor galt det kan bære av sted å ta utgangspunkt i gjennomsnittet for bruk og brukere av omsorgstjenester. Vi tok her utgangspunkt i at beboere i institusjon på landsbasis i gjennomsnitt brukte over dobbelt så mange ressurser (br. driftskostnader) per beboer sammenliknet med brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Ute i de enkelte kommunene er imidlertid denne fordelingen høyst variabel, og så variabel at denne forskjellen qua gjennomsnitt nærmest mister mye av sin mulige effekt når vi bringer inn variasjonen i hvordan de enkelte kommunene nytter ressursene sine per bruker blant beboere i institusjon versus bruker med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Dette viste vi blant annet ved gjennomgangen av casekommunene, jfr. avsnitt 7.3, tabell 7.3III, der mye av besparelsene eller kostnadseffektiviteten med å ha svært mange brukere i åpen omsorg ble krympet av kostnadene per beboer i institusjon.

Dette poenget demonstreres også godt ved hvordan casekommunene har fordelt ressursbruken sin. Jevnaker kommune hadde for eksempel fire ganger så store brutto driftskostnader per beboer i institusjon som blant brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, jfr. avsnitt 7.2, tabell 7.2.

I og med at bistandsproblemene per eldrebefolkningsenhet synes noenlunde likt fordelt i kommunene, jfr. avsnitt 7.4, også sett i forhold til at det å eldes må arte seg noenlunde likt i de fleste kommuner, er det kommunale mangfoldet i innretning av omsorgstjenestene – og enda mer i mangfoldet i ressursbruken – så stort at det er vanskelig å forstå at alle kan befinne seg i det samme lille og ellers nokså homogene landet.

I det følgende skal vi ved to ulike tilnærminger empirisk underbygge betydningen av den innvirkning omfanget av ressursbruk per bruker har for den samlede ressurseffektiviteten i kommunene.

Brutto driftskostnader per bruker i kommuner med særlig høy og særlig lav ressurseffektivitet

For å illustrere den betydningen variasjonene i brutto driftskostnader per bruker mellom kommunene har på ressurseffektiviteten målt ved vårt delmål 1, viser vi her hvilke brutto driftskostnader per bruker i institusjon og blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ vi finner i de 30 kommunene som drives mest ressurseffektivt målt på denne måten, versus de som driver minst ressurseffektivt i omsorgstjenestene. Resultatene går fram av tabell 7.11A og B.

Særlig ressurseffektive kommuner

I de 30 mest ressurseffektive kommunene utgjør skåren i delmål 1 74 prosent av landsgjennomsnittet, det vil si de plasserer seg betydelig under dette gjennomsnittet, jfr. tabell 7.11A. Det skyldes både at driftsutgiftene per beboer i institusjon og per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov er betydelig under landsgjennomsnittet. Mens brutto driftskostnader i institusjon på landsbasis var 1 014 000 kr. per beboer, var den i disse 30 kommunene i gjennomsnitt 793 000 kr., eller 22 prosent under utgiftene på landsbasis. Tilsvarende for brukere med omfattende bistandsbehov var respektive 432 000 mot 327 000 kr. i disse kommunene.

Det er særlig de relativt lave kostnadene per beboer i institusjon som vil slå inn i samlemålet, både fordi det dreier seg om et langt større beløp enn for brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, og fordi beboere i institusjon utgjør flertallet, eller 70 prosent av alle disse brukerne, jfr. tabell 7.11A. For særlig ressurseffektive kommuner er det framfor alt lave kostnader per bruker som bidrar til denne effektiviteten.

Tabell 7.11A Brutto driftsutgifter per beboer i institusjon og per bruker av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov samt andel brukere i institusjon og skåre i delmål 1 for ressurseffektivitet relativt til landsgjennomsnittet. 30 kommuner med størst ressurseffektivitet av kommuner 2000 innb+.

Plassering	Kommune	Brutto utgifter pr. 67 år+ hjemme med omfattende bistandsbehov	Brutto utgifter pr. beboer i institusjon	Andel i institusjon i forhold til landsgj.sn.=1	Delmål 1. Relativt til landsgj.sn.=1
Høyeste 30 k.					
1	2020 Porsanger	633	529	0,86	0,62
2	1511 Vanylven	351	665	0,79	0,68
3	1620 Frøya	163	705	0,82	0,69
4	0815 Kragerø	693	574	0,72	0,69
5	1554 Averøy	182	763	0,74	0,69
6	0122 Trøgstad	251	730	0,77	0,70
7	0137 Våler	181	830	0,68	0,71
8	1711 Meråker	143	727	0,83	0,71
9	1428 Askvoll	414	787	0,58	0,72
10	1520 Ørsta	221	803	0,71	0,72
11	0544 Øystre Slidre	317	829	0,63	0,73
12	0702 Holmestrand	371	984	0,44	0,73
13	1528 Sykkylven	535	882	0,35	0,74
14	1702 Steinkjer	393	869	0,56	0,75
15	1539 Rauma	293	738	0,82	0,75
16	1750 Vikna	345	790	0,72	0,75
17	1640 Røros	472	705	0,83	0,76
18	1634 Oppdal	361	821	0,66	0,76
19	1865 Vågan	302	851	0,68	0,76
20	1531 Sula	597	923	0,25	0,77
21	1525 Stranda	386	800	0,71	0,77
22	1551 Eide	137	715	0,94	0,77
23	1630 Åfjord	277	928	0,63	0,78
24	1429 Fjaler	271	807	0,78	0,78
25	0829 Kviteseid	376	781	0,77	0,78
26	1517 Hareid	106	1037	0,63	0,78
27	1638 Orkdal	363	756	0,84	0,79
28	1515 Herøy	166	839	0,79	0,79
29	0538 Nordre Land	228	830	0,78	0,79
30	1449 Stryn	275	790	0,83	0,79
Gjennomsnitt		327	793	0,70	0,74
Hele landet		432	1.014	0,76	100

Kilde: KOSTRA 2013 og IPLOS-data 2013

Tabell 7.11B Brutto driftsutgifter per beboer i institusjon og per bruker av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov samt andel brukere i institusjon og skåre i delmål 1 for ressurseffektivitet relativt til landsgjennomsnittet. 30 kommuner med laveste ressurseffektivitet av kommuner 2000 innb+.

Plassering	Kommune	Brutto utgifter pr. 67 år+ hjemme med omfattende bistandsbehov	Brutto utgifter pr. beboer i institusjon	Andel i institusjon i forhold til landsgj.sn.=1	Delmål 1. Relativt til landsgj.sn.=1
Laveste 30 k.					
30	0227 Fet	1010	1119	0,79	1,24
29	1832 Hemnes	503	1374	0,69	1,25
28	1243 Os	847	1443	0,43	1,25
27	1245 Sund	823	1137	0,94	1,27
26	0228 Rælingen	322	1292	0,84	1,28
25	0834 Vinje	599	1493	0,60	1,29
24	0441 Os	143	1407	0,80	1,31
23	1231 Ullensvang	214	1226	0,93	1,31
22	1037 Kvinesdal	842	1647	0,39	1,31
21	1112 Lund	513	1300	0,83	1,32
20	1135 Sauda	1249	1018	0,31	1,33
19	1222 Fitjar	1206	1172	0,78	1,34
18	2012 Alta	387	1305	0,87	1,34
17	1120 Klepp	161	1362	0,87	1,37
16	2002 Vardø	382	1384	0,83	1,37
15	1228 Odda	901	1397	0,63	1,38
14	1424 Årdal	217	1360	0,89	1,39
13	1121 Time	455	1476	0,76	1,40
12	1922 Bardu	210	1488	0,81	1,41
11	1259 Øygarden	253	1405	0,87	1,42
10	1134 Suldal	460	1644	0,67	1,42
9	1146 Tysvær	260	1498	0,82	1,44
8	1840 Saltdal	1085	1384	0,64	1,45
7	0620 Hol	264	1542	0,80	1,45
6	0612 Hole	1264	1332	0,62	1,48
5	0127 Skiptvet	11	1476	0,93	1,56
4	1141 Finnøy	985	1805	0,53	1,61
3	0811 Siljan	993	1478	0,88	1,61
2	1133 Hjelmeland	312	1582	0,93	1,69
1	2028 Båtsfjord	71	1602	0,94	1,72
Gjennomsnitt		565	1405	0,75	1,40
Hele landet		432	1.014	0,76	100

Kilde: KOSTRA 2013 og IPLOS-data 2013

Særlig lite ressurseffektive kommuner

De 30 minst ressurseffektive kommunene har en skåre i vårt delmål 1 for effektivitet som er 40 prosent høyere enn landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.11B. Det som kjennetegner disse kommunene er de relativt høye driftskostnadene per beboer i institusjon, som var i gjennomsnitt 1 405 000 kr., eller ca. 40 prosent over landsgjennomsnittet, jfr. tabell 7.11B. Samtidig er driftsutgiftene per bruker med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg en god del høyere enn landsgjennomsnittet. Men fordi kostnadene per beboer i institusjon er 2,5 ganger høyere enn for brukere i åpen omsorg og fordi beboere i institusjon utgjør 75 prosent av alle slike brukere i disse kommunene, slår institusjonskostnadene svært sterkt inn i samlemålet.

Det vi har funnet for både svært ressurseffektive og svært lite ressurseffektive kommuner, er at brutto driftsutgifter per beboer i institusjon er svært viktig for skåren i effektivitetsmålet. Vår hypotese er at dette også vil måtte gjelde for mange av de øvrige kommunene.

Sammenhengen mellom ressurseffektivitet, kostnader per bruker og innretning av tjenestene

Vi vil her ved hjelp av lineær regresjonsanalyse vise hvilke ulike separate innvirkninger sentrale størrelser har på ressurseffektiviteten uttrykt ved vårt delmål 1. Det gjelder brutto driftskostnader per beboer i institusjon, per bruker 67 år+ av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg samt innretning av tjenestene målt ved andel av denne brukergruppen som er beboere i institusjon.

Vi viser resultatene av analysene for alle kommuner med 2000 innbyggere+ i 2013, og de samme resultatene for de 25 prosent av kommunene med høyest og de 25 prosent med lavest ressurseffektivitet i vårt delmål 1.

Vi gjengir ikke her de detaljerte resultatene fra regresjonsanalysene, men nøyer oss med de sentrale betakoeffisientene, da det er disse som er de viktigste i denne sammenhengen. Dette er koeffisienter som, i motsetning til direkte bivariante koeffisienter, er korrigert for den innbyrdes effekt de uavhengige variabler som inngår i regresjonsanalysen har på den avhengige variabelen, det vil si her delmål 1 for ressurseffektivitet.

Slik det framkommer av de bivariante korrelasjonene, er sammenhengen mellom «delmål 1» og «brutto driftsutgifter per beboere i institusjon» svært sterk. En såpass sterk korrelasjon tyder på svært høy sammenheng (kolinearitet) mellom de to variablene og viser med all tydelighet at skåren på «delmål 1» samvarierer svært sterkt med «brutto driftsutgifter per beboere i institusjon». Den nest sterkeste sammenhengen er å finne mellom «delmål 1» og «brutto driftsutgifter per bruker 67 år+ med hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov», men denne sammenhengen er under det halve av den foregående omtalte sammenhengen med en korrelasjon på 0.344. «Andel i institusjon av brukere i delmål 1» korrelerer svakest med «delmål 1». Videre

framkommer det at «andel i institusjon av brukere i delmål 1» er negativt korrelert med både «brutto driftsutgifter per beboere i institusjon» og «brutto driftsutgifter per bruker 67 år+ med hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov».

Tabell 7.12 Sammenhengen mellom ressurseffektivitet, kostnader per beboer i institusjon og per bruker i åpen omsorg samt innretning av tjenestene. Bivariate korrelasjoner (Persons r) og beta-koeffisienter ved lineær regresjon.

A. Bivariate korrelasjoner

	Delmål 1	Brutto driftsutgifter per beboer i institusjon	Br. driftsutgifter per bruker 67 år+ med hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov	Andel i institusjon av brukere i delmål 1 (a+b)
Delmål 1	1.00			
Brutto driftsutgifter per beboere i institusjon	0.748	1.00		
Br. driftsutgifter per bruker 67 år+ med hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov	0.344	0.129	1.00	
Andel i institusjon av brukere i delmål 1 (a+b)	0.177	-0.318	-0.258	1.00

B Betakoeffisienter ved lineær regresjon

	Alle kommuner	Den mest ressurseffektive firedelen kommuner	Den minst ressurseffektive firedelen kommuner
Brutto driftsutgifter per beboere i institusjon, betakoeff. (a)	.88	1.10	.10
Br. driftsutgifter per bruker 67 år+ med hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov, beta-koeffisienter (b)	.35	.49	.50
Andel i institusjon av brukere i delmål 1 (a+b)	.55	.93	.59
Modellens forklaringskraft, R ²	.88	.57	.73
Faktiske brutto driftsutgifter:			
Br. driftskostnader per beboer i institusjon (a), 1000 kr*	1.049	890	1.245
Br. driftskostnader per bruker 67 år+ i med omfattende* bistandsbehov 67 år+ (b), 1000 kr	432	341	547
Andel beboere i institusjon i prosent av alle brukere i delmål 1	76 pst	69 pst	77 pst
Antall kommuner	330	82	85

* Opplysninger om br. driftskostnader per bruker i gjennomsnitt er hentet fra tabell 7.5. og 7.6.

Slik det går fram av tabell 7.12 er det brutto driftsutgifter per beboere i institusjon som bidrar mest til kommunens skåre i vårt delmål 1. Her er betakoeffisienten .88

mellom disse to målene. Dette er ikke overraskende, gitt at den svært høye bivariate korrelasjonen mellom «delmål 1» og «brutto driftsutgifter per beboere i institusjon» viste seg å være svært sterk.

Brutto driftsutgifter per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov forklarer bare en mindre del av skåren i delmål 1, hvor betakoeffisienten mellom disse målene er .35.

Men det er verdt å legge merke til at variasjonene i innretningen av omsorgstjenestene i kommunene, det vil si andelen av disse brukerne som er i institusjon versus i åpen omsorg (brukere med hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov), har betydelig innflytelse på ressurseffektiviteten, idet betakoeffisienten for denne variabelen i regresjonsanalysen er .55, jfr. tabell 7.12.

Vi må midlertid understreke at disse analysene må fortolkes med forsiktighet, da det er svært stor variasjon innenfor hver av de tre uavhengige variablene. De standardiserte betakoeffisientene representerer gjennomsnittsestimater, og kommuner som avviker svært mye fra gjennomsnittet, enten ved at de ligger langt under eller langt over, vil påvirke størrelsen på koeffisientene. Den foreliggende analysen gir derfor heller ikke grunnlag for å gi anbefalinger om innretning eller innsparingsområder, men gir et innblikk i den relative betydningen av de tre delstørrelsene for å forklare variasjonen i ressurseffektivitetsmålet.

I avsnitt 7.8 vil vi ved hjelp av regresjonsanalyser forsøke å gjøre rede for noen av forklaringene til disse variasjonene i ressurseffektivitet etter delmål 1. Så langt har vi bare gjennomført en «dekomponering» av betydningen av størrelsen av de tre hovedfaktorene som direkte konstituerer størrelsen av og variasjonene i delmål 1. Slik det framkommer av regresjonsanalysen, forklarer disse tre variablene til sammen 88 prosent av variasjonen i delmål 1.

Sammenheng mellom innretning av tjenestene og ressurseffektivitet

Vi har i forrige avsnitt vist at særlig driftsutgiftene per beboer/bruker, men også hvordan kommunene har innrettet hovedtjenestene sine, er av stor eller vesentlig betydning for hvor ressurseffektivt de driver pleie- og omsorgstjenestene. Derfor skal vi se nærmere på hvordan disse størrelsene varierer etter hvorvidt kommunene er institusjonsorienterte eller ikke, og etter i hvilken grad de er orientert mot åpen omsorg for brukere 67 år+ med omfattende bistandsbehov.

Vi har på den ene siden valgt å ta for oss de to firedelene av kommuner som er mest/minst institusjonsorientert, målt ved andelen av befolkningen 80 år+ med plass i institusjon. På den andre siden har vi tilsvarende sett på de to firedelene av kommuner som har flest/færrest brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg per befolkningsenhet 67 år+ målt i prosent.

Slik det går fram av tabell 7.13 hadde 20 prosent av befolkningen 80 år+ plass i institusjon i den firedelen av kommuner med flest eldre 80 år + i institusjon, mot 7,5 prosent i den firedelen av disse kommunene med færrest 80 år+ i institusjon. Forskjellene er markante.

Beboere i institusjon

Det er liten eller nesten ingen forskjell i kostnadseffektivitet mellom den firedelen av kommuner med størst andel og kommuner med minst andel av befolkningen 80 år+ i institusjon. Men kostnadene per bruker er en god del lavere i kommuner som er institusjonsorienterte versus dem som har liten andel 80 år+ i institusjon, respektive 971 000 mot 1 132 000 kr., det vil si 14 prosent mer per beboer. Det er som forventet, da det er rimelig å anta at beboerne er mindre pleietunge når mange har plass i institusjon enn når få har slik plass.

Vi legger også merke til at kommuner med en høy andel av befolkningen 80 år+ i institusjon, har lavere kostnader per bruker med omfattende bistandsbehov enn kommuner med en lav andel 80 år+ i institusjon, 357 000 mot 526 000 kr. per bruker, jfr. tabell 7.13, siste linje. I de minst institusjonsorienterte kommunene som bare har 61 prosent av alle disse brukerne i institusjon (jfr. tabell 7.13), bidrar både noe høyere driftskostnader per beboer i institusjon og per bruker i hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov til å minske ressurseffektiviteten, sammenliknet med de mest institusjonsorienterte kommunene.

Om vi skal holde oss til dette, synes institusjonsorienterte kommuner ofte å drive like ressurseffektivt som lite institusjonsorienterte kommuner, det vil si kommuner med mange brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg.

Brukere i åpen omsorg med hjemmebaserte tjenester

Her finner vi at den firedelen av kommunene som har høyest andel brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov, er 14 prosentpoeng mer effektive enn den firedelen med færrest brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, jfr. tabell 7.13. Det må være et resultat av innretningen, det vil si lav andel av alle i institusjon, da driftskostnadene per bruker i topp25 er høyere enn i bunn25. Topp25 blir med andre ord ressurseffektive på grunn av innretningen (mange utenfor institusjon), og ikke på grunn av lavere driftskostnader per bruker.

Dette er i overensstemmelse med det vi fant ved dekomponeringen av kostnadene for casekommunene, gruppe 3 (Os, Hurum og Sula), kapittel 7.3. Her viste vi at en god del av gevinsten ved innretningen ble spist opp av høyere kostnader per bruker. Men på tross av dette, er effekten av innretning så sterk at disse topp25-kommunene kommer ut som 15 prosent mer ressurseffektive enn kommunene i bunn25.

Tabell 7.13 Fordeling av kommunene etter rater for bruk av institusjon og rate for brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Den firedelen med flest og færrest av befolkningen 80 år+ i institusjon (« 25 pst på topp og 25 pst på bunn»), samt den firedelen med flest og færrest av befolkningen 67 år+ i hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov («25 pst på topp og 25 pst på bunn») etter skåre i br. driftsutgifter per bruker (1000 kr) samt skåre i delmål 1 i prosentiler samt for alle disse kommunene.

	Bunn 25 pst Institusjon	Topp 25 pst Institusjon	Bunn 25 pst Omfattende	Topp 25 pst Omfattende
Br. driftskostnader, inst	1.132 t	971 t	1.044	1.096
Br. driftskostnader, omf. att.	526 t	357 t	429 t	508 t
Br. driftskostnader, gj.sn. for landet	1.014 t	1.014 t	432 t	432 t
Skåre i delmål 1: Prosentiler				
1-10	Gj: 0,756 Min: 0,688 Maks: 0,804	Gj: 0,736 Min: 0,616 Maks: 0,804	Gj: 0,771 Min: 0,771 Maks: 0,771	Gj: 0,754 Min: 0,693 Maks: 0,804
1-25	Gj: 0,823 Min: 0,688 Maks: 0,900	Gj: 0,791 Min: 0,616 Maks: 0,885	Gj: 0,866 Min: 0, 771 Maks: 0,900	Gj: 0,810 Min: 0, 693 Maks: 0,893
1-50	Gj: 0,890 Min: 0,688 Maks: 1,002	Gj: 0,865 Min: 0,616 Maks: 1,001	Gj: 0,912 Min: 0, 771 Maks: 0,994	Gj: 0,912 Min: 0, 693 Maks: 0,994
Differanse mellom				
1-50 og 50-100	0,265	0,248	0,240	0,246
90-100	Gj: 1,360 Min: 1,242 Maks: 1,606	Gj: 1,331 Min: 1,224 Maks: 1,419	Gj: 1,324 Min: 1,224 Maks: 1,609	Gj: 1,359 Min: 1,239 Maks: 1,606
75-100	Gj: 1,233 Min: 1,095 Maks: 1,606	Gj: 1,213 Min: 1,095 Maks: 1,419	Gj: 1,223 Min: 1,095 Maks: 1,609	Gj: 1,262 Min: 1,103 Maks: 1,606
50-100	Gj: 1,155 Min: 0,977 Maks: 1,606	Gj: 1,113 Min: 1,002 Maks: 1,419	Gj: 1,152 Min: 1,005 Maks: 1,609	Gj: 1,158 Min: 0,997 Maks: 1,606
1-100	1,02	0,97	1,09	0,95
Rate institusjon pr 100 80 år+	7,5 pst	20 pst	16 pst	11 pst
Andel i institusjon av alle	61 pst	83 pst	89 pst	56 pst

Kilde: SSB, KOSTRA og IPLOS

Effekten av innretning i betydningen å ha mange brukere i åpen omsorg, er med andre ord bare litt større enn effekten av å ha mange i institusjon, idet topp25 i institusjon kom ut med skåre i delmål 1=0,97, mens topp25 med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg kom ut i delmål1=0,95.

Vil så resultatene fra regresjonsanalysen understøtte dette resultatet, det vil si at både institusjonsorienterte kommuner og åpen-omsorgsorienterte kommuner kommer begge ut som resurseffektive, men de sistnevnte som noe mer enn de førstnevnte? Det gjør vi rede for i avsnitt 7.8

Om spredning i kommunenes skåre i mål for resurseffektivitet

Vi har ved flere anledninger pekt på den store spredningen i kommunenes skåre i vårt delmål 1 for resurseffektivitet, og at det vanskeliggjør både bruk av gjennomsnitt og bruk av regresjonsanalyse. Når vi deler inn disse kommunene i ulike prosentiler, demonstreres effekten av spredning klart. Innenfor de ulike firedelene av kommuner etter grad av institusjonsorientering og orientering mot åpen omsorg, er det nærmest radikalt store spredninger i utfall på de anvendte målene for brutto driftskostnader per bruker i alt, vårt delmål 1, jfr. tabell 7.13.

Kommentar skåre i delmål 1 prosentiler:

- Slik det fremkommer av tabell 7.13, skårer kommunene i gruppen «Topp 25 pst institusjon» gjennomsnittlig noe lavere på delmål 1 enn kommunene i gruppen «Topp 25 pst omfattende».
- Årsaken til dette kan gjenfinnes i at variasjonen innad i kommunene i gruppen «Topp 25 pst institusjon» er noe større enn for kommunene i gruppen «Topp 25 pst omfattende». Slik det framkommer av tallene over, er differansene mellom 1–50 og 50–100 prosentil noe høyere for kommunene i gruppen «Topp 25 pst institusjon» sammenliknet med «Topp 25 pst omfattende».
- Innad i gruppen «Topp 25 pst institusjon» trekker dermed de ineffektive kommunene opp snittet og dermed ned den gjennomsnittlige effektiviteten i gruppen som sådan.

7.8 Regresjonanalyse

Brutto driftsutgifter per bruker av omsorgstjenester etter delmål 1

Her ønsker vi å gjøre rede for hvilke forhold som kan gi mulige forklaringer til variasjonene mellom kommunene i brutto driftsutgifter per beboere i institusjon, brutto driftsutgifter per bruker 67 år+ med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg samt gjennomsnittlige brutto driftsutgifter per alle slike brukere.

I kapittel 4 har vi gjort rede for og drøftet en rekke forhold som kan tenkes å ha innvirkning på omfanget av ressursbruken per bruker av omsorgstjenester. Det gjelder både variabler knyttet til egenskaper ved brukerne og egenskaper knyttet til kommunene. Vi viser til denne gjennomgangen. Vi inkluderer også noen av kvalitetsindikatorene, for så langt som mulig å kunne kontrollere for kostnader som skyldes ulik kvalitet på tjenestene.

Vi har testet variablene for mulig grad av interkorrelasjon mellom dem. Slik det går fram av tabell 7.14, har vi endt opp med å nytte tolv ulike uavhengige variabler, hvorav ni er knyttet til brukerne og tre er basert på egenskaper ved kommunene.

Tabell 7.14 gjengir standardiserte regresjonskoeffisienter eller på sett og vis kontrollerte korrelasjoner mellom de avhengige og uavhengige variablene som inngår i regresjonene. Utlagt betyr det at alle koeffisientene er direkte sammenliknbare, i og med at de måles langs samme skala (måles i standardavvik). Koeffisientene kan derfor fortolkes ved bruk av to tommelfingerregler:

- Jo større en variabls koeffisient er – uavhengig av fortegn – jo viktigere er den som forklaringsvariabel i forhold til den avhengige (ressursbruk per bruker).
- Negativt fortegn innebærer reduksjon og positivt fortegn innebærer økning i målet for ressurseffektivitet.

Av tabell 7.14 ser vi at de uavhengige variablene forklarer om lag 25 prosent av variasjonen i ressursbruken målt ved årsverk per bruker, idet forklart varians er $R^2 = 0.246$ for delmål 1 for ressurseffektivitet.

Tabell 7.14 Regresjon med «Brutto utgifter pr beboer i institusjon», «Brutto utgifter pr mottaker av hjemmetjenester 67 år og eldre med omfattende bistandsbehov» og «ressurseffektivitet delmål 1» som avhengige variabler. 2013.

	Br. driftsutgifter per beboer i institusjon BETA	Br. driftsutgifter pr mottaker av hjemmebaserte tjenester 67 år og eldre med omfattende bistandsbehov BETA	Ressurseffektivitet delmål 1 (brutto driftsutg.) BETA
Antall reinnleggelses – totalt antall reinnleggelses pr somatiske pasient 80 år og eldre	0,004	0,060	0,053
Andel brukertilpassede enerom – av rom i institusjon totalt	0,005	-0,094*	0,001
Legetimer pr. beboer i institusjon – timer pr. uke	0,213***	-0,061	0,148
Fysioterapeut timer pr. beboer i institusjon – timer pr. uke	0,235***	-0,070	0,064
Antall skjermede plasser for demente i institusjon – pr. innbygger 80 år og eldre	0,175***	0,120**	0,200***
Tilgjengelighet korttidsplasser – utskrivning fra korttids plass pr. innbygger 80 år og eldre	-0,069	0,076	0,0001
Grad av institusjonsorientering - andel av befolkningen 80 år+ med plass i institusjon	-0,237**	-0,394***	-0,228**
Grad av orientering mot hjemmebaserte tjenester til eldre - andel av befolkningen 80 år+ som mottar hjemmetjenester	0,058	-0,124	-0,025
Andel eldre 67 år+ under offentlig omsorgsregime - alle beboere i institusjon 67 år+ pluss brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ sin andel av befolkningen 67 år+	-0,120	0,131	-0,037
Andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov	0,020	0,084	-0,356***
Andel yngre brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år - måles ved deres andel av befolkningen 0-66 år	-0,083	-0,096	-0,143**
Andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0-66 år med omfattende bistandsbehov - måles som deres andel av befolkningen 0-66 år	-0,085	-0,109	-0,130**
Andel døde i løpet av året	-0,128*	-0,257***	-0,238***
Omfang av privat omsorg - måles indirekte ved andel aleneboende eldre 80 år+	0,010	0,036	0,011
Frie inntekter pr. innbygger (i 1000)	0,243***	0,040	0,283***
Mål for fagutdanningsnivå i pleie og omsorg - andel avtalte årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet av alle brukerrorettede årsverk	-0,038	-0,058	-0,049
Bruk av korttidsplasser i sykehjem - antall liggedøgn i korttidsopphold per 100 innbyggere 80 år+	0,003	0,130**	0,013
Kommunenes selvstendige prioritering av pleie- og omsorgstjenestene - andel nettoutgifter til pleie og omsorg	0,058	0,276***	0,193***
Justert R ²	.25	.10	.246
N	316	316	316

*: p ≤ 0.10, **: p ≤ 0.05, ***: p ≤ 0.01 Kilde: SSB, KOSTRA, IPLOS og Norsk Pasientregister

Fortolkning av resultater

Slik det går fram i tabell 7.14 er «grad av institusjonsorientering – andel av befolkningene 80 år+ med plass i institusjon» negativt korrelert med alle de tre avhengige variablene i analysen. Dette innebærer dermed at høyere grad av institusjonsorientering går sammen med høyere grad av ressurseffektivitet kontrollert for de øvrige variablene i modellen. Videre er «andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov» og «andel brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov» negativt korrelert med «ressurseffektivitet delmål 1», noe som indikerer at en høyere andel mottakere 67 år+ og 0–66 år med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg går sammen med høyere grad av ressurseffektivitet. Analysen framviser samme sammenheng mellom «andel yngre brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år» og «ressurseffektivitet delmål 1».

«Andel døde i løpet av året» er negativt korrelert med «brutto utgifter pr mottaker av hjemmetjenester 67 år og eldre med omfattende bistandsbehov» og «ressurseffektivitet delmål 1», noe som indikerer at kommuner med høy dødelighet skårer noe høyere for grad av ressurseffektivitet.

Det er positiv korrelasjon mellom «frie inntekter pr. innbygger (i 1000)» og «ressurseffektivitet delmål 1», noe som tyder på at kommuner med høye frie inntekter eller små kommuner (gitt den sterke negative sammenhengen mellom antall innbyggere og frie inntekter) skårer lavere på ressurseffektivitetsmålet, det vil si er lite ressurseffektive. Kommuner med høye «frie inntekter pr. innbygger (i 1000)» har også høyere «brutto utgifter pr beboer i institusjon». I analysen framkommer det også at kommuner som prioriterer pleie- og omsorgssektoren målt ved «andel nettoutgifter til pleie og omsorg», skårer lavere på ressurseffektivitetsmålet.

Resultater fra den lineære regresjonsanalysen

I kapittel 4 drøftet vi en rekke uavhengige variabler som mulig kan forklare variasjon i ressurseffektivitet i omsorgstjenestene. Her la vi blant annet til grunn at «hvordan kommunene har innrettet seg med hensyn til bruk av institusjoner versus åpen omsorg for brukere med omfattende bistandsbehov, vil måtte være av vesentlig betydning for ressursbruken», jfr. kapittel 4.2. Vår hypotese er at institusjonsorienterte kommuner vil være mindre ressurseffektive enn kommuner som har satset på åpen omsorg for brukere med omfattende bistandsbehov.

Resultatet av regresjonsanalysen viser at det til en viss grad er slik. Den standardiserte regresjons-koeffisienten viser at den kontrollerte korrelasjonen mellom andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov og ressurseffektivitet per bruker i alt i delmål 1, er -0.356 (betakoeffisient), jfr. tabell 7.14. Under ellers like vilkår – det vil si når effekten av de øvrige variablene (faktorene) som inngår i analysen – holdes konstant, er det slik at dess flere brukere med omfattende bistandsbehov

som kommunene har, dess større er ressurseffektiviteten, det vil si dess lavere er bruttoutgiftene per bruker i alt etter vårt delmål 1.

Men samtidig viser tabell 7.14 at det er en tilsvarende sammenheng når det gjelder kommuner med motsatt innretning av omsorgstjenestene, nemlig i institusjonsorienterte kommuner. Den kontrollerte korrelasjonen mellom andel 80 år+ i institusjon og samlet ressursbruk per bruker, er – under ellers like vilkår – $-.228$ (betakoeffisienten). Det betyr at dess flere eldre som har plass i institusjon, dess mer ressurseffektiv er disse kommune, det vil si at brutto driftsutgifter per alle brukere er lavere. At det er slik, er nok riktig, men lite logisk ut fra vår forutsetning om at innretningen av tjenestene til en viss grad må være styrt av en viss rasjonalitet når det gjelder både innretning og ressursbruk. At det viser seg ikke å være slik, kommer vi tilbake til.

Videre er det slik at brutto driftsutgifter per beboer i institusjon avtar med tiltakende andel av befolkningen 80 år+ i institusjon (beta= $-.228$), samtidig som bruttoutgiftene per bruker i hjemmebaserte tjenester 67 år+ også avtar (beta= $-.356$). Det synes imidlertid nokså logisk at det er slik, da det er rimelig at det samlet sett jevnt over (gjennomsnittlig) vil måtte være færre med omfattende pleiebehov i en sykehjemsbefolkning når mange av en gitt eldrebefolkning befinner seg her, sammenliknet med om de eldre beboerne i institusjon var få. Og når mange av samtlige med omfattende bistandsbehov er i institusjon, er det også rimelig å finne at det er færre med høy ressursbruk blant brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Vi har tidligere pekt på disse sammenhengene da vi nyttet casekommunene Nord-Fron og Jevnaker som eksempler.

Bruk av korttidsplasser i sykehjem (målt ved antall liggedøgn i korttidsplasser per 100 innb. 80 år+) synes imidlertid ikke å virke inn på ressurseffektiviteten. Det kan ha sammenheng med at det i slike plasser ofte forgår medisinsk rehabilitering, som er mer arbeidsintensiv enn vanlig drift i langtidsavdelinger. Gevinsten av slikt arbeid, eller den faktiske ressurseffektiviteten, vil imidlertid her ofte først avleses i besparelsene i andre ledd av omsorgstjenestene, og i målene for disse.

For øvrig synes det heller ikke å være slik at kommuner med større grad av personell med høyere fagutdanningsnivå i pleie- og omsorgstjenestene (andel avtalte årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet av alle årsverk) er mer kostnadseffektive målt på denne måten, jfr. tabell 7.14.

Lineær regresjon som analyseredskap

En forutsetning for bruk av lineær regresjonsanalyse er at enhetene (kommunene) er sammenliknbare og at en studie av nivåforskjellene dem imellom er meningsfulle å studere. Nivåforskjellene i dette empiriske materialet kan imidlertid i liten grad utlegges som meningsfulle å studere, all den tid forskjellene i brutto driftsutgifter per bruker innenfor samme brukerenhet (beboere i institusjon og blant brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg) er særskilt store, jfr. vår påpeking av at ulikhetene i

årsverk per bruker i institusjon og brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg varierer for disse to respektive brukerenhetene i forholdet 1:3 og 1:9 mellom 1. desil og 10. desil) (jfr. kap. 3). Vi konkluderte derfor med at det her faktisk på langt nær kan dreie seg om samme typen tjeneste som ytes i disse kommunene, og at de derfor heller ikke er sammenliknbare.

All den tid variasjonene i de avhengige variablene er av en betydelig størrelse, er de metodiske utfordringene ved å nytte slutningsstatistikk basert på tverrsnittsdata og vanlig lineærregresjon betydelige. Vår vurdering er derfor at resultatene i tabell 7.14 må tolkes med varsomhet og at de på ingen måte gir grunnlag for noen anbefalinger om hvilke driftsformer som er de mest ressurseffektive.

Videre er det igjen grunn til å understreke at modellene kun forklarer 25 prosent av variasjonen. Det er dermed 75 prosent uforklart variasjon som vår modell ikke fanger opp. Mye av denne uforklarte variasjonen vil trolig kunne tilbakeføres til store lokale variasjoner som ikke er egnet til å belyses med statistiske analyser basert på tverrsnittsdata.

7.9 Vedleggstabeller

Tabell V7.1 Oversikt over brutto driftsutgifter (BRD) i institusjon og blant brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov samt antall beboere/brukere i de samme grupperingene på landsbasis (alle kommuner) i 2013. Driftsutgifter i 1000 kroner og fordelinger i prosent. Grunnlagsdata.

Type brukere	Br. driftsutgifter/ antall beboere i institusjon(a)	Brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ etter grad av bistandsbehov			Sum	Sum
Br. driftskostnader		Noe/avgrenset (b)	Middels/stort (c)	Omfattende (d)	a + d	
Brutto driftsutgifter i institusjon og hjemmebaserte omsorg (f253+f262 og f254) 1000 kroner						
Br. driftsutgifter (BRD)-	43.599.239	2.645.508	6.605.155	6.052.486	49.651.725	58.902.388
Br. driftsutgifter, Pst	74,0	4,5	11,2	10,3	84,3	100
Antall brukere						
Ant. brukere, ekstrapolert	43.048	49.747	44.616	13.296	56.344	150.707
Ant. brukere, ekstrapol, Pst	28,6	33,0	29,6	8,8	37,4	100
Brutto driftsutgifter per bruker (1000 kroner)						
Br driftsutgifter per beb./bruker	1013	53	148	455	881	

*I IPLOS-materialet med oversikt over brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ etter grad av bistandsbehov var det 3390 ubesvarte (3,1 pst). Disse har vi fordelt etter grad av bistandsbehov på samme måte som de besvarte (ekstrapolert). Det samme har vi gjort med hensyn til årsverk, med 933 årsverk som faller på ubesvarte (4,2 pst).

Kilde: SSB, KOSTRA 2013 spesialkjøring for Fafo av 5. 11. 2015

Om beregning av Brutto driftskostnader i hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov:

Ifølge KOSTRA var brutto driftsutgifter til hjemmebaserte tjenester (f254) 45.931.501.000 kroner i 2013.

Disse fordeler vi til brukere 67 år+ etter deres andel av samlet antall brukerrettede timeverk omregnet til årsverk, slik dette går fram av tabell 4.4. i kap. 4. Det gir $45.931.501 \cdot 22.207 / 66.653 = 15.303.149.000$ kroner.

Disse 15.303.149000. kr i brutto driftsmidler fordeles så mellom de tre gruppene av brukere etter grad av bistandsbehov etter fordelingen av årsverksbruk etter grad av bistandsbehov, slik dette går fram av tabell V7.1. Disse driftsutgiftene er mao. fordelt etter grad av bistandsbehov på samme måte som årsverk i hjemmebaserte tjenester 67 år+ fordeler seg etter grad av bistandsbehov for til sammen 22.207 brukere 67 år+. Vi forutsetter at et brukerrettet ukestimeverk/årsverk koster det samme for alle brukere uavhengig av grad av bistandsbehov.

Tabell V7.2 Oversikt over antall beboere i institusjon og brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov samt brutto driftsutgifter (BRD) per bruker per år i de samme gruppene i 9 casekommuner i 2013. Driftsutgifter i 1000 kroner. Grunnlagsdata.

	Antall beboere i institusjon i alt	Antall brukere av hjemmebaserte med omfattende bistandsbehov 67 år+	BRD i institusjon i alt f 253+f261 Alle beboere 1000 kr	BRD omfattende bistandsbehov brukere 67 år+ 1000 kr	BRD per beboer i institusjon 1000 kr	BRDper hjemmemb. m omfattende bistandsbehov 67 år+ 1000 kr	BRD per beboer i institusjon+ brukere 67 år+ m. omfattende hjemmebaserte	Samlede BRD relativt til landsgj. sn. Pst
	A	B	C	d	c/a	d/b	c+d/a+b	c+d/a+b/881*100
0233 Nittedal	126	32	133.673	13.649	1.061	427	932	106
0516 Nord-Fron	73	4	73.756	646	1.010	162	966	110
0532 Jevnaker	52	13	60.634	3.451	1.166	265	986	112
0542 Nord-Aurdal	47	28	46.795	15.685	996	560	833	94
0628 Hurum	31	55	35.388	33.911	1.069	617	806	91
1124 Sola	164	20	172.952	12.680	1.055	634	1.009	114
1243 Os	52	70	70.628**	59.308	1.141**	847	984**	112**
1531 Sula	22	65	20.313	38.786	923	597	679	77
1703 Namsos	86	35	84.610	16.739	984	478	838	95
Riket	43.048	12.877*	43.599.239	5.770.675	1.013 t	448	882	100

Kilde: SSB, KOSTRA 2013 spesialkjøring for Fafo av 5. 11.2015

* Her er ubesvarte etter grad av bistandsbehov ikke inkludert i beregningen av brutto driftskostnader for brukere som i våre IPLOS-data, men som i KOSTRA er fulltallige, dvs 13.138 brukere versus 12.877 brukere i IPLOS. Dette medfører imidlertid helt ubetydelige forskjeller i sluttresultat.

** Disse data er ikke basert på KOSTRA, men egne korrigerede oppgaver over disse data for 2013 fra Os kommune i januar 2013.

Tabell V7.3 Oversikt over brukere 67 år i 2013 i institusjon og i hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov i casekommuner. Antall brukere og årsverk samt antall årsverk brukt per år i de ulike gruppene. Grunnlagstabell.

	Antall beboere i institusjon 67 år+	Antall brukere av hjemmebaserte med omfattende bistandsbehov	Antall brukere av hjemmeh. m. store/middels bistandsbehov	Antall innb. 67 år+	Antall innb. 80 år+
0233 Nittedal	116	32	73	2573	571
0516 Nord-Fron	73	4	64	1078	313
0532 Jevnaker	52	13	45	1062	327
0542 Nord-Aurdal	47	28	69	1076	336
0628 Hurum	26	55	95	1463	399
1124 Sola	147	20	125	2476	687
1243 Os	51	70	113	2097	536
1531 Sula	22	65	70	1140	442
1703 Namsos	77	35	137	1919	639

Tabell V7.4 Brukere av pleie- og omsorgstjenester 67 år+ i institusjon og brukere av kjerne-hjemmebaserte tjenester etter grad av bistandsbehov på tre nivåer. 2013.

Type brukere	Brukere 67 år+ institusjon 1) (a)	Brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ etter grad av bistandsbehov 2)			Sum	Sum
Årsverk		Noe/avgrenset (b)	Middels/stort (c)	Omfattende (d)	a + d	
Fordeling av årsverk						
Årsverk, ekstrapol.	54.661	3.839	9.585	8.783	63.444	76.868
Årsv. ekstrapol. pst	71,1	5,0	12,5	11,4	82,5	100
Fordeling av antall brukere						
Ant. brukere, ekstrap.	38.285	49.747	44.616	13.296	51.581	145.944
Ant. brukere, ekstrap. Pst	26,2	34,1	30,6	9,1	35,3	100
Antall årsverk per bruker						
Årsverk per bruker	1,43	0,08	0,22	0,66	1,23	

Kilde: KOSTRA, Pleie- og omsorgstjenester, SSB samt spesialkjøring av IPLOS-data for Fafo 5.11. 2015, tabeller av 7.11. 2015. Tabell av 20.12 2015, revidert 5.1. 2016.

Kilder for data i denne tabellen:

1. Årsverk i institusjon. Årsverk i alt, SSB, Spesialkjøring fra SSB, august 2015, f 253+f261, justert for 4.763 institusjonsbeboere under 67 år, dvs $43.408 - 4.763 = 38.285$ 67 år+ (KOSTRA)
2. Årsverk i hjemmebaserte tjenester til brukere med omfattende bistandsbehov 67 år+ er basert på IPLOS-data, Spesialkjøring fra SSB, av 5.11. 2015.

I IPLOS-materialet med oversikt over brukeren av hjemmebaserte tjenester 67 år+ etter grad av bistandsbehov var det 3.390 ubesvarte (3,1 pst). Disse har vi fordelt etter grad av bistandsbehov på samme måte som de besvarte (ekstrapolert). Det samme har vi gjort med hensyn til årsverk med 933 årsverk som faller på ubesvarte (4,2 pst)

8 Kvalitet, ressurseffektivitet og tjenesteorganisering

Hva er kvalitet i helse- og omsorg? Som gjennomgangen i denne rapporten har vist er dette et svært vanskelig spørsmål, og ikke minst er kvalitet svært vanskelig å måle. I dette kapitlet skal vi likevel gjøre et forsøk. I kapittel to argumenterte vi for våre valg av variabler som indikatorer på henholdsvis struktur-, proses-, produkt- og resultat-kvalitet. Disse valgene kan lett kritiseres, men var – som vi legger vekt på – det nærmeste vi kom gitt at data skulle ha en kvalitet vi var fornøyd med. Framstillingen i dette kapitlet kan dermed leses som et eksempel på eller mal for hvordan en slik måling kan gjennomføres gitt at man har tilgang på tilstrekkelig med data. Men manglende ambisjoner om et totalt kvalitetsmål for helse- og omsorgssektoren forhindrer ikke at analysen kan frambringe interessante resultater. Vi opererer med fire ulike modeller i kapitlet. Først skal vi imidlertid presentere de variablene vi benytter i dette kapitlet (tabell 8.1), og vi har delt dem inn etter hvilken indikatortype de tilhører. Fullstendige variabelnavn samt kilde finnes i vedlegget i dette kapitlet.

Tabell 8.1 viser hvor mangfoldig kommune-Norge er. Andel eldre varierer betydelig, eksempelvis varierer andel innbygger over 80 år fra 2 til nesten 10 prosent. Frie inntekter varierer med over 40 000 kroner per innbygger. Andel av kommunebudsjettet som brukes til pleie- og omsorg varierer fra 19 til 54 prosent.

Ser vi på strukturvariablene, varierer eksempelvis andel beboere i institusjon i den aktuelle gruppen mellom 9 og 86 prosent. Andel tilpassede enerom varierer fra alle til ingen. Når det gjelder reinnleggelser, et mål vi skal tillegge stor vekt, varierer dette fra 0,3 innleggelser per pasient til nesten 3,5. Også dekningsgradene – altså våre resultatmål – varierer sterkt.

Når det gjelder ressurseffektivitet brukes altså landsgjennomsnittet som utgangspunkt (=1). Her ser vi at forskjellen er varierer fra 0,6 til 1,7, eller med andre ord; noen bruker bare noe over halvparten av landsgjennomsnittet, mens andre bruker 70 prosent mer.

Tabell 8.1 Variabler i analysen.

	Variabler	Spredning Laveste – høyeste verdi Gj.snitt for de 75 % laveste	Kodet i retning
Bakgrunns- variabler	Antall innbyggere	777 – 634.463 11.416	Høy=stor andel
	Andel innbyggere 67 år og eldre	0,075- 0,264 0,185	Høy=stor andel
	Andel innbyggere 80 år og eldre	0,020- 0,096 0,063	Høy=stor andel
	Andel aleneboende 80 og eldre	0,020 – 0,096 0,063	Høy=stor andel
	Andel døde i løpet av året	0,004 – 0,023 0,011	Høy=mange
	Reiseavstand til kommunesenter	1,11 – 85,01 9,89	Høy=langt
Struktur	Frie inntekter pr innbygger (1000)	41,80- 84,63 58,25	Høy=høyest inntekt
	Langsiktig gjeld pr innbygger (1000)	0,000-332,98 206,93	Høy=høyest gjeld
	Netto utgifter til pleie og omsorg – andel av kommunens totale netto utgifter	0,191- 0,540 0,348	Høy=størst andel
	Andel med fagutdanning	0,515 - 0,907 0,793	Høy=størst andel
	Andel med fagutdanning U&H	0,138 - 0,542 0,353	Høy=størst andel
Prosess	Institusjonsorientering	0,091 – 0,863	Høy=størst andel
	Beboere i institusjon/beboere i institusjon pluss brukere med omfattende behov i hjemmetjeneste	0,693	
	Lege - timer pr institusjonsboer	0,046 - 1,700 0,511	Høy=mest timer
	Fysioterapeut - timer pr institusjonsboer	0,000- 0,163 0,436	Høy=mest timer
	Bruker tilpassede enerom	0,000- 1,000 0,942	Høy=flest rom
	Skjermede plasser for demente – for innbyggere 80 og eldre	0,000- 0,163 0,071	Høy=flest plasser
Produkt	Reinnleggelse pr somatiske pasienter 80 og eldre	0,310- 3,474 1,490	Høy=lavest antall

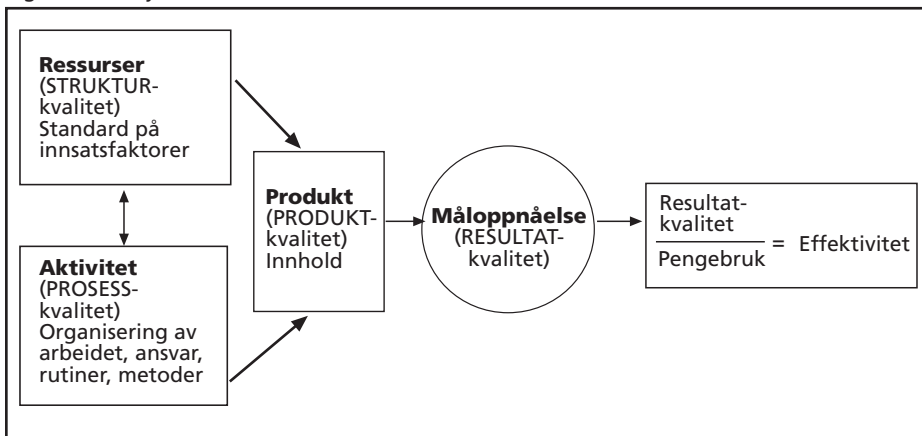
Tabell 8.1 forts.

Resultat	Korttidstilbud	0,000- 0,938 0,350	Høy=flest
	Sykefravær	0,028-0,153 0,093	Høy=høyest
	Dekningsgrad lette behov (hjemmetjenester alle/befolkning 67 år og eldre)	10,33- 52,33 28,44	Høy=Størst dekningsgrad
	Dekningsgrad tyngre behov (omfattende behov/totalt andel mottakere)	5,6 – 23,63 11,89	Høy=størst dekningsgrad
	Dekning 2 lette behov (regresjon 2)	0,000 – 0,535 0,361	Høy=størst dekningsgrad
	Dekning 2 tunge behov (regresjon 2)	0,000 – 0,500 0,176	Høy=størst dekningsgrad
Ressurs-effektivitet	Utgifter pr beboer i institusjon og omfattende hjemme 67 år og eldre relativt til landsnittet	0,616 - 1,718 1,099	Høy=lavest kostnader

Modell 1

I vår første modell ser vi på de bivarierte sammenhengene:

Figur 8.1 Analysemodell.



Vi er altså opptatt av forholdet mellom:

- Strukturkvalitet og resultatkvalitet – her ser vi på forholdet mellom «frie midler» og dekningsgrad av hhv. tunge og lette behov, med andre ord hvor stor andel av brukerne får hjelp? Målet er valgt fordi vi antar at dette er en effekt av en tjeneste

som alle aktørgrupper kan enes om, vi kan altså redusere det subjektive elementet. Vi spør altså om hvilken betydning økonomiske rammer har.

- Prosesskvalitet og resultat kvalitet – her ser vi på forholdet mellom institusjonsorientering og dekningsgrad av hhv. tunge og lette behov. Som indikator på prosesskvalitet har vi altså valgt å se på hvorvidt kommunene organiserer sine tjenester primært i institusjon eller primært som hjemmebaserte tjenester. Vi spør altså om hvorvidt organiseringen av helse- og sosialtjenestene påvirker resultatet.
- Produktkvalitet og resultat kvalitet – her ser vi på forholdet mellom reinnleggelser og dekningsgrad av hhv. tunge og lette behov. Vi spør dermed om egenskaper ved tjenesten vil påvirke effekten. Reinnleggelser er valgt som mål på produktkvaliteten, altså om tjenesten er så god at man er i stand til å ivareta brukerne så godt at de ikke må «sendes ut av systemet igjen».
- Resultat kvalitet og effektivitet – her ser vi på forholdet mellom dekning og pengebruk, eller altså det siste leddet i modellen. Resultat kvaliteten er fortsatt dekning, mens vi setter utgifter per bruker i nevneren. Vi er altså her opptatt av det vi tidligere har benevnt som ressurskvalitet.
- Bivariate sammenhenger illustrerer godt verdien av å kunne konstruere indekser. Vi ønsker i utgangspunktet å lete etter sammenhenger mellom kvalitetsmål og resultater med utgangspunkt i kausale forklaringer. Når vi bruker sammenhengen mellom enkeltvariabler, er dette en risikabel øvelse. Det er eksempelvis lett å se for seg at sammenhengen mellom reinnleggelser og dekningsgrad kan gå begge veier: dårlig dekning kan påvirke antall reinnleggelser fordi brukere sendes hjem istedenfor til institusjon, og dermed går glipp av pleie som kunne forhindre en reinnleggelse. Men, mange reinnleggelser – eller med andre ord mange av de tunge brukerne på sykehus – kan muliggjøre en reduksjon av dekningen. Vi ser altså på reinnleggelser som en indikator på produktkvalitet og dekning som en indikator på resultat kvalitet. Begge disse indikatorene kan med rette beskyldes for lav validitet.

Modell 2

Ideelt skulle vi, som nevnt i kapittel to, hatt tilgjengelige data som tillot oss å konstruere indekser for de tre kvalitetstypene (struktur, prosess og kvalitet) og målt disse opp mot vurderinger av resultat kvalitet, en indeks satt sammen av vurderinger av effekten blant de tre aktørgruppene vi har vært opptatt av (brukere, ansatte og myndigheter). Og så altså til slutt sett på forholdet mellom kvalitet og ressursbruk.

Slike data har vi altså ikke, og i modell to tar vi et enkelt utgangspunkt: hvordan kan vi bruke de data vi har tilgjengelig? Hvilke kjennetegn ved kommunene kan hjelpe oss å belyse kvaliteten på helse- og sosialtjenester? Dette har vi gjort ved å dele alle landets kommuner med 2000 eller flere innbyggere i tre omtrent like store grupper langs to

dimensjoner. Dette gir en nifeltstabell⁷², som måler rendyrket institusjonsorientering langs den ene akse (uten hensyn til dekningsgrad), og dekningsgrad langs den andre. Institusjonsorientering er målt ved å relatere antall beboere i institusjon til det totale antall innbyggere med omfattende behov (enten de er i institusjon eller i åpen omsorg) i kommunen. I vedlegget til dette kapitlet har vi også vist skårene på våre kvalitetsmål for typologien som er brukt i de foregående kapitlene, og for casekommunene. Det er imidlertid typologi 2 som etter vår mening gir de mest interessante resultatene, og det er dermed den vi har lagt til grunn i de videre analysene her.

Dekningsgrad er her definert som institusjonsbeboere pluss brukere med omfattende bistandsbehov i forhold til innbyggere 67 år og eldre. Denne inndelingen har noen metodiske fordeler framfor den typologien som er brukt fram til nå (se kapittel tre og seks): Den omfatter nesten alle kommunene, og den åpner opp for at sammenhengen mellom institusjonsorientering og kvalitet ikke er linear. Samtidig har den noen pedagogiske og formidlingsmessige fortrinn: Den representerer en forenkling i forhold til den opprinnelige typologien, og dimensjonene kan enkelt visualiseres i en tabell. Den viser seg dessuten å være analytisk produktiv: vi synes den gir interessante resultater. Tabell 8.2 viser antall kommuner i de ulike kategoriene (se også tabell 2.1)

Tabell 8.2 Antall kommuner etter dekningsgrad og institusjonsorientering.

		Dekningsgrad av pleie- og omsorgstjenester			Totalt
		Høy	Middels	Lav	
Institusjons- vs hjemmetjenesteorientering	Høy	54	38	45	137
	Middels	38	46	42	126
	Lav	45	42	44	131
Totalt		137	126	131	394

Vår analyse dekker tilsammen 394 kommuner⁷³. Disse reduseres altså til ni ulike kommunetyper, og vi rangerer de ulike variablene vi har til rådighet i jakten på et mønster.

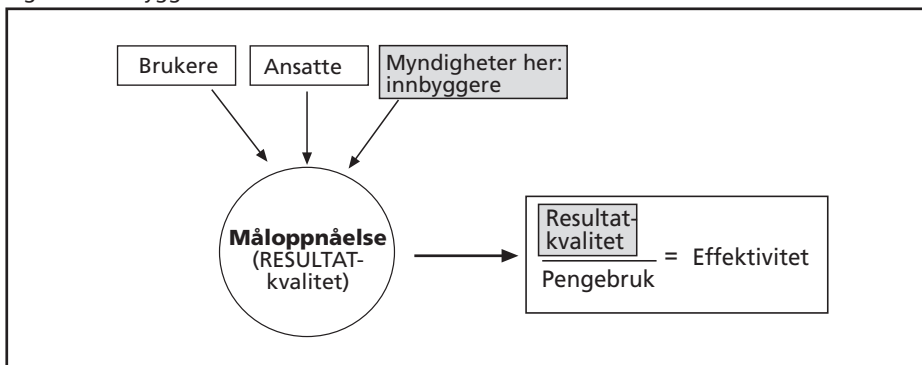
⁷² Dette er altså det som i kapittel 1 kalles for typologi 2.

⁷³ Årsaken til at ikke samtlige 428 kommuner er med, er fordi vi har beregnet dekningsgraden av pleie- og omsorgstjenester ved å ta utgangspunkt i antall institusjonsbeboere og antall hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov. På en eller begge av disse KOSTRA-variablene er til sammen 34 kommuner anonymisert og derfor ikke med i vår analyse. I de påfølgende regresjonsanalysene er imidlertid flere kommuner inkludert, da disse til dels er basert på andre data.

Modell 3

Her er vi opptatt av å vise et eksempel på hvordan vi kan bruke data om innbyggernes oppfatninger som utgangspunkt for en kvalitetsmåling.

Figur 8.2 Innbyggerundersøkelse.



Her tar vi utgangspunkt i DIFI 2010 og har konstruert tre indekser; innbyggernes vurdering av tilgjengelighet, informasjon og til slutt kvalitet. Indeksene skal deretter brukes i nedelingen av kommunene.

Modell 4

I denne siste modellen skal vi gå grundigere inn i de ulike variablene og lete etter sammenhenger mellom dem. Vi tar her utgangspunkt i paneldatasett for alle norske kommuner for perioden 2010 til 2014, sammensatt av data fra KOSTRA, IPLOS, Norsk pasientregister og SSBs befolkningsstatistikk. I de ulike regresjonene benytter vi random effects- og fixed effects-modeller i kombinasjon med lineær regresjonsanalyse. I modellene estimerer vi dermed den gjennomsnittlige effekten av en endring i de utvalgte uavhengige variablene på endring i de ulike avhengige variablene, i perioden 2010 til 2014.

I den første regresjonsanalysen ser vi på hvorvidt ulike variabler påvirker prosessmål, altså på hvorvidt bakgrunnsvariabler (antall innbyggere, andel innbyggere over 80 år, andel hjemmeboende over 80 år, andel døde i løpet av året, reiseavstand til kommunesenter antall mottakere), strukturvariabler (eller økonomiske innsatsfaktorer i form av langsiktig gjeld og frie inntekter) påvirker grad av institusjonsorientering. Her kontrollerer vi også for andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år.

I den andre ser vi på hvordan de samme variablene påvirker dekningsgrad av henholdsvis dekningsgrad av institusjonsplasser og av hjemmetjenester. Her er det altså resultat-kvaliteten som står i sentrum. Her kontrollerer vi også for henholdsvis dekningsgrad av hjemmetjenester 80 år og eldre og dekningsgrad av institusjonsplasser 80 år og eldre.

I den tredje ser vi hvorvidt våre strukturvariabler samt noen flere prosessvariabler (fagutdanning, lege- og fysiobruk, skjermede plasser) virker inn på produktkvaliteten (reinnleggelse). Her kontrollerer vi også for tilgjengelighet for korttidsplasser.

8.1 Resultater

Modell 1 Bivariate sammenhenger

Hensikten med å presentere disse modellene er utelukkende for å etablere en tankegang; gode kvalitetsmålinger må ta utgangspunkt i sammenhengene mellom ulike «under»kvaliteter.

Tabell 8.3 Korrelasjonskoeffisienter.

	Struktur (frie midler)	Prosess (institusjonsorientering)	Produkt (reinnleggelser)	Ressurs- effektivitet	Dekning tunge behov	Dekning lette behov
Dekning tunge behov	0,393**	-0,004	-0,205***	-0,359***	1	
Dekning lette behov	0,225*	0,076	-0,138***	-0,051	0,122**	1
Struktur	1					
Prosess	0,305**	1				
Produkt	-0,323*	-0,106**	1			
Ressurs- effektivitet	0,051	0,124**	0,105*	1		

*: $p \leq 0.10$, **: $p \leq 0.05$, ***: $p \leq 0.01$

Merk at ressurseffektivitet går «feil vei», lave kostnader pr bruker er kodet som høy verdi. Ressursbruk pr bruker framkommer ved å sammenlikne kommunenes utgifter pr bruker med tunge behov med landsgjennomsnittet.

- **Strukturkvalitet og resultat kvalitet**

Frie inntekter som mål på innsatsfaktorer kan lett kritiseres, det er ikke gitt at kommunen bruker disse til helse- og sosialsektoren, samtidig som stort behov (stor andel eldre) er et av kriteriene for frie midler. Men, i tabell 8.3 ser vi at økte inntekter øker dekningen av både tunge og lette behov, eller med andre ord «dekning institusjon og hjemme med omfattende behov» og «dekning hjemme med ikke omfattende behov», eller enkelt: ja, økonomiske muligheter øker kvaliteten. Særlig gjelder dette de tunge behovene. Samtidig ser vi også at produktkvaliteten øker, mange frie midler reduserer antall reinnleggelser.

- **Prosesskvalitet og resultatkvalitet**

Skillet mellom institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester er viktig, både som uttrykk for ideologi og politiske valg i kommunen. Er det slik at dette valget påvirker dekningsgraden i kommunene? En enklere måte å uttrykke oss på er å spørre om institusjonsorientering går utover brukere som bor hjemme, men som bare har behov for litt hjelp. Svaret er, på bakgrunn av de enkle sammenhengene vi måler i tabell 8.3, nei. Vi finner ingen sammenheng, det er altså ikke slik at kommuner som satser tungt på institusjoner som strategi, har en lavere eller høyere dekning av tjenester. Dessuten er det også slik at vi finner tegn til at kommuner som har høy dekning av den ene tjenestetypen, også har høy dekning av den andre, men denne sammenhengen er ikke signifikant. Vi ser videre en tendens til at sterk institusjonsorientering demper antall reinnleggelser; mange institusjonsplasser sikrer altså at de sykeste får et tilbud som er godt nok til at de ikke må tilbake til sykehus. Men, vi ser også at jo høyere institusjonsorientering, jo lavere kostnader per bruker. Dette kan virke kontrainformativt, men har sammenheng med at de institusjonsorienterte kommunene (som vi vil vise nedenfor) oftere har høy samlet dekningsgrad som dermed kan gi mulige stordriftsfordeler.

- **Produktkvalitet og resultatkvalitet**

Fører et godt produkt til bedre dekning? Her finner vi signifikante resultater på begge dekningsvariablene, jo bedre dekning, jo færre reinnleggelser. Men, slike sammenhenger sier ingenting om kausalitet eller hvilken vei påvirkningen går. Med utgangspunkt i vår modell vil vi si at en god kvalitet på tjenesten (altså få reinnleggelser) henger sammen med lav dekning av både tunge og lette behov. Gode tjenester fører til mindre behov for tjenester, man kan altså med rette ha en lav dekning. Men, det er også rimelig å spørre om det er den lave dekningen som gir høyere reinnleggelser, med andre ord at det finnes behov som skulle blitt dekket i kommunen slik at reinnleggelse ikke ble nødvendig.

- **Resultatkvalitet og effektivitet**

Er det slik at kvalitet koster? Her finner vi en sterk og klar sammenheng, jo høyere dekning, jo lavere kostnader per bruker (altså høyere ressurseffektivitet). En kvalitativt god tjeneste (altså høy dekning) henger sammen med lave utgifter per bruker. Dette funnet illustrerer godt kompleksiteten på feltet. Funnet kan tolkes som at høy dekning koster og det blir mindre på hver bruker. Men, det kan også tolkes i retning av at kommuner med høy dekning av tjenester har en effektiv og god tjenesteproduksjon. Stordriftsfordeler kan være et stikkord. Sammenhengen mellom reinnleggelser og ressursbruk kan belyse dette, med andre ord er de billigste tjenestene også de dårligste? Her finner vi tegn til at sammenhengen er motsatt, det er de dyreste tjenestene som har flest reinnleggelser. Dette styrker dermed hypotesen om stordriftsfordeler.

Modell 2

Fra våre enkle bivariate sammenhenger har vi altså funnet noen interessante spor: tunge og lette tjenester står ikke i konkurranse med hverandre, lav dekning av tjenester øker antall reinnleggelser og ikke minst: jo høyere dekning, jo lavere ressursbruk per bruker. I tillegg har vi funn som tyder på at de billigste tjenestene også er de beste.

Dette skal vi forfølge i dette avsnittet, men benytte en annen metode. Vi bringer inn en rekke nye variabler i analysen samtidig som vi reduserer materialet ved å dele kommunene inn i ni ulike typer. Nidelingen framkommer, som nevnt ovenfor, ved å tredele institusjonsorienteringen (høy, middels og lav) og så gjøre det samme med dekning av tunge behov (altså institusjonsplasser, samt tjenester til hjemmeboende med tunge behov).

Som tabell 8.4 også viser, det er til dels stor variasjon i de ulike variablene. Dette innebærer at vår nideling blir noe grov og at en kategori vil dekke til dels svært forskjellige kommuner. Vi har delt framstillingen inn i to tabeller, i tabell 8.4 ser vi på bakgrunnsvariabler og strukturvariabler, mens tabell 8.5 ser på prosess, produkt og resultat. Ressurseffektivitetsmålet er imidlertid med i begge.

Vi kommer ikke til å legge særlig vekt på antall innbyggere, til det er forskjellen innad i kategoriene for stor (jfr. standardavviket i tabell 2.2).

Tabell 8.4 inneholder en mengde informasjon, og vi skal prøve å trekke fram noen hovedfunn gjennom å fokusere på gruppene hvor vi finner størst forskjeller. I rute A ligger de som har høyest andel eldre og de som ligger høyt både på dekning og på institusjonsorientering, de har altså omfattende tjenester og de har mange på institusjon, dette rimer godt med andelen eldre. De ligger også høyest når det gjelder frie inntekter og utgifter til pleie og omsorg. Men, de ligger nederst når det gjelder utgifter per bruker. Stikkord er dermed: stort behov og mange, men billige institusjonsplasser.

I den motsatte enden av tabell 8.4 (rute I) finner vi kommunene som har lav dekning og har valgt en hjemmebasert tilnærming, de har middels mange innbyggere, men få gamle. De har også få frie inntekter og bruker minst penger til pleie og omsorg. Men, de ligger høyest når det gjelder kostnader per bruker (i institusjon og omfattende hjemmetjenester). Stikkord er dermed: lavt behov og få, men dyre institusjonsplasser.

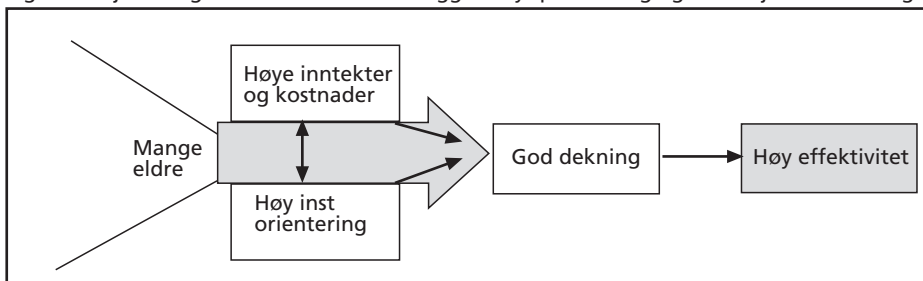
Tabell 8.4 viser også at det gjennomgående er de som har høy dekning som har den høyeste effektiviteten, med andre ord de som bruker minst penger per bruker.

Med utgangspunkt i vår figur 8.1 kan vi sette opp rute A som vist i figur 8.3.

Tabell 8.4 Bakgrunnsvariabler og strukturkvalitet.

		Dekning institusjon og omfattende hjelpebehov		
		Høy	Middel	Lav
Institu- sjon vs hjemme	Høy	A Innbyggere 1 (18304) Andel 67+: 2 (0,176) Andel 80+: 1 (0,061)	B Innbyggere 3 (15674) Andel 67+: 1(0,178) Andel 80+: 1 (0,061)	C Innbyggere 8 (10869) Andel 67+: 5 (0,159) Andel 80+: 6 (0,049)
		Frie innt: 1 (59.496) Utg pl og omsorg: 2 (0,335) Fagutdann total 9 (0,739) Fagutdann U&H 9 (0,302)	Frie innt: 3 (55.845) Utg pl og omsorg: 2 (0,335) Fagutdann total 4 (0,752) Fagutdann U&H 6 (0,308)	Frie innt: 6 (52.499) Utg pl og omsorg: 8 (0,300) Fagutdann total 1 (0,762) Fagutdann U&H 5 (0,309)
		Ressursbruk: 8 (0,936)	Ressursbruk:4 (1,036)	Ressursbruk: 1 (1,144)
	Middels	D Innbyggere 9 (5392) Andel 67+: 5 (0,176) Andel 80+: 3 (0,058)	E Innbyggere 6 (11295) Andel 67+: 4 (0,167) Andel 80+: 4 (0,055)	F Innbyggere 2 (17014) Andel 67+: 6 (0,155) Andel 80+: 8 (0,047)
		Frie innt: 2 (58.030) Utg pl og omsorg: 1 (0,343) Fagutdann total 6 (0,747) Fagutdann U&H 4 (0,310)	Frie innt: 4 (53.447) Utg pl og omsorg: 5 (0,328) Fagutdann total 2 (0,758) Fagutdann U&H 3 (0,312)	Frie innt: 7 (49.301) Utg pl og omsorg: 7 (0,304) Fagutdann total 8 (0,740) Fagutdann U&H 6 (0,308)
		Ressursbruk: 9 (0,906)	Ressursbruk: 5 (1,00)	Ressursbruk: 2 (1,06)
	Lav	G Innbyggere 7 (10486) Andel 67+: 8 (0,151) Andel 80+: 6 (0,058)	H Innbyggere 4 (15533) Andel 67+: 6 (0,050) Andel 80+: 5 (5,15)	I Innbyggere 5 (12905) Andel 67+: 9 (0,14) Andel 80+: 9 (0,043)
		Frie innt: 5 Utg pl og omsorg: 4 Fagutdann total 7 (0,744) Fagutdann U&H 2 (0,324)	Frie innt: 8 (48.862) Utg pl og omsorg: 6 (0,325) Fagutdann total 4 (0,752) Fagutdann U&H 6 (0,308)	Frie innt: 9 (48.485) Utg pl og omsorg: 9 (0,285) Fagutdann total 3 (0,755) Fagutdann U&H 1 (0,333)
		Ressursbruk: 7 (0,944)	Ressursbruk: 6 (0,984)	Ressursbruk: 3 (1,050)

Figur 8.3 Kjennetegn ved kommuner som ligger høyt på dekning og institusjonsorientering.



Går vi nå til den motsatte enden av tabell 8.4 og sammenlikner kommuner med høy institusjonsorientering og lav dekning (rute C) og kommuner med lav institusjonsorientering (altså orientert mot hjemmetjenester, rute G), kommer det også fram interessante forskjeller. Rute C ligger omtrent midt på når det gjelder andel eldre. Frie inntekter ligger noe lavt og utgifter til pleie og omsorg i bunnsjiktet. Men, ressursbruk per bruker ligger på topp. Stikkord er dermed få, men dyre plasser, men totalt lave utgifter. I rute G ligger man litt lavere på andel eldre, men i hovedtrekk er kommunetypene nok så like. Også når det gjelder frie inntekter ligger man omtrent likt, men utgiftene til pleie og omsorg ligger høyere. Og ikke minst, når det gjelder ressurser per bruker ligger man mye lavere, mens dekningen er bedre. Stikkord i denne kategorien er dermed: forholdvis god dekning, middels på inntekter og utgifter, men lavt på ressursbruk.

Vi finner klare likheter mellom rute A og D; høy dekningsgrad, høye inntekter og utgifter, men lave utgifter per bruker. Også rute B har likhetstrekk med A og D. Tilsvarende har rute F og I viktige likheter: få eldre, lav dekningsgrad, lave inntekter og utgifter, men høy ressursbruk per bruker. Her finner vi dessuten at rute G og likner på F og I. Vi ser altså konturene av en todeling: mange eldre, høy dekning, høye inntekter og høye kostnader koblet med lave kostnader per bruker versus færre eldre, lavere dekning, lavere inntekter og utgifter, men høyt ressursbruk per bruker. De to gruppene av kommuner er plassert forskjellig når det gjelder institusjonsorientering; A, B og D har høy eller middels orientering, mens F, G og I har middels eller lav.

Som i kapittel sju finner vi altså at høy dekning gir stordriftsfordeler. Vi finner dessuten klare sammenhenger mellom befolkningssammensetning, kommuneøkonomi og valg av tjenesteinnretning. Men, vi har fortsatt ikke sagt noe om hvorvidt kvaliteten på tjenesten er god (produktkvalitet) eller sett nærmere på hvordan organiseringen ser ut. I tabell 8.5 setter vi derfor inn de resterende variablene.

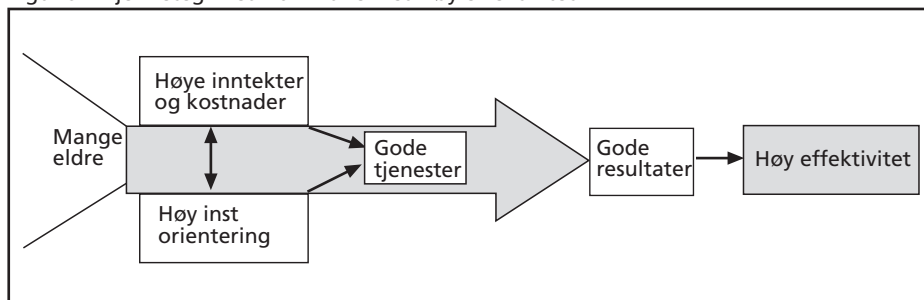
Tabell 8.5 Prosess, produktkvalitet og resultat.

		Dekning institusjon og omfattende hjelpebehov			
		Høy	Middels	Lav	
Institu- sjon vs hjemme	Høy	A Legetimer 9 (0,334) Fysiotimer 9 (0,277) Tilpassede enerom 7 (0,818) Skjermede plasser 1 (0,063) Reinnleggelser 1 (1,121) Dekningsgrad mindre behov: 1 (27,1) Korttidstilbud 1 (0,34) Sykefravær 9 (0,077) Ressursbruk: 8 (0,936)	B Legetimer 7 (0,386) Fysiotimer 7 0,298) Tilpassede enerom 7 (0,814) Skjermede plasser 5 (0,055) Reinnleggelser 2 (1,145) Dekningsgrad mindre behov: 3 (25,6) Korttidstilbud 2 (0,26) Sykefravær 7 (0,078) Ressursbruk:4 (1,036)	C Legetimer 6 (0,398) Fysiotimer 4 (0,352) Tilpassede enerom 6 (0,832) Skjermede plasser 3 (0,057) Reinnleggelser 6 (1,302) Dekningsgrad mindre behov: 8 (24,2) Korttidstilbud 7 (0,27) Sykefravær 7 (0,078) Ressursbruk: 1 (1,144)	
		Middels	D Legetimer 8 (0,363) Fysiotimer 8 (0,256) Tilpassede enerom 9 (0,793) Skjermede plasser 7 (0,054) Reinnleggelser 4 (1,212) Dekningsgrad mindre behov: 2 (25,9) Korttidstilbud 2 (0,30) Sykefravær 1 (0,086) Ressursbruk: 9 (0,906)	E Legetimer 5 (0,436) Fysiotimer 6 (0,309) Tilpassede enerom 5 (0,849) Skjermede plasser 2 (0,059) Reinnleggelser 3 (1,174) Dekningsgrad mindre behov: 4 (25,4) Korttidstilbud 4 (0,28) Sykefravær 4 (0,082) Ressursbruk: 5 (1,00)	F Legetimer 3 (0,0453) Fysiotimer 3 (0,386) Tilpassede enerom 4 (0,851) Skjermede plasser 5 (0,055) Reinnleggelser 8 (1,380) Dekningsgrad mindre behov: 6 (24,5) Korttidstilbud 8 (0,26) Sykefravær 2 (0,084) Ressursbruk: 2 (1,06)
			Lav	G Legetimer 4 (0,445) Fysiotimer 5 (0,341) Tilpassede enerom 1 (0,872) Skjermede plasser 4 (0,056) Reinnleggelser 5 (1,224) Dekningsgrad mindre behov: 5 (25,1) Korttidstilbud 4 (0,28) Sykefravær 6 (0,079) Ressursbruk: 7 (0,944)	H Legetimer 2 (0,510) Fysiotimer 2 (0,484) Tilpassede enerom 1 (0,872) Skjermede plasser 9 (0,042) Reinnleggelser 7 (1,308) Dekningsgrad mindre behov: 8 (24,2) Korttidstilbud 2 (0,30) Sykefravær 4 (0,082) Ressursbruk: 6 (0,984)

Igjen minner vi om at noen av variablene har liten variasjon og at det derfor er vanskelig å gi dem noen betydning. Eksempelvis varierer andelen med fagutdanning mellom 73,9 og 76,2 prosent, og høyere fagutdanning fra 30,2 til 33,3 prosent. Dette betyr selvsagt ikke at utdanning ikke er viktig for et godt tilbud, men bare at vi i liten grad kan vise til ulike utdanningsnivå som forklaring på våre funn. Også sykefraværet er nokså likt, fra 7,7 til 8,6 prosent.

Reinleggelse er vårt viktigste produktmål. Hvordan ser dette så ut i forhold til vår grovinndeling i forrige avsnitt? Tabell 8.5 viser at det igjen er mulig å sette opp kommuner i rute A og rute I som motpoler; rute A har færrest og rute I flest reinleggelse. Samtidig ser vi at rute A ligger i bunn når det gjelder lege- og fysioterapitimer, mens rute I har det høyeste timetallet. Rute A har høyest dekning av tunge behov, men nå ser vi også at kommunene skårer høyest på de andre resultatmålene; best dekningsgrad av mindre behov, best korttidstilbud og også lavest på sykefravær. Rute I har høyest timetall på begge variablene, men middels dekningsgrad, lette behov og korttidstilbud, samt et høyt sykefravær.

Figur 8.4 Kjennetegn ved kommune med høy effektivitet.



Før vi går videre til oppsummering av modell to, skal vi bringe inn neste modell, nemlig funn knyttet til innbyggernes tilfredshet med tjenestene.

Modell 3

Vi har vært opptatt av at resultat kvalitet langt på vei er en subjektiv størrelse, det er i stor grad opp til den enkelte å bestemme om effekten av tjenesten er god og tilstrekkelig – enten man er bruker eller pårørende, ansatte, forsker/lærer på feltet eller politiker avhengig av velgernes gunst. I kapittel to var vi opptatt av at det er vanskelig å lage gode undersøkelser for å måle aktørens tilfredshet, men vi skal likevel bruke de data vi har tilgjengelig også på dette punktet. Som nevnt innledningsvis i kapitlet, det er innbyggerne som uttaler seg, og data er hentet fra innbyggerundersøkelsen 2009 (DIFI 2010). Vi bruker materialet til å lage tre ulike indekser: informasjon, tilgjengelighet og kvalitet. Disse tre indeksene skal så «bryne seg» mot vår nideling. Tabell 8.6 viser de ulike delene av indeksene.

Tabell 8.6 Indekser.

Indeksen for <i>informasjon</i> er basert på følgende spørsmål/indikatorer med skalaen 1=svært vanskelig til 7 =svært lett:	
<ul style="list-style-type: none"> Hvor lett eller vanskelig mener du følgende er i din kommune? 	
	Å få rett person i kommunen i tale Å få informasjon fra de ansatte i kommunen Å klage til kommunen, dersom du oppfatter deg urettferdig behandlet Å forstå skriftlig informasjon fra kommunen Å finne nyttig informasjon på kommunens internettsider Å bruke kommunens internettbaserte tjenester Å forstå hvordan skjemaer skal fylles ut (søknadsskjemaer osv.) Å få innsyn i dokumenter og saker som behandles i kommunen
Indeksen for <i>tilgjengelighet</i> er basert på følgende spørsmål/indikatorer med skalaen 1=svært dårlig til 7 =svært god:	
<ul style="list-style-type: none"> Hvor godt eller dårlig mener du at følgende er i din kommune? 	
	Tilgangen på hjemmehjelp Tilgangen på hjemmesykepleie Tilgangen på sykehjems plasser Tilgangen på boliger spesielt tilpasset eldre (omsorgsbolig) Fastlegetilbudet i kommunen Ventetid på legevakt
Indeksen for <i>kvalitet</i> er basert på følgende spørsmål/indikatorer med skalaen 1=svært dårlig til 7=svært god:	
<ul style="list-style-type: none"> Hvor gode eller dårlige mener du følgende tjenester er for de som mottar/bruker den? 	
	Fastlege Legevakt Sykehjem Omsorgsbolig/ aldershjem Hjemmesykepleie Hjemmehjelp

Kilde: DIFI (2010)

Vi finner forholdsvis små variasjoner på indeksene, som det framgår i tabell 8.8 varierer indeksen for informasjon fra 4,68 til 4,45, indeksen for tilgjengelighet fra 5,37 til 4,59 og indeksen for kvalitet fra 5,12 til 4,59. De fleste kommunene har deltatt (laveste N i materialet er 413 kommuner, men det må legges til at i enkelte kommuner er antall spurte lav. Se DIFI 2010).

Vi er selvsagt spesielt opptatt av kvalitetsindeksen. Innbyggerne blir spurt om hvordan tjenesten oppfattes for de som mottar/bruker tjenestene, og sånn sett minner kvalitetsdefinisjonen om vår produktkvalitet. Tilgjengelighetsindeksen kan minne om vår resultat-kvalitet, hvorvidt man er fornøyd med tilgjengeligheten vil i stor grad kunne dreie seg om det er nok av tjenesten, med andre ord om dekningen er god nok. I tabell 8.7 ser vi på hvordan kvalitetsindeksen korrelerer med de to andre.

Tabell 8.7 Sammenhenger ulike indekser.

	Informasjon	Tilgjengelighet	Kvalitet
Informasjon	1		
Tilgjengelighet	0,484***	1	
Kvalitet	0,475**	0,820**	1

*: $p \leq 0.01$, **: $p \leq 0.05$, ***: $p \leq 0.01$

Vi finner som forventet sterke sammenhenger; er man fornøyd med én del av tjenestetilbudet til kommunen, er man også fornøyd med andre. Sammenhengene mellom tilgjengelighetsindeksen og kvalitetsindeksen er så sterke at vi i praksis kan si at respondentene har oppfattet de ulike spørsmålene på samme måte. Det tillater oss også å si at for innbyggerne er kvalitet i stor grad det samme som tilgjengelighet.

Nå skal vi tilbake til vår nideling. I tabell 8.8 har vi rangert de ulike indikatorverdiene mellom kommunene. Igjen har vi også satt inn ressurseffektiviteten.

Tabell 8.8 Innbyggerindekser.

		Dekning institusjon og omfattende hjelpebehov			
		Høy	Middels	Lav	
Institusjon vs hjemme	Høy	A Informasjon: 1 (4,68) Tilgjengelighet: 1 (5,37) Kvalitet: 1 (5,12) Ressursbruk: 8 (0,936)	B Informasjon: 1 (4,68) Tilgjengelighet: 2 (5,33) Kvalitet: 3 (4,86) Ressursbruk: 4 (1,036)	C Informasjon: 1: 4,68 Tilgjengelighet: 3 (5,22) Kvalitet: 2 (4,95) Ressursbruk: 1 (1,144)	
		Middels	D Informasjon: 8 (4,49) Tilgjengelighet: 6 (5,11) Kvalitet: 4 (4,85) Ressursbruk: 9 (0,906)	E Informasjon: 6 (4,56) Tilgjengelighet: 4 (5,13) Kvalitet: 7 (4,74) Ressursbruk: 5 (1,00)	F Informasjon: 5 (4,59) Tilgjengelighet: 9 (4,92) Kvalitet: 9 (4,59) Ressursbruk: 2 (1,06)
			Lav	G Informasjon: 7 (4,50) Tilgjengelighet: 4 (5,13) Kvalitet: 5 (4,79) Ressursbruk: 7 (0,944)	H Informasjon: 8 (4,45) Tilgjengelighet: 8 (5,05) Kvalitet: 8 (4,64) Ressursbruk: 6 (0,984)

De mest fornøyde innbyggerne finner vi i rute A, altså der det er et stort behov for tjenester og hvor en stor del av kommunebudsjettet går til helse- og omsorgstjenester, det er god dekning av både tunge og lette behov, institusjonsorientering, god produktkvalitet, lavt sykefravær og høy effektivitet. Kommunene i rute A ligger øverst på alle tre indikatorene.

Lavest skåre på tilgjengelighet og kvalitet finner vi i rute F, altså kommuner som har en middels institusjonsorientering, de har lite behov for tjenester og lave frie inntekter, og en lav andel av kommunebudsjettet til helse- og omsorgstjenester. Videre har de lav produktkvalitet og et høyt sykefravær. Kommunene bruker imidlertid mange penger på hver bruker, med andre ord de ligger altså lavt på effektiviteten.

Vi er nå klar til å sette funnene i modell to og tre sammen. I Tabell 8.9 har vi foretatt en ytterligere forenkling. Vi har satt opp en svært forenklet analyse, men resultatene tyder likevel på funn som det vil være verd å diskutere og bygge videre på.

I kommuner hvor man har en høy dekning (A, D og G) (eller sagt på en annen måte; mange av kommunens innbyggere med tunge behov får hjelp), ser vi at ressursbruken er på sitt laveste. Dette gjelder enten man har mange eller få innbyggere i gruppene vi regner som pleietrengende (andel eldre i kommunen). Stor dekning gir altså lave kostnader per bruker. Her bør det da spørres om dette går utover kvaliteten på tjenesten. Våre funn tyder på at svaret må være at nei, slik trenger det ikke være. I rute A skårer kommunene best på reinnleggelser. Ligger da svaret på de laveste kostnadene i at kommunen prioriterer de tyngste brukerne? Igjen er svaret nei, vi ser at rute A har god dekningsgrad når det gjelder lettere behov og når det gjelder tilgang på korttidsplasser. I tillegg er det også her vi finner det laveste sykefraværet.

Rute A har også høy institusjonsorientering, det samme har B og C. Her finner vi at mens A har høy, har B middels og C effektivitet.

Vi ender med å støtte hypotesen om stordriftsfordeler. Men, om kostnadene per bruker er lav (altså den måten vi måler effektiviteten på), det er svært viktig å legge merke til at både A og B faller innenfor kategorien «mange penger», dette er altså kommuner som ligger på topp når det gjelder frie inntekter, og ikke minst på topp når det gjelder hvor stor andel av kommunebudsjettet som går til pleie og omsorg. Mer sjablongmessig kan vi dermed si at disse kommunene satser på institusjonsplasser, de sørger for at behovene i kommunen ivaretas på en god måte, de tilbyr gode tjenester – men så bruker de også totalt mange penger.

Ender vi så på samme konklusjon om vi går til motsatte ende? I rute I er andel eldre lav og man bruker en liten del av kommunebudsjettet til pleie og omsorg, samtidig som man ligger lavt på frie midler. Man skårer høyt på det vi kaller pleie (legetimer osv.), middels på variabler som korttidstilbud og dekningsgrad av lettere behov. Lav dekning gir altså ikke bedre andre tilbud. Og ikke minst, effektiviteten er lav og antall reinnleggelser høyt. Vi har dermed igjen fått styrket stordriftshypotesen. Vidtrekkende tjenestetilbud (altså god resultat-kvalitet) synes mulig gjennom høye inntekter (høy strukturkvalitet) kombinert med lave utgifter per bruker. Det er dermed sannsynligvis ikke institusjonsorienteringen i seg selv som er avgjørende, men kombinasjonen med de andre leddene i vår modell.

Samtidig er det selvsagt viktig å ikke overdrive disse funnene. I de bivariate sammenhengene var tendensene svake. Spørsmålet nå er om vi kan få mer informasjon ut av våre regresjonsanalyser.

Tabell 8.9 Oppsummering funn.

		Dekning institusjon og omfattende hjelpebehov			
		Høy	Middel	Lav	
Institu- sjon vs hjemme	Høy	A Stort behov Mange penger Lite utdanning Lav pleieintensitet Lite reinnleggelser Godt resultat Lavt sykefravær Fornøyde innbyggere Høy effektivitet	B Stort behov Mange penger Middels utdanning Lav pleieintensitet Lite reinnleggelser Godt resultat Lav sykefravær Fornøyde innbyggere Middels effektivitet	C Middel behov Lite penger Mange med utdanning Middels pleieintensitet Middels reinnleggelser Dårlig resultat Lavt sykefravær Fornøyde innbyggere Lav effektivitet	
		Middels	D Middels behov Mange penger Middels utdanning Lav pleieintensitet Middels reinnleggelser Godt resultat Høyt sykefravær Middels fornøyde innbyggere Høy effektivitet	E Middels behov Middels penger Mye utdanning Middels pleieintensitet Lite reinnleggelser Middels resultat Middels sykefravær Middels fornøyde innbyggere Middels effektivitet	F Lite behov Lite penger Lite utdanning Høy pleieintensitet Mange reinnleggelser Middels resultat Høyt sykefravær Misfornøyde innbyggere Lav effektivitet
			Lav	G Lavt behov Middels penger Høy utdanning Middels pleieintensitet Middels reinnleggelser Middels resultat Middel sykefravær Middels fornøyde innbyggere Høy effektivitet	H Middels behov Lite penger Middels utdanning Høy pleieintensitet Mange reinnleggelser Middels resultat Middels sykefravær Misfornøyde innbyggere Middels effektivitet

Modell 4

Som nevnt flere ganger, den ideelle situasjonen ville vært om vi kunne konstruert indekser basert på ulike mål innenfor de ulike kvalitetstypene. Slike data har vi ikke tilgang til. En annen målsetting vil være å etablere databaser som tillater bruk av regresjoner som metode. En slik regresjon «light» er hensikten med modell fire, og vi skal vise resultatet fra tre ulike kjøringer.

I tabell 8.4 fant vi at to av tre kommunetyper med høy institusjonsorientering også var blant dem med det største behovet målt ved å se på andel av kommunenes innbyggere over henholdsvis 67 og 80 år. De samme to kommunetyper var også blant dem med de høyeste inntektene.

Regresjon 1

I denne første regresjonen skal vi se nærmere på dette, og vi legger til følgende variabler: Andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre, andel døde i løpet av året, reiseavstand til kommunesenter, langsiktig gjeld (i 1000 kroner) og dødelighet.

I modellen ser vi på om en endring i de utvalgte uavhengige variablene fører kommunene i institusjonsorientert retning (høy verdi på avhengig variabel) eller hjemmetjenesteorientert retning (lav verdi på avhengig variabel).

Tabell 8.10 viser at disse variablene forklarer nokså lite av hvorfor noen kommuner er mer institusjonsorienterte enn andre (12 prosent forklaringskraft i random effects-modellen). Forskjellen mellom random og fast effekt-analysene er kort fortalt at random effekt-analysene viser den samlede effekten av forskjeller mellom kommuner og utviklingen innen hver enkelt kommune, mens fast effekt-analysene rendyrker betydningen av utviklingen innen hver av kommunene over tid. Det er i all hovedsak forskjeller mellom kommunene, og ikke utviklingen innenfor hver kommune, som forklarer ulikhetene i institusjonsorientering: kommuner med mange eldre og mange syke (høy dødelighet) er mer institusjonsorienterte. Ingen av effektene er signifikante (bortsett fra tid, se nedenfor). Den lave forklaringskraften kan ha sammenheng med at graden av institusjonsorientering i stor grad er et ideologisk eller politisk valg, og med at lokale og historiske forhold spiller en stor rolle. Legg særlig merke til at verken en endring i langsiktig gjeld eller frie inntekter har noen betydning. Dette tyder altså på at de (relevante) variablene i tabell 8.3 ikke har selvstendig betydning for valg av orientering.

Regresjonen viser også en generell dreining fra institusjonsorientering til hjemmetjenesteorientering i årene 2010 til 2014.

Tabell 8.10 Random effects- og fixed effects-modeller i kombinasjon med lineær regresjonsanalyse: Sammenhengen mellom nivå/ending i utvalgte variabler og nivå/ending i institusjonsorientering vs. hjemmetjenesteorientering i perioden 2010 til 2014.

	Random effects-modell	Fixed effects-modell
	Institusjonsorientering vs hjemmetjeneste	Institusjonsorientering vs hjemmetjeneste
	B	B
Konstant	54,441***	69,74***
Antall innbyggere	0	0
Andel innbyggere 80 år og eldre	2,249***	-0,17
Andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre	-0,004	-0,006
Andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år	-0,580*	-0,174
Andel døde i løpet av året	2,029***	0,728
Reiseavstand til kommunesenter	-0,082	-0,146
Langsiktig gjeld (i 1000 kroner)	0	0
Frie inntekter (i 1000 kroner)	0	0
År 2010 – referanseår		
År 2011	-1,576***	-1,711***
År 2012	-2,450***	-2,769***
År 2013	-3,603***	-4,186***
År 2014	-4,922***	-5,757***
Antall observasjoner	2123	2123
Antall grupper	427	427
R ² innen gruppe	0,08	0,1
R ² mellom grupper	0,13	0,00
R ²	0,12	0,01

*: $p \leq 0.10$, **: $p \leq 0.05$, ***: $p \leq 0.01$

Regresjon 2

I den neste regresjonen er vi opptatt av dekningsgrad for både institusjonsplasser og hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre. De avhengige variablene i de to analysene er operasjonalisert ved å dele henholdsvis institusjonsbeboere 80 år og eldre og hjemmetjenestemottakere 80 år og eldre på det totale innbyggertall 80 år og eldre for hver kommune i årene 2010 til 2014.

To av tre kommunetyper med høy dekningsgrad av institusjonsplasser og omfattende behov hjemme, er karakterisert ved særlig høy effektivitet og høye inntekter og utgifter. Samtidig var de også de aller beste når det gjelder dekningsgrad av mindre behov. Dette skal vi se nærmere på, og vi legger til tre nye variabler: andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre, dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre og dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre.

Tabell 8.11 Random effects- og fixed effects-modeller i kombinasjon med lineær regresjonsanalyse: Sammenhengen mellom nivå/ending i utvalgte variabler og nivå/ending i dekningsgraden av institusjonsplasser og hjemmetjenester for befolkningen 80 år og eldre i perioden 2010 til 2014

Random effects-modell	Modell a	Modell b
	Dekningsgrad av institusjonsplasser	Dekningsgrad av hjemmetjenester
	B	B
Konstant	12,90***	30,374***
Antall innbyggere	0,000	0,000
Andel innbyggere 80 år og eldre	0,162	0,243
Andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre	-0,001	0,007
Andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med omfattende bistandsbehov	0,172***	0,058**
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre	-0,121***	
Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre		-0,297***
Andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år	0,956***	3,050***
Andel døde i løpet av året	-0,036	-1,491***
Reiseavstand til kommunesenter	0,064*	0,196***
Langsiktig gjeld (i 1000 kroner)	-0,000	-0,000
Frie inntekter (i 1000 kroner)	0,000*	0,000
År 2010 – referanseår		
År 2011	-0,435***	0,020
År 2012	-0,730***	-0,462
År 2013	-0,045***	-0,208
År 2014	-1,284***	-0,711**
Antall observasjoner	2132	2132
Antall grupper	428	428
R ² innen gruppe	0,10	0,12
R ² mellom grupper	0,07	0,27
R ²	0,08	0,23

*: $p \leq 0.10$, **: $p \leq 0.05$, ***: $p \leq 0.01$

Modell a viser til dekning av institusjonsplasser og modell b til dekning av hjemmetjenester. Ingen av modellene har god forklaringskraft, men vi finner likevel noen interessante effekter.

I modell a ser vi at dekningsgraden går ned når andelen eldre i kommunen øker, mange å dele på gir lavere andel, samtidig som det naturlig nok blir flere som mottar tjenestene. Vi ser også en viss substitusjonseffekt mellom tjenestetypene, ved at det er en negativ sammenheng mellom dekning av institusjonsplasser og dekning av hjemmetjenester.

Tabell 8.11 Forts.

Fixed effects-modell	Modell a	Modell b
	Dekningsgrad av institusjons- plasser B	Dekningsgrad av hjemme- tjenester B
Konstant	20,43***	40,337***
Antall innbyggere	0	0
Andel innbyggere 80 år og eldre	-1,226***	-1,476***
Andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre	-0,004	0,002
Andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med omfattende bistandsbehov	0,213***	0,085***
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre	-0,103***	
Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre		-0,276***
Andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år	1,125***	3,106***
Andel døde i løpet av året	-0,672***	-2,034***
Reiseavstand til kommunesenter	-0,034	0,032
Langsiktig gjeld (i 1000 kroner)	0	0
Frie inntekter (i 1000 kroner)	0	0
År 2010 – referanseår		
År 2011	-0,526***	-0,047
År 2012	-0,915***	-0,627**
År 2013	-1,381***	-0,485
År 2014	-1,760***	-1,166***
Antall observasjoner	2132	2132
Antall grupper	428	428
R ² innen gruppe	0,12	0,13
R ² mellom grupper	0	0,05
R ²	0	0,05

*: $p \leq 0.10$, **: $p \leq 0.05$, ***: $p \leq 0.01$

Vi ser også at dekningen for de eldste ikke går på bekostning av de yngste (eller motsatt), jo høyere dekning av både institusjonsplasser og hjemmehjelpstjeneste, jo høyere andel mottakere under 67 år. Når økt dødelighet i kommunen slår ut i lavere dekning, er dette antakelig en budsjetteffekt: Vi tolker dette som at når behovet blir større, går andelen som får plass ned. Dødelighet har dermed samme effekt som økning i andel innbyggere over 80 år. Andel mottakere av hjemmetjenester som har omfattende bistandsbehov og andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år, henger sammen med høy dekningsgrad for begge tjenesteformer. Det kan tenkes ulike forklaringer på hvorfor disse indikatorene på behov slår ut i høyere dekningsgrad, mens dødelighet og mange eldre slår ut i lavere dekningsgrad. En mulighet er at de to første er indikatorer for langsiktige behov som må ivaretas, mens dødelighet og mange eldre kan være indi-

kator på at mange svært syke fortrenger andre brukere. Vi tror det er vel så sannsynlig at høy dekningsgrad er en indikator på en sjenerøs tildelingspraksis, altså at det er en (eller sannsynligvis flere) felles bakenforliggende forklaring på de ulike målene på dekningsgrad. I så fall er altså funnene at store behov gir mindre dekningsgrad, mens de som har god dekningsgrad ofte har det for alle grupper.

Modell b viser mange av de samme effektene som vi finner i modell a. Jo flere eldre (og jo høyere økning i dødeligheten), jo lavere blir dekningsgraden for hjemmetjenester. Videre ser vi naturlig nok at høy dekningsgrad på hjemmetjenester henger sammen med lavere dekningsgrad av institusjonsplasser. Denne høye dekningsgraden går imidlertid ikke utover de yngre brukerne, jo flere brukere under 67 år, jo høyere dekningsgrad.

Når det gjelder dekningsgrad – av institusjonsplasser og hjemmetjenester – er altså funnene i regresjonen i tråd med det vi fant i tabell 8.9. Kommuner med stort behov har også høy dekningsgrad. Og ettersom, som vi har sett, disse kommunene er de mest effektive og har de mest fornøyde innbyggerne, styrkes igjen hypotesen om stordriftsfordeler. Derimot finner vi ikke at kommuneøkonomien (målt ved en endring i frie inntekter og langsiktig gjeld) har betydning.

Regresjon 3

I den tredje regresjonen er vi opptatt av reinnleggelser som mål på produktkvalitet. Også her har vi satt opp to modeller, og en rekke kjente variabler tas med:

- Som bakgrunnsvariabler bruker vi antall innbyggere, andel aleneboende over 80 år, dødelighet, reiseavstand til kommunesenter.
- Som strukturvariabler har vi frie inntekter, langsiktig gjeld, og andel med fagutdanning (totalt og U&H).
- Som prosessvariabler har vi antall legetimer, antall fysioterapeuttimer, skjermede plasser for demente og institusjonsorientering.
- Som resultat-kvalitet har vi tilgjengelighet til korttids-plasser, sykefravær, andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med omfattende bistandsbehov, og andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år.

I tabell 8.12 finner vi bare en effekt av andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre, andel døde i løpet av året og andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år som mottar hjemmetjenester. Alle de tre koeffisientene er positive og må fortolkes som at en økning i behov eller forverring i befolkningens helsetilstand fører til flere reinnleggelser. Det kan med andre ord tyde på at når kommunene opplevde økt press på sine tjenester, så medførte dette ikke overraskende til en økning antall reinnleggelser i perioden 2010 til 2014.

Tabell 8.12 Fixed effects-modell i kombinasjon med lineær regresjonsanalyse: Sammenhengen mellom nivå/ending i utvalgte kvalitetsvariabler og ending i antall reinnleggelser pr. somatiske pasienter 80 år og eldre i perioden 2010 til 2014.*

	Fixed effects-modell Antall reinnleggelser B
Konstant	0,62*
Antall innbyggere	0,000
Andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre	0,001***
Andel døde i løpet av året	0,185***
Reiseavstand til kommunesenter	-0,001
Langsiktig gjeld (i 1000 kroner)	0
Frie inntekter (i 1000 kroner)	0
Andel med fagutdanning	-0,002
Andel med fagutdanning fra høyskole eller universitet	0,004
Antall lege timer i uken pr. beboer i institusjon	0,016
Antall fysioterapi timer i uken pr. beboer i institusjon	0,008
Antall skjermede plasser i institusjon for demente pr. innbygger 80 år og eldre	0,221
Institusjonsorientering vs. hjemmetjenesteorientering	0,002
Tilgjengelighet korttidsplasser	0,000
Legemeldt sykefravær i pleie og omsorg	0,003
Andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med omfattende bistandsbehov	0,002
Andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år	0,032**
År 2010 – referanseår	
År 2011	0,020
År 2012	0,024
År 2013	0,023
År 2014	0,022
Antall observasjoner	2109
Antall grupper	426
R ² innen gruppe	0,04
R ² mellom grupper	0
R ²	0

*: $p \leq 0.10$, **: $p \leq 0.05$, ***: $p \leq 0.01$

* I denne analysen har vi valgt å kun kjøre fast-effekt modell. Dette fordi lokale forskjeller i praksis og samarbeid med sykehusene gjør det vanskelig å tolke interkommunale variasjoner.

Bildet vi beskrev over, endrer seg ikke når vi inkluderer de ulike kvalitetsvariablene i modellen. Fortsatt er det kun andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre, andel døde i løpet av året og andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år som mottar

hjemmetjenester som påvirker antall reinnleggelser i perioden 2010 til 2014. Også her må vi legge til at modellene har lav forklaringskraft.

Kommuner med høy produktkvalitet – få reinnleggelser – ble plassert i rute A og B i tabell 8.9, altså stort behov og stor andel av budsjettet til sektoren. De hadde videre gode resultatet knyttet til korttidsplasser og lavt sykefravær. De skåret imidlertid forskjellig på effektiviteten, A fikk høy og B middels. Vi kan ikke lese tilsvarende konklusjoner ut av regresjonsanalysen. Dette understreker vår egen kritikk, enkeltvariabler som indikator gir forholdsvis liten verdi, det er først når vi legger inn mulige kausale antakelser at mønsteret trer fram.

8.2 Oppsummering

Våre funn i dette kapitlet, sammen med teoretiske og empiriske funn i resten av rapporten (og tidligere rapporter), viser altså et stort mangfold, men peker også nokså entydig i retning av at dekningsgrad samt institusjonsorientering versus åpen omsorg, er helt sentrale dimensjoner både for kvalitet og ressurseffektivitet. Dette inspirerte oss til å lage en forenklet typologi, som kun inneholder disse to dimensjonene. Funnene tyder på at økonomi og befolkningsstruktur har klar sammenheng med hvilken tjenesteorganisering som er valgt. Jo flere eldre, og jo mere frie midler, jo sterkere er institusjonsorienteringen, og jo høyere er dekningsgraden. Regresjonsanalyser tyder på at kommunens plassering i kategorien «høy-høy» er påvirket av andelen 80 år+. Dette skjer fordi graden av institusjonsorientering øker når andelen eldre øker. Dekningsgraden er i stor grad drevet av økonomi og prioriteringer. Tilsammen blir det dermed slik at høy-høy kommunene kjennetegnes av mange eldre og god kommuneøkonomi/lokal prioritering av helse og omsorg. Høy-høy kommunene er altså kommuner med mange eldre og med god tilgang på frie midler, mens det er motsatt i lav-lav kommunene. Høy-høy kommunene har også toppscore på kvalitetsmålet reinnleggelser – dette ser altså ut til å være kommuner som i større grad er i stand til på egen hånd å gi tilstrekkelig pleie til pasienter som er skrevet ut fra sykehus. Samtidig skårer høy-høy kommunene godt på ressurseffektivitet. På dette målet er det likevel kommunene med høy dekningsgrad og middels institusjonsorientering som skårer aller best. Kanskje kan dette være en indikator på at en godt utbygd tjenestetripp gir bedre ressursutnyttelse. En liste over kommunene i ulike typologier finnes i Vedlegg 1.

8.3 Vedlegg: Skåre på kvalitetsmål for casekommuner og typologi 1

Hvordan er så sammenhengene mellom ressurseffektivitet, kommunetypologier og kvalitet? Etter dokumentasjonen av det store mangfoldet i tjenesteorganisering i norske kommuner er det kanskje ikke så overraskende at det er krevende å identifisere mønstre. Dette kan igjen illustreres ved våre casekommuner. Os kommune, som tilhører typologi 6 (hjemmebasert som alternativ til institusjon), skårer svakest på ressurseffektivitet, og skårer også langt dårligere enn landsgjennomsnittet på kvalitetsmålet reinnleggelser: 1,9 reinnleggelser per pasient 80 år+, mens landsgjennomsnittet er 1,25. Os kommune har også få brukertilpassede enerom. Derimot skårer de høyest av alle casekommunene på antall legetimer per beboer i institusjon. De skårer med andre ord høyt på det ene ressurskvalitetsmålet, men dårlig på resultatkvalitetsmålet. Den kommunen som skårer aller dårligst på reinnleggelser er Nittedal kommune (typologi 9: få brukere under offentlig omsorgsregime), som har en ressurseffektivitet nokså nær landsgjennomsnittet, og som også skårer nokså nær landsgjennomsnittet for de øvrige kvalitetsmålene. Nord-Fron (typologi 1: mange i institusjon) og Sula (typologi 5: høy tilgjengelighet i korttidsplasser) skiller seg ut ved svært gode skårer på kvalitetsmålet reinnleggelser, begge med 0,8 reinnleggelser per pasient 80 år+. Sula skårer samtidig svært godt på ressurseffektivitet – og har brukertilpassede enerom til alle. Disse funnene lar seg imidlertid dessverre ikke gjenfinne i typologiene samlet sett. Typologi 5 har en gjennomsnittlig skåre på reinnleggelser som er så vidt dårligere enn landsgjennomsnittet, og typologi 1 skårer så vidt bedre. Typologi 3, mange brukere i begge hovedformer for tjenester, er den typologien som skårer best på kvalitetsmålet reinnleggelser.

1. Casekommunene – resultater

	Andel fagutd. total	Andel fagutd. U&H	Antall legetimer uke inst.	Antall fysiotimer uke inst.	Andel skjermede plasser inst.	Andel bruker tilpassede enerom	Antall reinnleggelser pr. pas 80+	Andel døde i løpet av året	Ressurseffektivitet
0233 Nittedal	0,686	0,314	0,389	0,278	0,05	0,96	2,148	0,006	1,056
0516 Nord-Fron	0,822	0,267	0,411	0,438	0,05	0,74	0,793	0,012	1,095
0532 Jevnaker	0,773	0,293	0,500	0,192	0,08	1,01	0,994	0,007	1,117
0542 Nord-Aurdal	0,729	0,293	0,404	0,681	0,06	0,18	0,995	0,014	0,944
0628 Hurum	0,701	0,253	0,645	0,742	missing	0,60	1,356	0,009	0,913
1124 Sola	0,783	0,453	0,518	0,439	0,05	1,00	1,523	0,004	1,143
1243 Os (Hord.)	0,713	0,348	0,808	0,385	0,00	0,33	1,925	0,007	1,247
1531 Sula	0,749	0,353	0,500	0,455	0,00	1,00	0,836	0,008	0,769
1703 Namsos	0,796	0,472	0,279	0,186	0,04	0,97	1,535	0,009	0,949

2. Typologi 1 kommunene – resultater

Typologi	Andel fagutd. total	Andel fagutd. U&H	Antall legetimer uke inst.	Antall fysiotimer uke inst.	Andel skjermede plasser inst.	Andel bruker tilpassede enerom	Antall reinnleggelser pr. pas 80+	Andel døde i løpet av året
1 (n=17)	0,755	0,319	0,354	0,280	0,060	0,918	1,287	0,010
2(n=13)	0,750	0,307	0,604	0,440	0,035	0,926	1,382	0,009
3(n=21)	0,743	0,303	0,351	0,244	0,059	0,817	1,101	0,011
4(n=30)	0,741	0,297	0,357	0,372	0,058	0,811	1,118	0,011
5(n=15)	0,762	0,309	0,628	0,468	0,028	0,804	1,318	0,008
6(n=25)	0,769	0,323	0,544	0,585	0,029	0,794	1,321	0,009
7(n=27)	0,759	0,284	0,313	0,336	0,068	0,783	1,031	0,011
8(n=26)	0,746	0,304	0,434	0,377	0,053	0,894	1,175	0,010
9(n=32)	0,744	0,329	0,424	0,360	0,045	0,807	1,562	0,007
10(n=32)	0,753	0,343	0,495	0,318	0,049	0,796	1,485	0,007

9 Sammenfatning

I rapportens siste kapittel presenterer vi først et kapittelvis sammendrag av de viktigste funn og konklusjoner, før vi oppsummerer i hvilken grad vi klart å svare på prosjektets sentrale problemstillinger og om funnene gir grunnlag for å gi råd om tjenesteorganiseringen.

9.1 Kapittelvise sammendrag

Kapittel 1 Innledning

Denne rapporten belyser sammenhengene mellom kvalitet og ressurseffektivitet i helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner. Analysen tar utgangspunkt i den tradisjonelle inndelingen i struktur-, prosess og produktkvalitet, men trekker også inn geografiske og demografiske forhold. Sentralt i analysen står betydningen av ulike varianter av tjenesteorganisering, med særlig vekt på institusjonsorientering versus åpen omsorg.

Kapittel 2 Kvalitet

I kapittel to drøfter og operasjonaliserer vi kvalitetsbegrepet. Begrepet er krevende av flere grunner. For det første har kvalitet i helse og omsorg mange dimensjoner: det kan dreie seg om medisinsk behandling, men også om for eksempel pasientbehandling, brukertilpasning og pårørendeinvolvering. For det andre er det mange aktører som melder seg på i diskusjonen: brukere, politikere, helseadministrasjon, helsefaglige eksperter, pårørende, ansatte og forskere. Hva som skal vurderes som god resultat kvalitet avhenger av hvilke aktører som gis legitimitet. Den rent helsefaglige kvaliteten er nok enklest å enes om: hva som er riktig medisiner og sårbehandling kan det utformes helsefaglig baserte standarder for. Hva som er god pasientbehandling og brukertilpasning kan det være vesentlig vanskeligere å lage faglig baserte standarder for. Dessuten kan det være store uenigheter om hva som er riktig dekningsgrad. Mens brukervurderinger er subjektive, omtales ofte mer helsefaglige mål som objektive. Men også utvalget av såkalt objektive kriterier og ikke minst vektleggingen av dem opp mot rene subjektive mål, har klare subjektive komponenter.

Tjenestekvalitet (produktkvalitet) kan defineres som tjenestens evne til å bidra til best mulig helse og livskvalitet for brukerne. Men kvaliteten i det kommunale helse- og omsorgstilbudet handler ikke utelukkende om kvaliteten på selve tjenestene – det handler også om at tjenestene faktisk er tilgjengelige. Det innebærer at dekningsgrad og tildelingspraksiser også er viktige kjennetegn ved resultat kvaliteten.

Analysen i kapittel to tar utgangspunkt i det tradisjonelle skillet mellom ressurs-, prosess- og produktkvalitet. Mulige mål på strukturkvalitet kan være materielle mål, økonomiske mål og menneskelige ressurser. Prosesskvalitet kan operasjonaliseres til ledelsesmodeller og organisering av tjenestene, mens produktkvalitet handler om brukeropplevd nytte og tjenestenes direkte konsekvenser for brukernes helse og livskvalitet. Vi skiller også mellom produktkvalitet som kjennetegn ved de enkelte tjenestene, og resultatkvalitet, som er en kombinasjon av produktkvalitet og tilgjengelighet.

Diskusjonen av ressurs-, prosess- og produktkvalitet munner ut i en ønskeliste over aktuelle mål på disse – og en drøfting av mulige operasjonaliseringer av de tre kategoriene opp mot registerdata som lar seg oppdrive på kommunenivå. Ved gjennomgang av hvilke variabler som er tilgjengelige på kommunalt nivå, finner vi at utvalget av data er lite. De sentrale målene vi sitter igjen med er reinnleggelse, dekningsgrad for henholdsvis tunge og mindre tunge behov, tilgjengelighet til korttidsplasser, institusjonsorientering, legetimer per institusjonsboer, fysioterapitimer per institusjonsboer, tilpassede enerom, skjermede plasser for demente, frie inntekter, utgifter til pleie og omsorg som andel av kommunens budsjett, andel med fagutdanning, og andel med fagutdanning på universitets- og høyskolenivå. Det er et betydelig overlapp mellom våre mål og de målene som anbefales av Helse- og omsorgsdirektoratet.

Kapittel 3 Operasjonalisering av mål på innretninger av pleie- og omsorgstjenester

I dette kapitlet presenteres det teoretiske og empiriske grunnlaget for etablering av åtte (pluss to) kommunetypologier. Det er to hovedformer for kommunale omsorgstjenester: hjemmebasert og institusjonsbasert. Brukermessig dominerer de hjemmebaserte tjenestene: Av det samlede antallet brukere, er seks av ti brukere av hjemmebaserte tjenester. Ressursmessig er det omvendt. Siden institusjonsplassene i snitt er mer arbeidsintensive, går sju av ti årsverk til institusjonsplassene. Blant brukere av hjemmebaserte tjenester er det store forskjeller i bistandsbehovet til den enkelte bruker, med tilsvarende konsekvenser for årsverk per bruker. I aldersgruppen 67 år+ med omfattende bistandsbehov går det i snitt 0,66 årsverk per bruker, mens de med noe/avgrenset bistandsbehov bare trekker 0,08 årsverk per bruker. Hos de yngre med omfattende bistandsbehov er gjennomsnittlig antall årsverk per bruker 2,3. Dette tilsier at et mål for innretning av pleie- og omsorgstjenestene bør fange opp denne sterke variasjonen i ressursbruk per bruker.

Flere tidligere studier har utarbeidet mål for innretning av pleie- og omsorgstjenestene. En svakhet ved flere av disse målene er at de er for ensidig opptatt av institusjonsorientering versus åpen omsorg, og tar høyde verken for det samlede antallet brukere av slike tjenester eller for sammensetningen av brukere etter grad av bistandsbehov. Vi har derfor valgt å operasjonalisere en kommunes institusjonsorientering uavhengig av om kommunen tildeler hjemmebaserte tjenester til en stor eller liten andel av eldrebefolkningen. Dette målet anvendes i utarbeidelsen av kommunetypologiene i dette kapitlet, som så anvendes for å beskrive den kommunale innretningen av pleie- og omsorgstjenestene (kapittel seks) og til å analysere variasjoner i ressurseffektivitet (kapittel sju). I kapittel åtte anvender vi imidlertid et litt annet mål på institusjonsorientering – se kapittel åtte.

Følgende mål på tjenesteorganisering og – tilbud er begrunnet og operasjonalisert i kapitlet:

- Orientering mot hjemmebaserte tjenester : antall brukere av slike tjenester 80 år+ som andel av befolkningen 80 år+ (altså bruksraten).
- Bruksraten for hjemmebaserte tjenester 0–66 år: antall brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år som andel av befolkningen 0–66 år.
- Rate for andel eldre 67 år under offentlig omsorgsregime: alle beboere i institusjon 67 år+ pluss brukere 67 år+ av hjemmebaserte tjenester sin andel av befolkningen 67 år+.
- Intensitet i hjemmebaserte tjenester for brukere 0–66 år: antall slike brukere med omfattende bistandsbehov per 100 innbyggere i befolkningen 0–66 år.
- Intensitet i hjemmebaserte tjenester for brukere 67 år+: antall slike brukere med omfattende bistandsbehov per 100 innbyggere i befolkningen 67 år+.
- Tilgjengelighet til institusjon: utskrivninger fra institusjon per 100 innbyggere 80år+.
- Grad av institusjonsorientering: antall beboere i institusjon 80 år+ som andel av befolkningen 80 år+.
- Tilgjengelighet til korttidsplasser: antall korttidsplasser som blir ledige i løpet av ett år per 100 innbyggere 80 år+.

Noen av disse målene korrelerer høyt. Spesielt er det slik at bruksraten for hjemmebaserte tjenester i aldersgruppen 80 år+ korrelerer høyt med samlet bruksrate i aldersgruppen 67 år pluss. Dette er ikke særlig overraskende, da det vil være et stort overlapp. Av større substansiell interesse er det at andelen eldre brukere av hjemmebaserte tjenester som har omfattende bistandsbehov, korrelerer sterkt med både institusjons-

orientering og hjemmetjenesteorientering: Dersom institusjonsdekningen er god, er de fleste eldre med omfattende bistandsbehov på institusjon og det er dermed en negativ sammenheng mellom institusjonsorientering og andel brukere med omfattende bistandsbehov i hjemmetjenesten. Siden det er en viss substitusjonsmulighet mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester, kan det være forklaringen på at der det er høy dekningsgrad i hjemmetjenestene, er det også høyere andel brukere med stort bistandsbehov: de har nettopp ikke et tilbud i institusjon.

Vi finner for eksempel at kommuner som relativt sett yter hjemmebaserte tjenester til mange eldre samtidig yter slike tjenester til relativt mange yngre brukere. Og det er samtidig slik at det er positiv sammenheng i kommunene mellom å ha mange eller få eldre og yngre brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov. Det er altså ikke slik at mange yngre tunge brukere fortrenger de eldre, det vil si at en ikke kan ha mange med omfattende bistandsbehov både blant eldre og yngre, men tvert imot.

På grunnlag av korrelasjonene mellom de åtte målene kan det identifiseres seks hovedorienteringer i hvordan kommunene har innrettet sine pleie- og omsorgstjenester:

- Institusjonsorientering vs hjemmetjenesteorientering
- Pleiestrategisk orientering vs en forebyggende strategi
- Grad av integrert bruk av tjenestene ved samspill mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester, målt ved tilgjengelighet til korttidsplassene
- De hjemmebaserte tjenestenes funksjon som alternativ til institusjon

Med utgangspunkt i hvordan kommunene plasserer seg langs disse hovedorienteringene og de ulike delmålene, har vi så utarbeidet 8(10) ulike deltypologier for egenskaper ved kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene. Ved hjelp av inndeling i kvintiler langs de ulike dimensjonene har vi lett etter hopende mønstre langs ytterpunktene av dimensjonene. Altså: Er det sånn at vi kan identifisere noen typologier der skåre i ytterpunkt på én dimensjon går sammen med skåre i ytterpunkt på en eller flere andre dimensjoner?

Dette arbeidet resulterte i følgende typologier:

1. Institusjonsorienterte kommuner. Høy andel 80 år+ i institusjon 80 år+ og lav andel 80 år+ i hjemmebaserte tjenester). 17 kommuner.
2. Kommuner med mulig pleiestrategisk orientering. Lav andel 80 år+ i hjemmebaserte tjenester og lav andel 80 år+ i institusjon. 13 kommuner.
3. Kommuner med mulig orientering mot forebyggende strategi. Mange beboere 80 år+ i institusjon og i hjemmebaserte tjenester. 21 kommuner.

4. Kommuner med både pleie- og forebyggende strategi. Høy andel 80 år+ i hjemmebaserte tjenester, og høy andel brukere 67 år+ i alt. 32 kommuner.
5. Høy tilgjengelighet i korttidsplasser – antatt progressive kommuner. Høy tilgjengelighet til korttidsplasser, høy andel 80 år+ i institusjon og høy andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov. 15 kommuner.
6. Kommuner med hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon – antatt progressive kommuner. Høy andel brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov og lav andel 80 år+ i institusjon. 25 kommuner.
7. Kommuner med allmenn forebyggende strategi. Mange brukere av hjemmebaserte tjenester under 67 år og mange brukere 67 år+ under offentlig omsorgsregime. 28 kommuner.
8. Kommuner med høy andel brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Mange brukere med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene både 0–66 år og 67 år+.

Korrelasjonsanalysene viser at det er stor spredning og mangfold i kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene. I det kommunale mangfoldet er det likevel visse mønstre, eller undergrupper av kommuner hvor vi gjenfinder klare *deltypologier* for kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene. De metodene som her er anvendt gir med andre ord ikke vidtfavnende mønstre eller typologier for kommunens innretning av omsorgstjenestene.

De heterogene utbyggingsmønstrene og innretningene av omsorgstjenestene er en sterk indikasjon på fravær av en nasjonal konsensus om hvordan de kommunale pleie- og omsorgstjenestene bør innrettes. Samtidig er det grunn til å tro at ikke alle måter å organisere tjenestene på er like gode, og at det dermed kan være et betydelig rom for kvalitetsheving og effektivisering.

Kapittel 4 Om å måle ressurseffektivitet

Til forskjell fra tidligere studier av kostnadseffektivitet i pleie- og omsorgstjenestene, tar denne studien utgangspunkt i pleietyngde og omfang av ytt hjelp til ulike grupper av brukere etter grad av bistandsbehov. Kostnadseffektiviteten måles som årsverk per bruker, beregnet som gjennomsnittlig bruk for alle brukere i en kommune, etter grad av bistandsbehov. Som følge av upålitelige data for årsverk i enkelte kommuner, har vi imidlertid benyttet brutto driftsutgifter per bruker i analyser på kommunenivå.

Behovet for å differensiere mellom brukere etter bistandsbehov har sammenheng med at andelen brukere med omfattende bistandsbehov varierer mellom kommunene. I tillegg varierer det i hvilken grad slike brukere får et tilbud i åpen omsorg eller i in-

stitusjon – noe som også har betydning for ressurseffektiviteten. På landsbasis utgjør brukere med omfattende bistandsbehov 9,1 prosent av alle brukere av pleie- og omsorgstjenester i aldersgruppen 67 år+. Brukere i institusjon utgjør 26,2 prosent. Til sammen utgjør altså disse to gruppene – som er de mest ressurskrevende brukerne i denne aldersgruppen – 35,3 prosent av alle brukere i aldersgruppen 67 år+. Andelen brukere under 67 år varierer også betydelig mellom kommunene, og det er i denne gruppen vi finner de i gjennomsnitt mest ressurskrevende brukerne med omfattende bistandsbehov.

Vi har utarbeidet to delmål for kostnadseffektivitet:

- Delmål 1 skal fange opp forholdet mellom andel brukere med plass i institusjon og andel brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg.
- Delmål 2 skal fange opp forskjellene i ressursbruk i kommunene blant øvrige brukere av hjemmebaserte tjenester.

Den faktiske innsatsen på per-bruker-nivå etter grad av bistandsbehov måles på grunnlag av den faktiske ressursbruken i den enkelte kommune, som så relateres til landsgjennomsnittet. Det resulterer i et mål som gir størrelser over 100 for kommuner som er mindre ressurseffektive enn landsgjennomsnittet, og under 100 for kommuner som er mer ressurseffektive enn landsgjennomsnittet. Dette innebærer at målet for ressurseffektivitet er uavhengig av antall brukere – vi måler bruken per bruker.

Den største fordelene ved dette målet sammenliknet med mål som er anvendt i tidligere studier, er at det tar hensyn til ulik fordeling av brukere med omfattende bistandsbehov. Det gjenstår likevel et hovedproblem. Vi kan ikke vite om lavere ressursbruk i en kommune skyldes effektiv drift eller lavere standard på tjenestene – altså om målet faktisk er et mål på ressurseffektivitet eller et mål på knipenhet versus raushet. Sannsynligvis viser målet en kombinasjon av de to. I kapittel åtte vil vi så langt det lar seg gjøre, sammenholde funnene når det gjelder ressurseffektivitet med funnene når det gjelder tjenestekvalitet. Dette gir likevel ikke noen fullgod løsning på problemet.

I del to av kapitlet redegjør vi for valg av uavhengige variabler i regresjonsanalysene av kostnadseffektivitet som gjennomføres i kapittel sju.

Siden brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg bruker i snitt 0,66 årsverk, mens brukere i institusjon bruker i snitt 1,43 årsverk, forventet vi i utgangspunktet at kommuner med stor andel av sine brukere i institusjon skulle være mindre kostnadseffektive enn kommuner med en stor andel brukere i åpen omsorg. Tjenesteinnretning har derfor vært en sentral dimensjon i våre analyser av kostnadseffektivitet. I tillegg har vi tatt med ulike mål på dekningsgrad for brukere etter aldersgruppe, bistandsbehov og tjenestetype. Vi har også med kontrollvariabler for kommunale demografiske kjennetegn, slik som andel aleneboende eldre, helsetilstand (dødelighet) og befolkningsstruktur, og for variasjoner i den lokale ressurstilgangen, slik som frie inntekter,

tilgjengelighet til korttidsplasser, og kommunens selvstendige prioritering av pleie- og omsorgstjenestene.

Kapittel 5 Casestudier

De ni casekommunene er valgt ut for å kunne gå i dybden på de kommunale prosessene som leder fram til ulike former for tjenesteinnretting, og for å få kvalitativ kunnskap om hvordan kommunene vurderer hva som er god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, og hvordan slik kvalitet best kan oppnås.

Casekommunene dekker sju av de åtte typologiene som er presentert i kapittel tre. Nord-Aurdal kommune er en kommune med høy andel brukere med omfattende bistandsbehov i de hjemmebaserte tjenestene, både 0–66 år og 67 år+. Antall institusjonsplasser er halvert mellom 1996 til 2012. Kommunen oppgir at dette har vært en villet politikk, som først og fremst har vært styrt av ønsket om å tilrettelegge for brukernes ønsker om åpen omsorg.

Nord-Fron kommune er en kommune med stor andel av befolkningen 80 år+ i institusjon og få i samme aldersgruppe i åpen omsorg, og er definert som en institusjonsorientert kommune. Samtidig har andelen eldre brukere av hjemmebaserte tjenester økt betydelig fra 2010 til 2012. Våre informanter i kommunen opplever at det er feil å definere kommunen som entydig institusjonsorientert. Det viktigste motivet for satsingen på åpen omsorg er en forventning om at dette skal redusere trykket på institusjonsplassene.

Os kommune har mange eldre brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov, og få beboere i institusjon. Her er altså åpen omsorg et alternativ til institusjon. I henhold til våre informanter i kommunen har dette vært en bevisst strategi, motivert ut fra en kombinasjon av økonomiske hensyn, tro på at åpen omsorg i mange tilfeller er kvalitativt bedre for brukerne og et ønske om å få til en mer fleksibel og brukerstyrt tjeneste.

Namsos kommune har mange brukere under offentlig omsorgsregime og mange brukere av hjemmebaserte tjenester. Dette kan antas å være sjenerøse kommuner, siden de har stor dekningsgrad i begge hovedtjenestetypene. I Namsos sitt tilfelle er det imidlertid dekningsgraden i de hjemmebaserte tjenestene som er særlig stor, og som slår ut i en høy samlet dekningsgrad. Informantene i kommunen peker på at det å tildele hjemmetjenester er en bevisst forebyggende strategi, men det framkommer også synspunkter i retning av at tildelingspraksisen kanskje er i overkant sjenerøs, særlig overfor brukere med begrenset bistandsbehov. Når vi utelukkende ser på brukere med omfattende bistandsbehov, viser det seg at Namsos har en lav samlet dekningsgrad for institusjon og hjemmebaserte tjenester.

Hurum og Sula er kommuner med høy tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem, få eldre med plass i institusjon, og mange eldre med omfattende bistandsbehov i de

hjemmebaserte tjenestene. Hurum var tidlig ute med institusjonsnedbyggingen og hadde svært lav institusjonsdekning i 2012. Ifølge informantene i kommunen var det en sterk ideologisk forankring bak omleggingen fra institusjonsbasert omsorg. Økonomi oppgis ikke som en begrunnelse for omleggingen, tvert imot framheves det at dagens organisering bygger på høy kompetanse hos de ansatte, og at kompetanse koster.

Sula kommune har også bygget ned institusjonsbruken kraftig de siste 15 årene. Samtidig har andelen brukere av hjemmebaserte tjenester i aldersgruppen 80 år+ vært nokså konstant. Hurum og Sula er svært like med hensyn til utviklingen og status i hovedtjenestene pleie og omsorg. Sula vektlegger imidlertid økonomiske hensyn langt sterkere som forklaring på omleggingen til hjemmebaserte tjenester. Samtidig var det også ideologiske begrunnelser knyttet til brukertilpasning og hensyn til ønskene i befolkningen.

Nittedal, Jevnaker og Sola er kommuner med lav andel eldre under offentlig omsorgsregime. Alle de tre kommunene har dessuten få brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov. Nittedal og Sola har dessuten få brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år, mens Jevnaker har mange.

I Nittedal er våre informanter samstemte om at de gjennom godt samarbeid har lykket med å etablere helhetlige tjenester. Siden dette er en kommune som verken er tydelig institusjonsorientert eller tydelig hjemmetjenesteorientert, kan det jo tenkes at de har lykket med en godt tilpasset tjenestetrapp. Indikasjoner på dette er at kommunen har et tildelingskontor med en egen koordinerende enhet, egne langtidsplasser for demente og dagsenter for demente.

I Jevnaker kommune beskriver informantene en vellykket overgang fra styringsproblemer og store budsjettoverskridelser. Overskridelsene var blant annet knyttet til at det ble tildelt tjenester som kommunen ikke hadde økonomisk rom for. Snuoperasjonen beskrives likevel som faglig og ikke økonomisk begrunnet, og at omleggingen skulle føre til bedre faglig begrunnede og likeverdige tjenester. Informantene framhever blant annet at det var viktig å formidle informasjon som skulle gi befolkningen mer realistiske forventninger.

I Sola kommune framhever informantene at de har hatt mange tjenester øverst i omsorgstrappen, og at kommunen har en befolkning med høye forventninger til tjenestetilbudet. Kommunen er i ferd med å legge om til større vekt på åpen omsorg, med en klar økonomisk begrunnelse.

I alle kommunene er det altså oppmerksomhet omkring tjenesteorganisering, og en generell trend i retning av mer åpen omsorg. Begrunnelsene for denne endringen er dels økonomiske, dels faglige/organisatoriske (gir bedre objektiv tjenestekvalitet), og dels ideologiske (gir bedre subjektiv tjenestekvalitet).

Kommunenes synspunkter på hva som fører til god kvalitet er svært sammensatte. Noen hovedpunkter går likevel igjen: riktig dimensjonering av tjenestene, effektiv organisering, brukermedvirkning, og ledelse og samhandling med eksterne aktører. God

sirkulasjon på korttidsplasser framheves som viktig ikke bare for god tjenestekvalitet, men også for ressurseffektive tjenester. Riktig tildeling av tjenester er også et kjernepunkt. Flere av kommunene har etablert egne tildelingskontorer med tverrfaglig kompetanse, noe som oppleves som å øke kvaliteten på tildelingsarbeidet, og å bidra til mer koordinerte og samordnede tjenester. Godt samarbeid med fastlegene oppleves også som sentralt for et samlet godt tjenestetilbud, men casekommunene har i ulik grad lykket med å etablere et slikt samarbeid.

Kapittel 6 Kommunenes innretning av pleie- og omsorgstjenestene

Norske kommuner organiserer og dimensjonerer sine pleie- og omsorgstjenester svært ulikt. I dette kapitlet benytter vi de typologiene som ble utviklet i kapittel tre til å dokumentere dette. Kommuner med mindre enn 2000 innbyggere er utelatt fra analysen. Den store spredningen i lokal innretning av tjenestene gjør at det gir liten mening å beskrive norsk omsorgstjeneste ved å gjengi nasjonale gjennomsnitt for ulike delmål. Dette er en av grunnene til at vi benytter kvintiler og desiler til å dokumentere spredningen.

- **Institusjonsorientering:** I gjennomsnitt bodde 14,4 prosent av befolkningen 80 år pluss i institusjon i 2010. Den femdelen av kommunene med høyest institusjonsrate har 2,5 ganger så mange i institusjon som den femdelen med lavest institusjonsrate.
- **Rate hjemmebaserte tjenester 80 år+:** I gjennomsnitt mottok 36,3 prosent av befolkningen 80 år+ hjemmebaserte tjenester. Forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil var 1,6.
- **Rate i befolkningen 80 år+ under offentlig omsorgsregime:** I gjennomsnitt mottok 24,6 prosent av befolkningen 80 år+ en form for omsorgstjeneste. Forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil var 1,7.
- **Rate tilgjengelige korttidsplasser:** I gjennomsnitt var antall korttidsplasser som blir ledige i løpet av ett år per 100 innbyggere 80 år+ 32,7. Forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil var 6,4.
- **Rate samlet tilgjengelighet:** I gjennomsnitt var utskrivninger fra institusjon per 100 innbyggere 80 år+ 12,0. Forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil var 5,1.
- **Rate omfattende bistandsbehov 67 år+:** I gjennomsnitt var andelen brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov som andel av befolkningen 67 år+ 2,5. Forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil var 6,5.
- **Rate omfattende bistandsbehov 0–66 år:** I gjennomsnitt var andelen brukere av hjemmebaserte tjenester 0–66 år med omfattende bistandsbehov som andel av befolkningen 0–66 år 2,2. Forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil var 3.

- Rate hjemmebaserte tjenester 0–66 år: I gjennomsnitt mottok 2,2 prosent av befolkningen 0–66 år hjemmebaserte tjenester. Forholdstallet mellom 1. og 5. kvintil var 2,9.

Jevnt over inngår det omkring 15–30 kommuner i hver av de åtte deltypologiene. Kommunene som omfattes av disse typologiene representerer 178 av i alt 333 kommuner med 2000 innbyggere+ i 2010. Resten, 44 prosent av alle de 333 kommunene med 2000 innbyggere+, faller utenfor våre typologifiseringer. Spredningen i måter å innrette omsorgstjenestene på, er rett og slett svært stor. Den store spredningen kan ikke tilskrives noen få ekstreme kommuner. Selv om det er mulig å finne enkelte hovedmønstre i bildet i det kommunale mangfoldet i innretningen av omsorgstjenestene, identifiserer vi like store undergrupper av kommuner som har innrettet seg stikk motsatt i forhold til slike mønstre.

I del to av kapitlet gir vi en beskrivelse av hvilke kommuner som inngår i de ulike typologiene, og noen sentrale kjennetegn ved disse kommunene. Helt til slutt presenteres to ytterligere typologier: kommuner med få brukere under offentlig omsorgsregime, og kommuner med få brukere med omfattende bistandsbehov.

Kapittel 7 Ressurseeffektivitet

I kapittel sju beskriver vi ressurseeffektiviteten i pleie- og omsorgstjenestene målt ved ressursbruken i brutto driftsutgifter per bruker blant beboere i institusjon og brukere av hjemmebaserte tjenester med omfattende bistandsbehov.

Våre casekommuner gir et utgangspunkt for å illustrere den store spredningen i brutto driftsutgifter (BRD) per bruker mellom norske kommuner. Når vi slår sammen BRD til beboere i institusjon og BRD til brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, finner vi at gjennomsnittlig BRD per bruker varierer fra 679 000 kroner i Sula kommune, til 1099 kroner per bruker i Sola kommune. Den minst kostnadseffektive kommunen tilhører den gruppen av kommuner som har størst andel av disse brukerne i institusjon, mens den mest kostnadseffektive tilhører den gruppen som har størst andel brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg. Sammenhengen mellom dette målet på institusjonsorientering og kostnadseffektivitet er likevel på ingen måte entydig. Os kommune, som har svært mange pleietunge brukere i åpen omsorg, bruker 984 000 kroner per bruker, kun «slått» av Sola og Jevnaker. Den viktigste årsaken til at Os framstår som lite kostnadseffektiv, er at de bruker mye penger på hver av brukerne i åpen omsorg, men de har også relativt dyre institusjonsplasser. Nord-Fron kommune skiller seg ut med svært høy andel av de tunge brukerne i institusjon – og samtidig lave kostnader per tunge bruker i åpen omsorg. Med unntak av Sola kommune bruker alle de fire mest institusjonsorienterte kommunene mindre penger per tunge bruker i åpen omsorg enn de to middels institusjonsorienterte kommunene, og alle disse bruker

mindre enn de minst institusjonsorienterte kommunene. Det er jo ikke så underlig om nedbygging av institusjoner øker kostnadene per bruker i åpen omsorg. En slik sammenheng kan være en av årsakene til at vi ikke finner så entydige sammenhenger mellom tjenesteinnretning og kostnadseffektivitet som vi hadde forventet. Andelen av befolkningen 67 år+ som enten er i institusjon eller er brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg, er 23 prosent på landsbasis.

De fleste casekommunene ligger nokså tett opptil dette gjennomsnittet. Den kommunen som skiller seg sterkest ut er Namsos, som har bare 17 prosent dekningsgrad. Nittedal har den høyeste andelen, med 26 prosent. Det er ingen systematisk sammenheng mellom dekningsgrad og kostnadseffektivitet i casekommunene.

Variasjonene i kostnadseffektivitet mellom casekommunene føyer seg inn i et vesentlig større nasjonalt mangfold. Brutto driftsutgifter per beboer i institusjon varierer på landsbasis mellom 529 000 kroner og 1 926 000 kroner (i kommuner med over 2000 innbyggere).

Hvordan skårer så de ulike typologiene som ble utviklet i kapittel tre på målet for ressurseffektivitet? En kunne kanskje vente at kommuner som er i samme typologi og altså har organisert (noen av) tjenestene sine på liknende måte, skulle oppvise mindre variasjon i kostnadseffektivitet. Det viser seg imidlertid at det er svært store variasjoner også internt i typologiene. Typologi 6, kommuner med hjemmebaserte tjenester som alternativ til institusjon, kommer i snitt best ut på effektivitetsmålet. Det er jo ikke så overraskende, siden plassene i åpen omsorg i snitt er rimeligere enn institusjonsplassene. Samtidig er det altså stor variasjon, og til tross for et pent gjennomsnitt, er det fortsatt mange av kommunene i denne typologien kommer dårligere ut enn landsgjennomsnittet.

Porsanger kommer ut som landets mest ressurseffektive kommune, med en ressursbruk per beboer/bruker på 0,62 prosent av landsgjennomsnittet. Resten av topp 30-lista er presentert i tabell 7.11A.

Forskjellen i driftskostnader per sykehjemsplass mellom kommunene er så stor at det lite sannsynlig kan dreie seg om driftsenheter med tilnærmet samme innhold. Vi står her antakelig overfor institusjoner som fyller ulike funksjoner. For brukere av hjemmebaserte tjenester 67 år+ med omfattende bistandsbehov er ulikhetene mellom kommunene enda større. I den halvdel av disse kommunene som brukte mest per slik bruker, var driftsutgiftene 2,3 ganger høyere enn i den halvdel av kommunene som brukte minst. Dette kan neppe alene skyldes ulikheter i sjenerøsitet, men illustrerer at kategorien «omfattende bistandsbehov» er lite ensartet.

På landsbasis finner vi en sammenheng mellom andel brukere i institusjon versus åpen omsorg og kostnadseffektivitet – de som har en stor andel av brukerne i åpen omsorg er noe mer kostnadseffektive, men sammenhengen er ikke spesielt sterk (0,18). Som vi har sett er spredningen i ressursbruk svært stor, både innenfor og på tvers av institusjonsorienterte og hjemmetjenestebaserte kommuner.

De statistiske sammenhengene mellom tjenesteorientering og ressurseffektivitet kan forkludres av at det er en rekke andre forhold som også påvirker ressurseffektivitet. Ved hjelp av multivariate analyseteknikker kan vi undersøke betydningen av tjenesteorientering (og andre forhold) mens vi holder andre relevante forhold konstant. På denne måten kan vi undersøke betydningen av tjenesteorientering kontrollert for for eksempel demografiske kjennetegn ved befolkningen. Vi har gjort slike analyser av vårt mål for ressurseffektivitet, og finner at grad av institusjonsorientering: altså andel av befolkningen 80 år+ med plass i institusjon – øker kostnadseffektiviteten. Tolkningen av dette er at kommuner som har mange beboere i institusjon har lavere kostnad per beboer. Det samme gjelder for grad av hjemmetjenesteorientering: kommuner som har en høy andel brukere 67 år pluss med omfattende bistandsbehov (regnet i andel av befolkningen 67 år pluss) har bedre kostnadseffektivitet. Dette gir også mening, fordi høy andel med omfattende bistandsbehov kan indikere at terskelen for å bli definert til denne gruppen er lavere – og at brukerne dermed i snitt er mindre kostnadskrevede. En stor andel yngre brukere av hjemmebaserte tjenester gir også bedre kostnadseffektivitet, noe som kan bety at en stor hjemmetjeneste er mer effektiv per bruker. Vi finner også at stor dødelighet gir bedre kostnadseffektivitet. Dette kan være resultat av at kommuner som har en befolkning med betydelige helseutfordringer må økonomisere med midlene til den enkelte bruker. Dessuten finner vi en klar sammenheng mellom vårt mål på ressurseffektivitet og kommuneøkonomien. Både høye frie inntekter og lokal prioritering av helse og omsorg reduserer ressurseffektiviteten. Det kan tyde på at kommuner med trang økonomi presses til å bli ressurseffektive. Det kan også tyde på at kommuner med mindre trang økonomi har rausere og bedre tjenester – men vi har i disse analysene etter beste evne kontrollert for ulik kvalitet på tjenestene. Som vi har vært inne på i kapittel to – og vil drøfte videre i kapittel åtte, er imidlertid kvalitetsmålene våre langt fra ideelle.

Kapittel 8 Kvalitet, ressurseffektivitet og tjenesteorganisering

De kvalitetsmålene vi kom fram til i kapittel to lar seg ikke på noen fornuftig måte kombinere til en felles kvalitetsindeks – i hvert fall ikke til indekser som tilfredsstiller grunnleggende metodiske krav til slike indekser. Med andre ord er de ikke særlig systematisk korrelert. Det betyr ikke at det ikke er mulig å finne interessante sammenhenger.

Vi starter med å se på de bivarierte sammenhengene i vår overordnede analysemodell. Vi finner at det er en klar positiv sammenheng mellom ressurseffektivitet og dekningsgrad. Dette kan blant annet tilskrives stordriftsfordeler. Vi finner også en klar sammenheng mellom produktkvalitet og dekningsgrad: det er mindre omfang av reinnleggelser der det er god dekningsgrad. Alternativt: stort omfang av reinnleggelser gjør at man ikke trenger å tilby kommunal pleie til disse. God tilgang på frie midler gir større dekningsgrad og større grad av institusjonsorientering (i dette kapitlet definerer

vi institusjonsorientering som andelen beboere i institusjon som andel av andelen beboere pluss brukere i åpen omsorg med omfattende bistandsbehov), og lavere omfang av reinnleggelser. Institusjonsorientering gir bedre kvalitet (lavere omfang av reinnleggelser) – men er mer kostnadskrevende. Tunge og lette tjenester ser ikke ut til å stå i konkurranse med hverandre – god dekning til den ene gruppen går sammen med god dekning også til den andre

I de videre analysene i kapitlet tar vi utgangspunkt i en forenklet typologi, som kun inneholder dimensjonene institusjonsorientering og dekningsgrad. Dette har vi gjort ved å dele alle landets kommuner med 2000 innbyggere+ i tre like store grupper langs begge dimensjonene. Dette gir en nifeltstabell, som måler rendyrket institusjonsorientering langs den ene akse (uten hensyn til dekningsgrad), og dekningsgrad langs den andre. Dekningsgrad er her definert som institusjonsbeboere pluss brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg som andel av befolkningen 67 år+. Denne typologien har noen metodiske fordeler framfor den typologien som er brukt fram til nå: Den omfatter alle kommunene, og den åpner opp for at sammenhengen mellom institusjonsorientering og kvalitet ikke er lineær. Samtidig har den noen pedagogiske og formidlingsmessige fortrinn: Den representerer en forenkling i forhold til den opprinnelige typologien, og dimensjonene kan enkelt visualiseres i en tabell. Den viser seg dessuten å være analytisk produktiv: vi synes den gir interessante resultater.

Funnene tyder på at økonomi og befolkningsstruktur har klar sammenheng med hvilken tjenesteorganisering som er valgt. Jo flere eldre, og jo mere frie midler, jo sterkere er institusjonsorienteringen, og jo høyere er dekningsgraden. Regresjonsanalyser (se kapittel åtte) tyder på at andelen 80 år+ dytter kommunene i retning av høy-høy, og at det særlig er institusjonsorienteringen som påvirkes av andelen innbyggere over 80 år (jo flere eldre, jo sterkere institusjonsorientering). Høy-høy kommunene er altså kommuner med mange eldre, og god tilgang på frie midler, mens det er motsatt i lav-lav kommunene. Høy-høy kommunene har også toppskåre på kvalitetsmålet reinnleggelser – dette ser altså ut til å være kommuner som i større grad er i stand til på egen hånd å gi tilstrekkelig pleie til pasienter som er skrevet ut fra sykehus. Samtidig skårer høy-høy kommunene godt på ressurseffektivitet. På dette målet er det likevel kommunene med høy dekningsgrad og middels institusjonsorientering som skårer aller best. Kanskje kan dette være en indikator på at en godt utbygd tjenestetripp gir bedre ressursutnyttelse.

En nærmere titt på hvilke kommuner som havner i de ulike boksene i modellen, kan gi videre innsikt i hva slags kommuner dette er. Blant høy-høy kommunene finner vi Oslo og Trondheim – og utover dette i hovedsak i all hovedsak små kommuner, med geografisk hovednedslagsfelt på Vestlandet og i Nord-Norge. Blant lav-lav kommunene finner vi langt flere store kommuner, men ingen storbyer, og med et geografisk nedslagsfelt med større representasjon av Indre Østland, Sørlandet og Sørvestlandet.

Utvalgte kjennetegn ved kommunene etter institusjonsorientering (institusjonsbeboere som andel av institusjonsbeboere pluss brukere med omfattende bistandsbehov i åpen omsorg) og dekningsgrad (institusjonsbeboere pluss brukere med omfattende bistandsbehov som andel av befolkningen 67 år+)

	Høy dekningsgrad (Gj. 13,1%) Min Max (11,27%–23,6%)	Middels (Gj. 10,4%) Min Max (9,6%–11,26%)	Lav (Gj. 8,5%) Min Max (5,6%–9,5%)
Høy institusjons-orientering (Gj. 72,9%) Min Max (65,5%–86%)	Pst 80 år+: 6,1 Frie inntekter (1000): 59,5 Ressurseeffektivitet*: 0,936 Reinnleggelser**: 1,121 Skåre innbyggertilfredshet kvalitet***: 5,37	Pst 80 år+: 6,1 Frie inntekter (1000): 55,8 Ressurseeffektivitet: 1,036 Reinnleggelser: 1,145 Skåre innbyggertilfredshet kvalitet: 5,33	Pst 80 år+: 4,9 Frie inntekter (1000): 52,5 Ressurseeffektivitet: 1,144 Reinnleggelser: 1,302 Skåre innbyggertilfredshet kvalitet: 5,22
Middels (Gj. 59,9%) Min Max (55%–65%)	Pst 80 år+: 5,8 Frie inntekter (1000): 58,0 Ressurseeffektivitet: 0,906 Reinnleggelser: 1,212 Skåre innbyggertilfredshet kvalitet: 5,11	Pst 80 år+: 5,5 Frie inntekter (1000): 53,4 Ressurseeffektivitet: 1,0 Reinnleggelser: 1,174 Skåre innbyggertilfredshet kvalitet: 5,13	Pst 80 år+: 4,7 Frie inntekter (1000): 49,0 Ressurseeffektivitet: 1,06 Reinnleggelser: 1,380 Skåre innbyggertilfredshet kvalitet: 4,92
Lav (Gj. 44,3%) Min Max (9,2%–54,7%)	Pst 80 år+: 4,9 Frie inntekter (1000): 52,8 Ressurseeffektivitet: 0,944 Reinnleggelser: 1,224 Skåre innbyggertilfredshet kvalitet: 5,13	Pst 80 år+: 5,0 Frie inntekter (1000): 48,8 Ressurseeffektivitet: 0,987 Reinnleggelser: 1,308 Skåre innbyggertilfredshet kvalitet: 5,05	Pst 80 år+: 4,3 Frie inntekter (1000): 48,5 Ressurseeffektivitet: 1,050 Reinnleggelser: 1,426 Skåre innbyggertilfredshet kvalitet: 5,09

* Ressursbruk per bruker med omfattende bistandsbehov/beboer i sykehjem. Skåre under 1 betyr bedre enn landsgjennomsnittet.

** Andel reinnleggelser i sykehus per somatiske pasient 80 år+. Lav skåre indikerer høy kvalitet.

*** Fra innbyggerundersøkelsen. Indeks fra 1 til 7, høy skåre=høy tilfredshet. Se diskusjon av datakvalitet i kapittel 8.

9.2 Hvilke svar har vi funnet?

Vårt kvalitetsmål tar utgangspunkt i at måloppnåelse i helse- og omsorgstjenestene må kombinere mål som sier noe om kvaliteten på selve tjenesten – i betydningen tjenestens evne til at brukeren får best mulig helse og livskvalitet – og tjenestens dekningsgrad. Det holder ikke at tjenesten er god hvis den ikke også er tilgjengelig. Vi har gjennomgått tilgjengelige registerdata på kommunenivå og gjort et utvalg av indikatorer. Disse indikatorene er på langt nær ideelle – men de var de beste vi fant. Gode kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenestene må dekke både subjektiv og objektiv kvalitet. De må altså si noe om hvordan tjenestene oppleves, men de må samtidig favne helsefaglige faktorer. De subjektive indikatorene kan innhentes fra brukere og pårørende, men også

helsearbeidere kan være gode kilder, spesielt når brukeren selv har problemer med å kommunisere. De objektive indikatorene bør ikke være for lette å manipulere av kommunale rapportører, siden det vil gi dårlige data. Dessuten bør man være rimelig sikker på at de er korrekte før man lanserer dem – eventuelt understreke hvor usikre de faktisk er. Hvis ikke risikerer man å styre kommunale helse- og omsorgstjenester i retning av en tjenesteorganisering som slett ikke gir bedre tjenester. Man bør også være oppmerksom på at indikatorene kan medføre en vridning av ressurser som ikke nødvendigvis er ønskelig. Med andre ord: en dårlig indikator kan være verre enn ingen indikator.

I motsetning til tidligere studier av effektivitet i den kommunale pleie- og omsorgssektoren har vi konstruert et mål for effektivitet som tar høyde for forskjeller i brukernes hjelpebehov. Data for brukernes pleiebehov er anvendt til å lage et mål for utgifter per bruker som er relatert til landsgjennomsnittet. Vi tror dette er et bedre mål enn de som tidligere har vært anvendt til dette formålet. Det er imidlertid en utfordring at «brukere med omfattende bistandsbehov» åpenbart er en kategori som favner brukere med svært varierende bistandsbehov.

Vi har også identifisert en rekke forhold som påvirker kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgstjenestene, dette er beskrevet i kapittel sju og åtte, se for øvrig det kapittelvise sammendraget. Vi har utviklet et analytisk grep i form av en typologisering som kombinerer institusjonsorientering og dekningsgrad, som har vist seg produktiv, og som vi tror kan være til nytte for videre analyser. De mønstrene som framkommer gjennom denne typologiseringen er likevel resultat av en nokså brutal kategorisering: det kommunale mangfoldet vi har beskrevet i kapitlene før, har selvsagt ikke forsvunnet. Det innebærer at det er betydelig intern variasjon innen hver av våre ni kommunegrupper, langs mange av de målene vi presenterer.

Vi finner nokså svake bivariate sammenhenger mellom våre mål på effektivitet og kvalitet. Det er en tendens til at høye skårer på kvalitet gir noe dårligere skåre på effektivitet – noe som kan tolkes som at kvalitet koster, men sammenhengene er ikke særlig sterke. Ved hjelp av typologiseringen som kombinerer dekningsgrad og institusjonsorientering, finner vi likevel ganske klare indikasjoner på en sammenheng mellom institusjonsorientering, dekningsgrad, kvalitet, ressurseffektivitet og økonomi: Høy-høy kommunene skårer best på reinleggelse, tilgang til korttidsplasser, tilpassede enerom og dekningsgrad av mindre behov. De skårer også nest best på ressurseffektivitet, kun slått av middels-høy kommunene (middels institusjonsorientert – høy dekningsgrad). De har høyest frie inntekter per innbygger, og de er nest best på å prioritere pleie og omsorg i kommunebudsjettet, igjen kun slått av middels-høy kommunene. Det er med andre ord mye som tyder på at høy grad av institusjonsorientering og høy dekningsgrad går sammen med høy tjenestekvalitet, høy ressurseffektivitet og god kommuneøkonomi.

Vi finner at dekningsgrad og institusjonsorientering er svært sentrale dimensjoner for å beskrive kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, men kan vi egentlig si noe

om hva som er styrende for den kommunale tjenesteinnretningen – og om hva som er best: Institusjon eller åpen omsorg?

Som vi skriver i kapittel sju, er «det kommunale mangfoldet i innretninger av omsorgstjenestene – og enda mer i mangfoldet i ressursbruken – så stor at det er vanskelig å forstå at alle kan befinne seg i det samme lille og ellers nokså homogene landet». Samtidig er det godt kjent at norske kommuner oppviser et stort mangfold i ressurstilgang, kompetanse og i lokale prioriteringer og tradisjoner. Behovene og ønskene i den lokale befolkningen varierer også, og spesielt i små kommuner kan enkelte svært pleietrengende brukere styre mye av ressursinnsatsen.

Til tross for det nokså overveldende inntrykket av mangfold og mange eksempler på ulike tjenesteinnretninger på tvers av nokså likeartede befolkninger, finner vi også klare tendenser til at befolkningsstrukturen har noe å si for tjenesteinnretningen. Kommuner som har mange eldre og høy dødelighet er mer tilbøyelige til å satse på institusjon framfor åpen omsorg. Det kan være et resultat av vurderinger av at sykehjem faktisk er bedre egnet for de mest pleietrengende. Det kan også være et resultat av stordriftsfordeler i sykehjem – mange beboere gir mindre utgifter per plass, og der det er mange eldre, kan det derfor forsvares å bygge flere sykehjem. En motsatt mekanisme kan også gjøre seg gjeldende: i små fraflyttingskommuner er det gjerne en stor andel eldre. Selv om det er et lite antall eldre, kan kommunen vurdere at de må ha minst ett sykehjem. Når man først har investert i sykehjemmet, er det hensiktsmessig å fylle det opp, og dermed framstår kommunen som institusjonsorientert. Men både andel innbyggere og andel døde i løpet av året (begge mål på helsetilstanden i befolkningen) slår sterkt og signifikant ut på grad av institusjonsorientering, også kontrollert for kommune-størrelse. Dette tyder på en selvstendig effekt av behovssituasjonen i befolkningen, på kommunens tilbøyelighet til å satse på institusjonsomsorg.

Høy-høy kommunene i kapittel åtte har også høyere frie inntekter, og de prioriterer helse og omsorg i sine kommunebudsjetter. Det er imidlertid ikke slik at denne sammenhengen er drevet av en sammenheng mellom økonomi og institusjonsorientering. Den er derimot drevet av sammenhengen mellom økonomi og dekningsgrad: Kommuner med høy dekningsgrad har høye frie inntekter og prioriterer helse og omsorg. Dekningsgraden påvirkes derimot negativt av høy andel eldre og høy dødelighet⁷⁴. Dette kan tolkes som en budsjetteffekt – når det er mange trengende, blir det trangere om plassen. Når vi finner at høy-høy kommunene har både høye frie inntekter og stort behov for helse- og omsorgstjenester i befolkningen, er det slik at institusjonsorienteringen ser ut til å være drevet av behovene, mens dekningsgraden er drevet av økonomi. I lav-lav kommunene er det da motsatt: de har lav dekningsgrad som følge av knapp økonomi, og en lav institusjonsorientering som følge av relativt god helse i befolkningen. Høy-lav kommuner (kommuner med høy institusjonsorientering og

⁷⁴ Resultater av random-effekt regresjonsanalyser, ikke vist.

lav dekningsgrad) skulle da kjennetegnes av store behov og svak økonomi, og lav-høy kommunene av små behov og relativt god økonomi. Dette stemmer sånn noenlunde med funnene i tabell 84.

Kan vi da konkludere med at institusjonsomsorg er best – og at dreiningen mot åpen omsorg har vært et feilskjær? Så enkelt er det åpenbart ikke. Vårt hovedmål på resultat kvalitet – reinnleggelser – gir på ingen måte grunnlag for å konkludere så bastant. Det gir imidlertid en nokså god indikasjon på at en kombinasjon av institusjonsomsorg og god tjenstedekning gir bedre sjanser for å unngå reinnleggelser på sykehus. Men for svært mange brukere av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er det ikke reinnleggelser på sykehus som er det sentrale kvalitetsmålet. Det kan være det å få bo hjemme – i seg selv. Det kan være å få gode pleietjenester i hjemmet. Det kan være å få møte den samme omsorgsarbeideren hver dag – eller for noen å slippe å møte den samme omsorgsarbeideren hver dag. Det kan være å føle seg trygg på at noen kommer hvis du trenger det. Eller det kan være en sykehjemsplass der du får spise når du vil – og at maten faktisk er god. Målet om brukertilpasset kommunal pleie og omsorg kan ikke nås uten at befolkningens ønsker om å få bo hjemme så lenge som mulig ivaretas på en god måte, og heller ikke uten at institusjonsbeboernes ønsker får være med på å styre tjenestene. Data om hvordan dette faktisk gjøres, er i liten grad tilgjengelig. Brukerundersøkelser finnes i mange kommuner, men vi vet lite om kvaliteten på dem og om resultatene faktisk får innflytelse på tjenestene. Data fra DIFIs innbyggerundersøkelse viser en svak tilbøyelighet til at innbyggerne er mest tilfredse med tjenestene i høy-høy kommunene. Dette kan imidlertid være en konsekvens av et gjennomgående funn i så godt som alle brukerundersøkelser – at de som faktisk har fått en tjeneste, er mer fornøyd enn de som ikke har fått den. Men foreløpig ser det altså ut til å være en viss motsetning mellom satsing på åpen omsorg (hjemmebaserte tjenester) og kvaliteten på det helsefaglige tilbudet, spesielt til de sykeste.

Casestudiene i dette prosjektet gir klare eksempler på at lokale prioriteringer og ideologi har betydning for innretningen av pleietjenestene, og på at for eksempel en helse- og omsorgssjef med klare oppfatninger kan få stor innvirkning på lokale prioriteringer – dersom vedkommende lykkes med å få politikere og administrasjon med seg. Det er også klart at gjennomsnittlige kostnader per bruker med omfattende omsorgsbehov i åpen omsorg er lavere enn en gjennomsnittlig institusjonsplass. Økonomiske hensyn peker altså i retning av åpen omsorg, mens kvalitetskriteriene strengt tatt er for smale til at det er mulig å konkludere sikkert. En fristende løsning på dette kunne være å anbefale en mellomløsning – litt institusjon, litt åpen omsorg. Det er imidlertid ikke noen løsning, sånn er det jo allerede i alle kommuner. Funnene i dette prosjektet gir ikke grunnlag for å anbefale noen spesiell kombinasjon av institusjonsomsorg versus åpen omsorg. Gitt utviklingen i helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene, er det likevel interessant at funnene på ingen måte gir noen klar støtte til den ideologiske dreiningen i retning av åpen omsorg. Snarere peker funnene i retning av at institusjons-

orientering i kombinasjon med samlet høy dekningsgrad i institusjon og åpen omsorg, henger sammen med god kvalitet i tjenestene. Høy dekning gir også lave kostnader per bruker – men samlet sett er dette en løsning som krever god kommuneøkonomi.

Samtidig er det rimelig å knytte variasjonen i innretning av de kommunale pleie-tjenestene til de store utfordringene med å identifisere og måle hva kvalitet i disse tjenestene egentlig er – og til manglende systematisering av kunnskap om hvordan ulike tjenester kan produseres på en ressurseffektiv måte. Disse problemene henger sammen: Det blir nærmest umulig å gjøre gode studier av ressurseffektivitet uten vesentlig bedre data om tjenestekvalitet enn det som per i dag er tilgjengelig. Kunnskapsgrunnlaget er rett og slett ikke tilstrekkelig til at det er mulig å etablere noen konsensus om hvordan tjenestene bør innrettes.

Referanser

- Agenda Kaupang (2014). *Kartlegging og bruk av objektive kvalitetskriterier i norske kommuner*. FOU-prosjekt nr. 144030. KS.
- Bjurstrøm, K. H. (2015). *Organisering, spiller det noen rolle? En flernivåanalyse av sammenhengen mellom kommunal organisering og innbyggertilfredshet med pleie- og omsorgstjenestene*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo.
- Bogen, H. & Lien, L. (2015). *Fra fravær til nærvær. Handlingsrommet for vellykket sykefraværarbeid i sykehjem*. Fafo-rapport 2015:12
- Borge, L. E. & Pettersen, I. (2012). *Effektivitet i kommunale tjenester: Analyser for 2009 og 2010*. SØF-rapport nr. 03/12.
- Borge, L. E. & Haraldsvik, M. (2005). *Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner*. Senter for økonomisk forskning A/S.
- Borge, L. E. & Haraldsvik, M. (2006). *Effektivitetsforskjeller og effektiviseringspotensial i pleie- og omsorgssektoren*. Senter for økonomisk forskning A/S..
- Brevik I. (2010a). *Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten. Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1988-2007 - all vekst i endret innretning*. NIBR-rapport 2010:1.
- Brevik I. (2010b). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av heimebaserte tjenester 1989-2007*. NIBR prosjektrapport 2009/NIBR-rapport 2010:2.
- Brevik, I. (2011). *Kunnskap om drift av sykehjem – sirkulasjon i og tilgjengelighet til plassene 1996, 2006 og 2010*. Oppdragsnotat for Helse- og omsorgsdepartementet. NIBR.
- Brevik I. (2012). *Kjennetegn ved yngre brukere av heimebaserte tjenester*. NIBR-notat 2012:106.
- Brevik I. (2014). *Herre i eget hus. Muligheter til å etablere seg i egen bolig for unge funksjonshemmede med tjenester*. Brelanta, rapport 2014:1.
- Brevik, I. & Nygård, L. (2011). *Status og utvikling i Oslos eldreomsorg 2001 – 2009. En sammenliknende analyse*. NIBR-notat 2011:13.

- Brevik I. & Nygård L. (2013). *Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene*. NIBR-notat 2013:104.
- Dahler-Larsen, E. (2015). *Prosjekt: Kvalitet i eldreomsorgen. Ældreomsorg i Norden*. Nordens Velfærdscenter.
- Daatland, S. O. & Otnes, B. (2015). Skandinaviske trender i eldreomsorgen. Institusjon eller omsorgsbolig? *Samfunnsspeilet*, 3/2015.
- Daatland, S. O. & Veenstra, M., red. (2012). *Bærekraftig omsorg?* NPVA, rapport nr. 2.
- DIFI (2010). Innbyggerundersøkelsen - Inntrykk av å bo i kommunen og i Norge. DIFI rapport 2010:01. <https://www.difi.no/sites/difino/files/difirapport-2010-01-innbyggerundersokelsen.pdf>
- Fürst, L. & R. Høverstad (2004), *Kvalitetsindikatorer som en del av KOSTRA-rapporteringen*, Kommunal- og regionaldepartementet (2004)
- Gabrielsen, K. mfl. (2010). *Individbasert statistikk for pleie og omsorgstjenestene i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater for arbeidet med IPLOS-data for 2010*. Notat nr. 33. SSB.
- Hagen, I. M. (2010). *Vold og trusler om vold i offentlig sektor II. Mellom kallsetikk og HMS – en intervjuundersøkelse*. Fafo-rapport 2010:37.
- Hagen, T. P., Amayu, K. N., Godager, G. & Øien, H. (2011). *Utvikling i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986 – 2010*. Institutt for helse og samfunn, HERO, Universitetet i Oslo. Skriftserie nr 5.
- Hermansen Å. (2009). *Hjemme eller institusjon. En studie av norske kommuners prioritering mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg*. Masteroppgave i statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G & Vardheim, I. (2011). *Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren*. Telemarksforskning. Rapport nr. 280.
- Holmøy, E. & Kjølvik, J. (2013). Plassering av den norske helsesektoren i tid og rom. I J. Ramm (red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. SSB.
- Huseby, B. M & Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden?* Helsetjenesteforskning, SINTEF.
- Lien, L. & Gjernes, T. (2009). – *Miljøet hos oss er helt konge! Om nærvær og (syke)fravær i kommunale sykehjem og barnehager i Norges fem største byer*. NF-rapport nr. 11/2009. Nordlandsforskning.
- Lien, L. (2015). *Care responsibility and work participation*. Fafo-paper 2015:04.

- Moland, L. E., Lien, L., Nygård, L. & Hofstad, T. (2013). *Læringsnettverk og innovasjon i kommunene*. Fafo-rapport 2013:52.
- Mørk, E. (2015). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. SSB Rapport 2015/42.
- Mørk, E. mfl. (2014). *Pleie- og omsorgstjenestene 2013. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Rapport 2014/33. SSB.
- Nakrem, S. (2011). *Kvalitetsmål for pleie og omsorg i sykehjem – hva er av betydning?* NTNU.
- Otnes, B. (2010). *Hjemmetjenestetilbud på sykehjemsnivå. Beregninger på grunnlag av statistikk om pleie- og omsorgstjenestene 2008 (IPLOS og KOSTRA-data)*. Notat nr. 13. SSB.
- Otterstad, H. K. & Tønseth, H. (2009). Eldreomsorgen i krise? Hva er problemet, hvor er løsningene? *Aldring og livsløp*, 3–4.
- Otterstad, H. K. & Tønseth, H. (2007). Sykehjemsdrift i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet? *Aldring og livsløp*, 1.
- Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. & Nygård, L. (2004). Bemanning og kvalitet i sykehjem. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 22.
- Rolland, A. (2005). *KOSTRA, tjenestekvalitet og kompetansefordeling i supermarkedstaten*. SSB notat 2005:18.
- Schuman, E. (1967). *Evaluation research; Principles and practice in public service and social action programs*. New York: Russel Sage.
- Slagsvold, B. (1995). *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. NGI-rapport 1/95. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. IS-1201.
- Sørheim, K. A. & Paulsen, B. (2012). *Strukturell variasjon i pleie- og omsorgstjenesten. Typologisering av kommuner*. Sintef, Teknologi og samfunn. Helse.
- Tovmo, P. (2015). Effektivitet i kommunale tjenester. Teori og empiri. Presentasjon, NKRFs Fagkonferanse.
- Aasbrenn, K. (2010). *Tjenester som treffer. Betyr brukerorientering og kvalitet noe annet i offentlig sektor?* Universitetsforlaget.

Vedlegg 1 Kommuneoversikt

Kommuner med høy institusjonsorientering og høy dekningsgrad	Kommuner med høy institusjonsorientering og middels dekningsgrad	Kommuner med høy institusjonsorientering og lav dekningsgrad
0301 Oslo kommune	0118 Aremark	0119 Marker
0514 Lom	0415 Løten	0127 Skiptvet
0545 Vang	0427 Elverum	0135 Råde
0618 Hemsedal	0511 Dovre	0213 Ski
0830 Nissedal	0513 Skjåk	0214 Ås
0912 Vegårshei	0515 Vågå	0216 Nesodden
0940 Valle	0522 Gausdal	0217 Oppegård
1111 Sokndal	0621 Sigdal	0221 Aurskog-Holand
1114 Bjerkreim	0632 Rollag	0226 Sørum
1119 Hå	0827 Hjartdal	0234 Gjerdrum
1235 Voss	0911 Gjerstad	0418 Nord-Odal
1251 Vaksdal	1034 Hægebostad	0432 Rendalen
1266 Masfjorden	1103 Stavanger	0434 Engerdal
1417 Vik	1106 Haugesund	0438 Alvdal
1418 Balestrand	1201 Bergen	0512 Lesja
1421 Aurland	1223 Tysnes	0516 Nord-Fron
1422 Lærdal	1233 Ulvik	0519 Sør-Fron
1430 Gaular	1242 Samnanger	0619 Ål
1449 Stryn	1259 Øygarden	0620 Hol
1539 Rauma	1416 Høyanger	0711 Svelvik
1543 Nesset	1419 Leikanger	0728 Lardal
1547 Aukra	1443 Eid	0811 Siljan
1551 Eide	1502 Molde	0906 Arendal
1563 Sunndal	1545 Midsund	0928 Birkenes
1566 Surnadal	1622 Agdenes	0929 Åmli
1567 Rindal	1624 Rissa	1112 Lund
1571 Halså	1638 Orkdal	1124 Sola
1573 Smøla	1644 Holtålen	1142 Rennesøy
1601 Trondheim	1662 Klæbu	1211 Etne
1620 Frøya	1724 Verran	1231 Ullensvang
1632 Roan	1828 Nesna	1244 Austevoll
1640 Røros	1848 Steigen	1245 Sund
1711 Meråker	1852 Tjeldsund	1264 Austrheim
1736 Snåase Snåsa	1867 Bø (Nordl.)	1413 Hyllestad
1738 Lierne	1874 Moskenes	1524 Norddal
1742 Grong	1924 Målselv	1557 Gjemnes
1812 Sømna	1927 Tranøy	1560 Tingvoll
1822 Leirfjord	2002 Vardø	1621 Ørland
1836 Rødøy		1648 Midtre Gauldal
1838 Gildeskål		1657 Skaun
1839 Beiarn		1804 Bodø
1849 Hábmer Hamarøy		1818 Herøy (Nordl.)
1854 Ballangen		1824 Vefsn
1857 Værøy		1825 Grane
1868 Øksnes		2028 Båtsfjord
1917 Ibestad		
1919 Gratangen		
1926 Dyrøy		
1928 Torsken		
2004 Hammerfest		
2019 Nordkapp		
2020 Porsanger Porsángu Porsanki		
2022 Lebesby		
2023 Gamvik		

Kommuner med middels institusjonsorientering og høy dekningsgrad	Kommuner med middels institusjonsorientering og middels dekningsgrad	Kommuner med middels institusjonsorientering og lav dekningsgrad
0239 Hurdal	0122 Trøgstad	0111 Hvaler
0439 Folldal	0124 Askim	0136 Rygge
0534 Gran	0238 Nannestad	0138 Hobøl
0536 Søndre Land	0403 Hamar	0211 Vestby
0538 Nordre Land	0412 Ringsaker	0215 Frogn
0541 Etnedal	0425 Åsnes	0220 Asker
0544 Øystre Slidre	0428 Trysil	0227 Fet
0829 Kviteseid	0429 Åmot	0230 Lørenskog
0833 Tokke	0430 Stor-Elvdal	0231 Skedsmo
0938 Bygland	0441 Os (Hedm.)	0233 Nittedal
1219 Bømlo	0501 Lillehammer	0235 Ullensaker
1222 Fitjar	0540 Sør-Aurdal	0402 Kongsvinger
1260 Radøy	0622 Krødsherad	0419 Sør-Odal
1411 Gulen	0633 Nore og Uvdal	0517 Sel
1429 Fjaler	0805 Porsgrunn	0520 Ringeby
1432 Førde	0826 Tinn	0532 Jevnaker
1438 Bremanger	0828 Seljord	0533 Lunner
1444 Hornindal	0901 Risør	0602 Drammen
1504 Ålesund	0926 Lillesand	0631 Flesberg
1511 Vanylven	1001 Kristiansand	0704 Tønsberg
1514 Sande (M. og R.)	1002 Mandal	0706 Sandefjord
1515 Herøy (M. og R.)	1160 Vindafjord	0713 Sande (Vestf.)
1520 Ørsta	1216 Sveio	0714 Hof
1554 Averøy	1241 Fusa	0722 Nøtterøy
1635 Rennebu	1247 Askøy	0806 Skien
1718 Leksvik	1263 Lindås	0821 Bø (Telem.)
1725 Namdalseid	1401 Flora	1003 Farsund
1743 Høylandet	1505 Kristiansund	1004 Flekkefjord
1749 Flatanger	1534 Haram	1134 Suldal
1811 Bindal	1633 Osen	1424 Årdal
1837 Meløy	1634 Oppdal	1525 Stranda
1913 Skånland	1636 Meldal	1653 Melhus
1929 Berg	1664 Selbu	1663 Malvik
1931 Lenvik	1744 Overhalla	1703 Namsos
1940 Gáivuotna Kåfjord	1751 Nærøy	1717 Frosta
1942 Nordreisa	1827 Dønna	1721 Verdal
2025 Deatnu Tana	1833 Rana	1841 Fauske
2027 Unjárga Nesseby	1851 Lødingen	1850 Divtasvuodna Tysfjord
	1853 Evenes	1866 Hadsel
	1859 Flakstad	1925 Sørreisa
	1860 Vestvågøy	1938 Lyngen
	1922 Bardu	2017 Kvalsund
	1936 Karlsøy	
	1939 Storfjord Omasvuotna Omasvuono	
	1943 Kvænangen	
	2012 Alta	

Kommuner med lav institusjonsorientering og høy dekningsgrad	Kommuner med lav institusjonsorientering og middels dekningsgrad	Kommuner med lav institusjonsorientering og lav dekningsgrad
0128 Rakkestad	0101 Halden	0104 Moss
0137 Våler (Østf.)	0105 Sarpsborg	0125 Eidsberg
0219 Bærum	0106 Fredrikstad	0228 Rælingen
0236 Nes (Ak.)	0123 Spydeberg	0229 Enebakk
0436 Tolga	0237 Eidsvoll	0502 Gjøvik
0437 Tynset	0417 Stange	0529 Vestre Toten
0702 Holmestrand	0420 Eidskog	0612 Hole
0819 Nome	0423 Grue	0617 Gol
0919 Froland	0426 Våler (Hedm.)	0625 Nedre Eiker
1018 Søgne	0521 Øyer	0626 Lier
1021 Marnardal	0528 Østre Toten	0627 Røyken
1026 Åseral	0542 Nord-Aurdal	0628 Hurum
1027 Audnedal	0604 Kongsberg	0709 Larvik
1122 Gjesdal	0605 Ringerike	0720 Stokke
1129 Forsand	0616 Nes (Busk.)	0723 Tjøme
1135 Sauda	0623 Modum	0814 Bamble
1253 Osterøy	0624 Øvre Eiker	0815 Kragerø
1426 Luster	0701 Horten	0817 Drangedal
1431 Jølster	0716 Re	0904 Grimstad
1441 Selje	0719 Andebu	0914 Tvedestrand
1445 Gloppen	0807 Notodden	0937 Evje og Hornnes
1517 Hareid	0822 Sauherad	1017 Songdalen
1519 Volda	0834 Vinje	1029 Lindesnes
1523 Ørskog	1014 Vennesla	1120 Klepp
1528 Sykkylven	1032 Lyngdal	1127 Randaberg
1529 Skodje	1037 Kvinesdal	1141 Finnøy
1535 Vestnes	1046 Sirdal	1149 Karmøy
1548 Fræna	1101 Eigersund	1228 Odda
1630 Åfjord	1102 Sandnes	1243 Os (Hord.)
1750 Vikna	1121 Time	1246 Fjell
1805 Narvik	1130 Strand	1256 Meland
1813 Brønnøy	1146 Tysvær	1420 Sogndal
1826 Hattfjelldal	1221 Stord	1433 Naustdal
1840 Saltdal	1224 Kvinnherad	1516 Ulstein
1865 Vågan	1238 Kvam	1532 Giske
1870 Sortland	1428 Askvoll	1576 Aure
1871 Andøy	1439 Vågsøy	1612 Hemne
1902 Tromsø	1531 Sula	1627 Bjugn
1903 Harstad	1617 Hitra	1714 Stjørdal
1911 Kvæfjord	1702 Steinkjer	1719 Levanger
1933 Balsfjord	1832 Hemnes	1756 Inderøy
1941 Skjervøy	1923 Salangen	1820 Alstahaug
2011 Guovdageaidnu Kautokeino		1834 Lurøy
2021 Kárásjohka Karasjok		2003 Vadsø
2030 Sør-Varanger		

Hjemme, borte eller uavgjort?

Hvordan organiserer norske kommuner sine pleie- og omsorgstjenester – og hvorfor? Er noen måter å organisere tjenestene på mer ressurseffektive enn andre? Hvilke kommuner produserer best kvalitet på tjenestene? Er god kvalitet kjennetegnet ved sykehjems plass til alle som trenger det – eller til å hjelpe alle til å bli boende hjemme så lenge som mulig? Dette er noen av spørsmålene som drøftes i denne rapporten. Problemstillingene belyses ved hjelp av casestudier og registerdata. Ved hjelp av ulike analyseteknikker søker vi etter kommunetypologier – og deretter etter sammenhenger mellom typologier, effektivitet og kvalitet.



Fafo
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2016:06
ISBN 978-82-324-0278-6
ISSN 0801-6143
Bestillingsnr. 20568