



# Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren

Sigbjørn Hjelmbrekke, Knut Løyland, Geir Møller  
og Ingvild Vardheim

TF-rapport nr. 280

2011

# TF-rapport

<b>Tittel:</b>	Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren
<b>TF-rapport nr:</b>	280
<b>Forfatter(e):</b>	Sigbjørn Hjelmbrække, Knut Løyland, Geir Møller og Ingvild Vardheim
<b>År:</b>	2011
<b>Gradering:</b>	Ingen
<b>Antall sider:</b>	272
<b>Framsidedfoto:</b>	iStockphoto
<b>ISBN:</b>	978-82-7401-421-3
<b>ISSN:</b>	1501-9918
<b>Pris:</b>	400,-
	Kan lastes ned gratis fra <a href="http://telemarksforskning.no">telemarksforskning.no</a>

<b>Prosjekt:</b>	Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren
<b>Prosjektnr.:</b>	20100460
<b>Prosjektleder:</b>	Knut Løyland
<b>Oppdragsgiver(e):</b>	KS

## Resymé:

I denne rapporten studerer vi kostnader og kvalitet i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Formålet er å reise noen viktige prinsipielle spørsmål knyttet til omsorgstjenesten, og å undersøke økonomiske og kvalitetsmessige konsekvenser av at kommunene prioriterer ulike typer omsorgstjenester. Følgende problemstillinger vil bli belyst:

- Hvordan ser tjenesteprofilene ut i en typisk norsk kommune og hva påvirker dekningsgraden?
- Hvordan ser kostnadene ut for ulike omsorgstjenester?
- Hvilken betydning har statlige retningslinjer og økonomiske virkemidler for kommunenes prioritering mellom tjenestealternativer?
- I hvilken grad har ulike prioriteringer av tilbudet innen pleie- og omsorgstjenestene betydning for kvaliteten og kostnadene på tjenestene?

Analysene som gjennomføres baserer seg både på kvantitative og kvalitative data. Datagrunnlaget som er benyttet i de kvantitative analysene er i hovedsak hentet fra Kostra, som bl.a. henter sin informasjon fra IPLOS. De kvalitative analysene baserer seg på intervjuer av ansatte i pleie- og omsorgssektoren i seks ulike kommuner.

# Forord

I denne rapporten studerer vi kostnader og kvalitet i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Analysene som gjennomføres baserer seg både på kvantitative og kvalitative data. Rapporten er skrevet på oppdrag for KS (Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) med Anne Gamme og Bjarne Haslund som kontaktpersoner. I tillegg til disse to skylder vi også Ellen Dehli en stor takk for konstruktiv kritikk og mange gode forslag til forbedringer. Oppdragsgiver har i prosjektperioden gjennomført to videokonferanser med rådmannsutvalget i Møre og Romsdal, og vi har også i disse fått en rekke konstruktive forslag til forbedringer. Ansvar for gjenstående feil, mangler og synspunkter hviler imidlertid ikke på noen av disse, men er fullt og helt å regne som Telemarksforskings ansvar.

Noen av analysene som presenteres i denne rapporten er nokså kompliserte. Det er gjør dem også krevende å formidle. Deler av denne rapporten er derfor mer å betrakte som en dokumentasjon av de analyser som er gjennomført, og det har derfor liten hensikt for de fleste å lese disse for de som kun er interessert i resultatene. Det gjelder spesielt kapittel 5, 6 og 7. Disse har imidlertid egne oppsummeringer som sammenfatter resultatene i innledningen av hvert kapittel. Det er ellers gjennomført en egen oppsummering og diskusjon av resultatene i kapittel 9. For de som vil orientere seg om innholdet i rapporten anbefales det at man leser dette kapitlet.

Ellers er det i innledningen til rapporten et eget sammendrag der vi mer summarisk gjennomgår resultatene. Sammendraget innledes for øvrig med noen konkluderende punkter som er gjort på bakgrunn av de analysene vi har gjennomført.

Bø i januar 2011

Knut Løyland

Prosjektleder

# Innhold

<b>Sammendrag .....</b>	<b>11</b>
<b>1. Innledning .....</b>	<b>21</b>
<b>2. Pleie- og omsorgstilbudt.....</b>	<b>25</b>
2.1 Utviklingen av dagens omsorgstilbud .....	25
2.1.1 Desentralisering.....	25
2.1.2 Avinstitusjonalisering og integrering .....	26
2.2 Dagens omsorgstilbud .....	28
2.2.1 Sykehjem.....	29
2.2.2 Aldershjem .....	31
2.2.3 Omsorgsboliger.....	33
2.2.4 Hjemmetjenesten.....	34
2.3 Finansiering av tjenestetilbudet .....	36
2.3.1 Vederlagsordningen for institusjoner.....	36
2.3.2 Langtidsopphold .....	37
2.3.3 Korttidsopphold.....	38
2.3.4 Fradragsrett .....	38
2.4 Brukerbetaling for hjemmetjenester .....	39

2.4.1	Boligfinansieringsordninger.....	40
2.5	Inntekter og utgifter for de ulike kategoriene .....	41
<b>3.</b>	<b>Problemstillinger .....</b>	<b>45</b>
3.1	Tjenesteprofil .....	45
3.2	Påvirker tjenesteprofilen kommunens samlede kostnader?.....	49
3.3	Tjenesteprofil og finansiering .....	50
3.4	Tjenesteprofil og kvalitet.....	52
<b>4.</b>	<b>Datamaterialet.....</b>	<b>55</b>
4.1	Kvantitative data .....	55
4.1.1	Kvantitative data - kostnadsanalyser .....	56
4.1.2	Kvantitative data - brukeranalyser .....	63
4.2	Kvalitative data .....	65
<b>5.</b>	<b>Tjenesteprofil og -omfang .....</b>	<b>67</b>
5.1	Innledning og sammendrag .....	67
5.2	Tjenestetrappa.....	68
5.3	Fordeling av de ulike tjenesteproduktene.....	70
5.4	Tjenesteprofiler .....	72
5.5	Har profilen betydning for tjenesteomfanget? .....	79
<b>6.</b>	<b>Kostnader .....</b>	<b>89</b>
6.1	Innledning og sammendrag .....	89
6.2	Kostnadsfunksjoner med flere produkter.....	92

6.2.1	Kostnader ved å produsere de ulike omsorgsalternativene.....	94
6.2.2	Kostnadsstruktur – stordrifts- og samdriftsfordeler .	95
6.2.3	Betydning av kvalitet for kostnadene.....	99
6.2.4	Betydningen av behov .....	100
6.2.5	Andre forhold av betydning .....	101
6.3	Estimeringsresultater .....	102
6.3.1	Resultater for produksjonsvariable.....	102
6.3.2	Resultater for andre variable .....	105
6.4	Modellberegninger – kostnader, skala- og samdriftsfordeler for kommuner med ulik tjenesteprofil.....	111
6.4.1	Innledning.....	111
6.4.2	Anslag på skala- og samdriftsfordeler.....	113
6.4.3	Anslag på sentrale kostnadsstørrelser .....	118
6.4.4	Langtidsplasser vs heldøgnsbemannede omsorgsboliger – en simulering med tentative resultater basert på bruttokostnader .....	128
<b>7.</b>	<b>Kvalitet.....</b>	<b>131</b>
7.1	Innledning og sammendrag .....	131
7.2	Litt om data og metode .....	134
7.3	Opplevelse av tilgjengelighet til tjenestene .....	135
7.3.1	Tjenesteprodukt og opplevd tilgjengelighet .....	136

7.3.2	Tjenesteprofil og opplevd tilgjengelighet .....	144
7.4	Brukertilfredshet .....	147
7.4.1	Tjenesteprodukt og kvalitet.....	148
7.4.2	Tjenesteprofil og kvalitet.....	153
7.5	Brukertilfredshet – data fra KS .....	155
<b>8.</b>	<b>Kvalitativ undersøkelse av kostnader og kvalitet .....</b>	<b>163</b>
8.1	Innledning.....	163
8.2	Beskrivelse av kommunene.....	164
8.3	Organisering av tjenestetilbudet .....	169
8.3.1	Volda .....	169
8.3.2	Sogndal .....	171
8.3.3	Re .....	172
8.3.4	Åsnes .....	173
8.3.5	Flekkefjord.....	175
8.3.6	Modum.....	177
8.3.7	Forskjeller og likheter mellom kommunene.....	178
8.4	Situasjonen i de ulike tjenestene .....	184
8.4.1	Innledning.....	184
8.4.2	Langtidsplasser.....	185
8.4.3	Hjemmetjenesten.....	187
8.4.4	Korttidsplasser .....	194
8.4.5	Omsorgsboliger med heldøgnsbemanning .....	202



8.5	Forsvarlige tjenester .....	209
8.6	Koordinering av tjenestene .....	215
8.7	Avsluttende spørsmål og svar .....	219
<b>9.</b>	<b>Oppsummering, diskusjon og konklusjoner.....</b>	<b>227</b>
9.1	Innledning .....	227
9.2	Dekningsgrad .....	229
9.3	Kostnader.....	231
9.4	Nærmere om samdrift .....	235
9.5	Kommunenes egenfinansieringsgrad .....	239
9.6	Kvalitet .....	240
9.7	Betydningen av kompetanse .....	242
9.8	Kompenserende strategier .....	243
9.9	Kostnader og kvalitet .....	246
9.10	Problemer med kvantitative data .....	247
9.11	Konklusjoner.....	249
	<b>Referanser .....</b>	<b>253</b>
	<b>Vedlegg I: Kostnadsfunksjonen .....</b>	<b>257</b>
	<b>Vedlegg II: Tabeller kapittel 4.....</b>	<b>261</b>
	<b>Vedlegg III: Tabeller kapittel 6.....</b>	<b>263</b>
	<b>Vedlegg IV: Tabeller kapittel 7 .....</b>	<b>267</b>



# Sammendrag

## Innledning

Dette prosjektet studerer kostnader og kvalitet i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Vi bruker flere ulike metodiske innfallsvinkler, herunder både kvantitative og kvalitative data. Følgende problemstillinger analyseres:

- Hvordan ser tjenesteprofilene ut i en typisk norsk kommune og hva påvirker dekningsgraden?
- Hvordan ser kostnadene ut for ulike omsorgstjenester?
- Hvilken betydning har statlige retningslinjer og økonomiske virkemidler for kommunenes prioritering mellom tjenestealternativer?
- I hvilken grad har ulike prioriteringer av tilbudet innen pleie- og omsorgstjenestene betydning for kvaliteten (brukernes opplevde kvalitet) og kostnadene på tjenestene?

Vi skiller mellom fire tjenestekategorier i omsorgstilbudet for personer over 67 år. (i) Langtidsopphold i institusjon, (ii) Korttidsopphold i institusjon, (iii) Beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger og (iv) Ordinære hjemmetjenester (inkluderer også hjemmetjenester i omsorgsbolig uten heldøgnsbemanning). Ved behov benyttes i tillegg omsorgstjenester rettet mot personer under 67 år som en femte kategori for å skape et komplett bilde av situasjonen i pleie- og omsorgssektoren.

De fire tjenestekategoriene blir videre brukt som grunnlag for å etablere et sett av i alt 11 såkalte tjenesteprofiler. Disse sier noe om hva som er typisk for omsorgstilbudet i kommunen, for eksempel er det fire profiler som er typiske i den forstand at de legger relativ vekt på en av de fire tjenestekategoriene, mens andre er typiske i den forstand at de legger relativ vekt på kombinasjoner av to tjenestekategorier, for eksempel langtidsopphold kombinert med hjemmetjenester. Før vi oppsummerer hovedfunn presenterer vi konklusjonene fra de gjennomførte analysene.

## Konklusjoner

- Det er store variasjoner i hvordan kommunene setter sammen tjenestetilbudet, men de aller fleste kommunene har en profil som kjennetegnes av å ha satset mye på hjemmetjenester.
- Analyser av sammenhengen mellom tjenesteprofilen og dekningsgrad viser at kommuner som har mye hjemmetjenester også har et stort tjenesteomfang.
- Jo flere mottakere av omsorgstjenester under 67 år, desto lavere dekningsgrad har kommunen for personer over 67 år. Dette kan tyde på at satsingen på yngre brukere fortrenger eldre brukere.
- Kommunens frie inntekter har en klar og sterk positiv effekt på tjenesteomfanget og er den enkeltfaktoren som har størst betydning for forskjellene i dekningsgrad mellom kommuner.
- Jo mer kommunen selv må bekoste av pleie- og omsorgstjenestene, desto lavere dekningsgrad.

- Vi finner store ikke-utnyttede stordriftsfordeler for alle de fire eldreomsorgstjenestene. Med det menes at man kan senke kostnadene per enhet omsorgsplass ved å øke omfanget av hver enkelt mens en holder hver av de resterende tre konstant.
- Samdriftsulempen og produktspesifikke stordriftsfordeler innebærer at økt spesialisering av pleie- og omsorgstilbudet er kostnadmessig gunstig.
- Flytter alle personer i gjennomsnittskommunen som mottar tjenester i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning til langtidsopphold i institusjon, og vise versa, finner vi at kostnadsfordelen er klart størst ved overflytting fra langtidsopphold til heldøgnsbemannede omsorgsboliger.
- Korttidsopphold i institusjon kan, dersom det organiseres på en god måte, bidra til å avlaste og ”smøre” pleie- og omsorgssektoren. God kapasitet på korttidsopphold vil kunne gi gunstige kostnadmessige effekter ved at kommunene dermed redusere omfanget av institusjonsplasser og erstatte det med flere hjemmebaserte tjenester. Høy kommunal egenfinansieringsgrad og dyre plasser svekker imidlertid kommunenes incentiver til å bygge ut kapasiteten.
- De kvantitative analysene av brukertilfredshet viser at tjenesteprofilen betyr forholdsvis lite for brukertilfredsheten, mens dekningsgrad og korrigerede frie inntekter har stor betydning.
- Antall liggedøgn på sykehuset og sykefravær i pleie- og omsorgssektoren har negativ effekt på brukertilfredsheten. Det er

rimelig å anta at begge disse faktorene sier noe om kvaliteten og kapasiteten i den kommunale pleie- og omsorgssektoren.

- Kompetanse målt ved hhv. andel årsverk med fagutdanning i brukerrettede tjenester, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet og andelen fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer av alle årsverk, ser ut til å ha en positiv effekt på kostnader, produksjon og kvalitet.
- Analysen av brukerundersøkelsene viser at det er små forskjeller i brukertilfredshet mellom kommuner med ulik profil. Tendensen går imidlertid i retning av at jo mer vektlegging av tjenester høyere oppe i tjenestetrappa, desto mer fornøyd er innbyggerne og brukerne.
- Til tross for at case-kommunene har ulik tjenesteprofil, synes forskjellene i kapasitet og kvalitet mellom tjenestenivåene innenfor hver kommune å være større enn forskjellene mellom kommunene.
- Det er spesielt innen de heldøgnsbemannede omsorgsboligene at man opplever størst kapasitetsproblemer og størst gap mellom pleieinnsats og pleiebehov.
- Forklaringen på at forskjellene mellom kommunene ikke er større, skyldes at tjenestenivåer nede i tjenestetrappa kompensere for knapphet på plasser høyere opp.
- Demografiske forhold kan også forklare forskjeller i tjenesteprofil. Det betyr at kommuner med liten andel eldre, enslige eldre og sentralisert bosetting har bedre muligheter for å satse på hjemmetjenester enn kommuner med en eldre befolkning, flere enslige og mer spredt bosetting.

- På enkelte punkter er det behov for å forbedre datagrunnlaget som er benyttet i de kvantitative analysene.

## Tjenesteprofiler og dekningsgrad

Analysen av tjenesteprofiler viser at det er store variasjoner i hvordan kommunene setter sammen tjenestetilbudet. De aller fleste kommunene har en profil som kjennetegnes av å satse mye på hjemmetjenester. Videre ser vi at en god del kommuner også satser spesielt på heldøgnsbemannede omsorgsboliger eller langtidsplasser, men der flest har lagt vekt på sistnevnte. Mange kommuner har også kombinert ulike tjenestetilbud. Bl.a. er det en del som har satset relativt mye på korttidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger.

Analyser av sammenhengen mellom tjenesteprofilen og dekningsgrad viser at kommuner som har mye hjemmetjenester også har et stort tjenesteomfang. Det betyr at jo mer kommunen satser på institusjonstjenester, desto færre vil motta tjenester i kommunene. Dette gjelder både korttidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger, men effekten er svakere for langtidsopphold. Vi finner også at jo flere mottakere av omsorgstjenester under 67 år desto mer fortrenses omfanget av eldretjenestene.

Kommunens frie inntekter har en klar og sterk positiv effekt på tjenesteomfanget og synes å være den enkeltfaktoren som har størst betydning for forskjellene i dekningsgrad mellom kommuner.

Netto driftsutgifter per omsorgsplass – dvs. den kostnaden kommunen står overfor når tjenestene tilbys – har en klar negativ effekt på dekningsgraden. Det betyr at jo mer kommunen selv må bekoste, utenom

brugerbetaling/vederlag og eventuelle statlige tilskudd, desto færre mottar også tjenester. Som i tradisjonelle etterspørselsanalyser, finner vi altså både en positiv inntektseffekt og en negativ priseffekt. Dette tyder på at kommunenes økonomiske situasjon har stor betydning for hvor godt pleie- og omsorgstjenestene er utbygd. Vi finner også at vederlaget som betales av brukerne for institusjonsplasser, påvirker tjenesteomfanget negativt, dvs. at jo mer innbyggerne må betale i vederlag, desto mindre omfattende er tjenestene. Dette viser at både kommunen og personene det skal ytes omsorg for står overfor en kostnad/pris, og effekten av en økning i disse prisene er som forventet negativ på etterspørselen og dermed dekningsgraden.

## Kostnadsstruktur

Vi finner store ikke-utnyttede stordriftsfordeler for alle de fire eldreomsorgstjenestene eller det som kalles produktspesifikke stordriftsfordeler. Med det menes at man kan senke kostnadene per enhet omsorgsplass ved å øke omfanget av hver enkelt mens en holder hver av de resterende tre konstant. Å holde de øvrige kategoriene konstant er viktig fordi resultatene peker i retning av negative samdriftsfordeler, dvs. at det kostnadmessig lønner seg å produsere tjenestene i separate enheter (kommuner) i stedet for i samme enhet. Når man øker produksjonen i den største av de fire produktkategoriene, øker den relative spesialiseringen. Dette er gunstig fra et kostnadmessig synspunkt når det er samdriftsulemper. Våre resultater tyder altså på at økt spesialisering av pleie- og omsorgstilbudet, altså at omsorgstilbudet samles på færre tjenestekategorier, bidrar til lavere kostnader.



Tar vi utgangspunkt i gjennomsnittskommunen og flytter alle personer som mottar tjenester i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning til langtidsopphold i institusjon, og vise versa, finner vi at kostnadsfordelen er klart størst ved overflytting fra langtidsopphold til heldøgnsbemannede omsorgsboliger.

Det er også en viktig forskjell mellom brutto- og nettokostnader i disse analysene. Bruttokostnader gjenspeiler den samfunnsøkonomiske kostnaden ved tjenestene, mens nettokostnader gjenspeiler den kostnaden kommunen står overfor (kommunens egenfinansieringsgrad). Våre beregninger tyder på at langtidsopphold har lavest egenfinansieringsgrad, ca 80 %, mens korttidsopphold har høyest, ca 95 %. Hjemmetjenester og heldøgnsbemannede omsorgsboliger har en nokså lik egenfinansieringsgrad på rundt 85 %.

## Kvalitet og brukertilfredshet

De kvantitative analysene av brukertilfredshet viser at tjenesteprofilen betyr forholdsvis lite for brukertilfredsheten. Vi finner likevel tendenser til at brukere i kommuner som prioriterer omsorgsboliger og langtidsplasser, er mest tilfreds med tjenestene. Analysene viser også at andre faktorer har betydning for brukertilfredsheten. Spesielt gjelder det dekningsgraden. Jo bedre dekningsgrad, desto mer fornøyd er både innbyggerne totalt sett og brukerne. Det er også slik at kommunens korrigerte frie inntekter i seg selv virker positivt på brukertilfredsheten. Også her finner vi altså at ulikheter mellom kommuner kan spores tilbake til ulikheter i inntekt. Av faktorer som har negativ effekt på brukertilfredshet er bl.a. antall liggedøgn på sykehuset og sykefravær i

pleie- og omsorgssektoren. Det er rimelig å anta at begge disse faktorene sier noe om kvaliteten og kapasiteten i den kommunale pleie- og omsorgssektoren.

Kompetanse målt ved hhv. andel årsverk med fagutdanning i brukerrettede tjenester, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet og andelen fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer av alle årsverk, ser ut til å ha en gunstig effekt på kostnader, produksjon og kvalitet. I kostnadsanalysene er effekten tydelig fordi alle de tre påvirker kostnadene negativt – altså at kostnadene blir lavere, alt annet like, når andelen fagutdannede årsverk øker. Dette betyr rett og slett at fagutdannede årsverk er mer produktive enn ikke faglærte. Den samme tendensen finner vi også i dekningsgradanalysene, men her er ikke effektene like statistisk utsagnskraftige.

## Kompenserende strategier

Den kvalitative undersøkelsen viser at tjenesteprofilen har lite å si for kapasiteten og kvaliteten på tjenestene i de seks case-kommunene. Uavhengig av hvilken tjenesteprofil kommunene har, så oppleves det å være behov for mer langtidsplasser. Slik sett kan vi si at tjenesteprofilen har en viss betydning i den forstand at få sykehjemsplasser, skaper et økt press på de tjenestene som ligger lengre nede i tjenestetrappa. Samtidig kan vi si at de ulike tjenestenivåene har såkalte kompenserende strategier som gjør at man likevel er i stand til å gi et forsvarlig tjenestetilbud. To kommuner har for eksempel ingen langtidsplasser. Det ser imidlertid ikke ut til at kapasiteten og kvaliteten på tjenestene av den grunn er vesentlig annerledes enn i de øvrige fire kommunene.

Den tjenesten det oppleves å være mest knapphet på er institusjonsplassene. Konsekvensen av knappheten, spesielt på langtidsplasser, er at andre tjenester må kompensere ved å gi mer omfattende tjenester. Dette ser vi bl.a. i hjemmetjenesten der de kan strekke seg langt for å dekke tjenestebehovet til tungt pleietrengende personer. Det går likevel en grense for hvor langt man kan strekke hjemmetjenesten. Det gjelder demens, spesielt blant enslige. Det er dessuten begrenset hva hjemmetjenesten kan bidra med når de hjemmeboende opplever frykt og ensomhet.

Mangel på langtidsplasser kompenseres også i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene. Det viser seg ved at mer pleietrengende eldre sluses inn i omsorgsboligene som i utgangspunktet var bemannet for personer som skulle vært mer selvhjulpne. Konsekvensen av dette er at det oppstår gap mellom ressursinnsatsen og pleiebehovet. Det kan også se ut som at omsorgsboligene har et mindre handlingsrom for kompenserende strategier enn det hjemmetjenesten har.

## Avslutning

Datagrunnlaget som er benyttet i de kvantitative analysene, er i hovedsak hentet fra Kostra, som bl.a. henter sin informasjon fra IPLOS. Datakildene så i utgangspunktet svært lovende ut, men vi har oppdaget en del svakheter ved dem som vi antar med relativt enkle grep kan gjøre dem enda bedre egnet som grunnlag for flere studier av den typen vi her presenterer.



# 1. Innledning

Kommunene i Norge har ansvar for å tilby pleie- og omsorgstjenester til den eldre befolkningen. I årene som kommer vil kommunene stilles overfor store utfordringer i denne sektoren for å kunne møte den tiltakende etterspørselen fra et stadig større antall eldre mennesker. Fødselskullene i Norge etter krigen var store, og det er disse som med raske skritt nå er i ferd med å nærme seg pensjonsalder. Samtidig vil det bli færre i yrkesaktiv alder til å yte omsorg for det økende antall eldre. Utfordringen i pleie- og omsorgssektoren kan knyttes til både kapasiteten, finansieringen, og også kvaliteten på tjenestene som kommunene tilbyr. Formålet med denne rapporten er å reise noen viktige prinsipielle spørsmål knyttet til omsorgstjenesten, og å undersøke økonomiske og kvalitetsmessige konsekvenser av at kommunene prioriterer ulike typer omsorgstjenester.

I følge Stortingsmelding 25 (2005-2006) vil tallet på eldre over 80 år fordobles de neste 35 årene. Samtidig ser vi at den største økningen av tjenestemottakere de siste tiår har kommet blant personer under 67 år. Morgendagens brukere av omsorgstjenestene vil derfor være en svært sammensatt gruppe, som sannsynligvis har andre forventninger til tjenestene som tilbys. I Stortingsmeldingen legges det vekt på at de eldre både vil ha høyere utdanning, være mer ressurssterke, ha bedre helse og i større grad være vant til å kunne bestemme over sin egen tilværelse: ”Morgendagens eldre vil ikke nødvendigvis kreve mer hjelp og service, men bestrebe seg for å ta ansvar for egen helse og egne omsorgsbehov. Når hjelpebehovet først melder seg, vil de trolig ønske en omsorg som gir rom for å realisere mer individualistiske verdier, med større for-

ventninger om å være med å påvirke tjenesteutformingen.” (Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006):10). Dette antyder at større valgfrihet, individuelle tilpasninger og generelt sterkere brukerinnflytelse vil være viktige kvalitetsindikatorer i organiseringen av fremtidens omsorgstjenester. Brukerne vil også ha andre behov og problemer enn dagens eldre, noe som vil stille større krav til kompetanseutvikling i kommunene. Dette er kanskje særlig knyttet til utvikling av antall demente: I følge Stortingsmelding 25 (2005-2006) vil antall personer med demens i Norge dobles til om lag 130.000 innen en periode på 30-40 år. Demenssykdommene stiller helsepersonell og tjenesteapparatet overfor store utfordringer, både med å planlegge og å tilrettelegge et faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tjenestetilbud.

Prognosene viser at den sterkeste tilveksten i antall eldre vil skje først fra rundt 2020, og politikere på riksnivå og i kommunene har utnyttet den relativt stabile perioden vi nå er inne i til utbygging og planlegging av tjenestetilbudet. Handlingsplan for eldreomsorgen (1997-2001) resulterte i en kraftig opprustning av eldreomsorgen og førte til en betydelig vekst i kapasiteten både når det gjaldt personell, sykehjemsplasser og omsorgsboliger (Stortingsmelding nr. 31 (2001-2002)).<sup>1</sup> I statsbudsjettet for 2008 ble Omsorgsplan 2015 konkretisert gjennom et vedtak om å gi investeringstilskudd til bygging av 12000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2008 til 2015. (Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006)). Kommunene har hatt relativt frie tøyler til å utforme de lokale omsorgstjenestene, og det er i dag stor variasjon mellom kommunene i hvordan de har organisert sine tjenester. I følge Huseby og

---

<sup>1</sup> Se også kapittel 2

Paulsen (2009) har noen kommuner svært lav dekning av institusjonsplasser, men kompenserer for dette gjennom et bedre tilbud av omsorgsboliger og hjemmetjenester.

I dette prosjektet har vi sett nærmere på nettopp kommunenes prioriteringer mellom ordinære hjemmetjenester, heldøgnsbemannede omsorgsboliger og sykehjem, herunder også korttidsplasser. Hovedformålet har vært å undersøke hvorvidt prioriteringer av de ulike tjenestene har kvalitetsmessige og kostnadsmessige konsekvenser. Et spørsmål vi stiller er bl.a. om det er dyrere pleie- og omsorgstjenester der man har prioritert sykehjems plasser sammenlignet kommuner som har mer hjemmetjenester og omsorgsboliger. Et annet spørsmål er om kommunenes prioriteringer av tjenestene har betydning for brukernes opplevelse av kvaliteten. Eller er det andre ting som betyr mer for kvaliteten enn hvordan kommunen prioriterer mellom tjenestene?

Rapporten er delt inn i ni kapitler. I kapittel 2 har vi gjennomgått utviklingen av omsorgstilbud i Norge og sett nærmere på hvordan dagens omsorgstjenester defineres, og hvilke finansieringsordninger som ligger bak tjenestene. I kapittel 3 går vi nærmere inn på de aktuelle problemstillingene i dette prosjektet, mens vi i kapittel 4 presenterer det kvantitative datamaterialet som ligger til grunn for analysene. I kapittel 5 presenteres ”tjenestetrappa” og vi viser hvordan kommunene kan kategoriseres etter hvilke typer omsorgstjenester de prioriterer. Her vil vi også belyse hvordan kommunenes tjenesteprofil påvirker omfanget av tjenestene som tilbys, altså hvor mange innbyggere (over 67 år) som mottar pleie- og omsorgstjenester. I kapittel 6 analyseres kostnadene i pleie- og omsorgssektoren med fokus på hvorvidt en dreining i tjenestetilbudet kan bidra til å redusere kostnadene, og om noen kombinasjo-

ner av ulike tjenester er mer kostnadseffektive enn andre. Kapittel 7 er en todelt kvantitativ analyse der vi ser på sammenhenger mellom tjenesteprofil og innbyggernes/brukernes oppfatninger av tilgjengeligheten og kvaliteten på omsorgstjenestene. Kapittel 8 er en kvalitativ caseundersøkelse der vi sammenligner seks norske kommuner med forskjellige tjenesteprofiler, og der hovedformålet er å avdekke hvorvidt enkelte tjenesteprofiler i større grad enn andre klarer å ivareta brukernes tjenestebehov. I kapittel 9 sammenfattes og diskuteres de ulike analysene som er gjennomført.



## 2. Pleie- og omsorgstilbudet

Norges omfattende omsorgstilbud for eldre pleietrengende er et resultat av en rekke reformer og lovendringer fra 1960- tallet og frem til i dag. Gjennom blant annet kommunehelsetjenesteloven og sykehjemsreformen på 1980- og -90-tallet har omsorgstjenestene utviklet seg i omfang og bredde, og utgjør i dag en tredjedel av kommunenes virksomhet. I 2008 mottok over 260 000 personer hjemmetjenester, institusjonstilbud og andre omsorgstjenester.

Tjenestetilbudet for eldre er sammensatt og tilpasset hver enkelt kommunes behov og ønsker. I dette kapitlet vil vi imidlertid presentere de viktigste kategoriene av tjenester som tilbys i og utenfor institusjon. For å kunne sette disse tjenestene inn i en større sammenheng, vil vi helt først gjennomgå utviklingen av omsorgstilbudet i korte trekk.

### 2.1 Utviklingen av dagens omsorgstilbud

---

I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) påpekes det at utviklingen av omsorgstilbudet i Norge kan nedfelles i tre viktige trekk som har bidratt til å gi disse tjenestene retning: *desentralisering, avinstitusjonalisering og integrering*.

#### 2.1.1 Desentralisering

I 1964 tok det offentlige gjennom lov om sosial omsorg et hovedansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrengende, noe som innebar at famili-

en ikke lenger hadde et juridisk omsorgsansvar for sine eldre slektinger. Sammen med Folketrygdloven av 1967 og sykehusloven av 1970 la denne loven grunnlaget for en omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren i Norge. Målt i årsverk ble omsorgstjenestene fordoblet fra 1970 til 1980, og antallet personer som mottok hjemmetjenester, og som oppholdt seg i aldersinstitusjoner, økte kraftig i samme periode. Sykehusloven ga fylkeskommunene ansvar for å bygge ut og drive sykehjemmene, mens kommunene hadde ansvar for aldershjemmene gjennom forankring i lov om sosial omsorg. Denne ansvarsfordelingen besto frem til 1990-årene, da kommunehelsetjenesteloven, sykehjemsreformen og loven om psykisk utviklingshemmede ga kommunene et større ansvar for å yte omsorg og utvikle et mer helhetlig tjenestetilbud til brukerne.

I 1988 overtok kommunene ansvaret for sykehjemmene, noe som ga større lokal handlefrihet og mulighet til å se de ulike tjenestetilbudene for eldre i sammenheng. Samtidig bidro et nytt system for fordeling av statlige rammetilskudd til mer stabile og forutsigbare inntekstrammer for kommunene, og vi fikk også en forenkling av regelverk og administrative rutiner. Som et resultat av reorganiseringen ble den kommunale omsorgstjenesten mer enn fordoblet i omfang, og et betydelig større antall brukere stilte helt andre krav til faglig kompetanse i kommunene.

### **2.1.2 Avinstitusjonalisering og integrering**

Som følge av større ansvar og friere spillerom i utformingen av de lokale omsorgstjenestene, valgte mange kommuner i 1990-årene å begrense utbyggingen av institusjonsplasser og i stedet satse på alternative og

”rimeligere” løsninger. Ulike botilbud betjent av hjemmesykepleie og hjemmehjelp ga flere eldre med pleiebehov innpass i det offentlige omsorgstilbudet, og kommunene fikk større fleksibilitet til å tilpasse bemanningen etter varierende pleiebehov. Tanken var at det skulle gi større livskvalitet å motta hjemmetjenester i egen bolig eller i tilrette-lagte boliger.

Fra midten av 1990-tallet ble eldreomsorgen i Norge gjenstand for stor politisk oppmerksomhet, da det ble tydelig at kommunene ikke ville være i stand til å møte den forventede veksten i antall eldre pleietrengende. Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen (1998-2001) ble det tatt i bruk ekstraordinære statlige virkemidler for å ruste opp pleie- og omsorgstjenesten, med særlig fokus på utbygging av kapasiteten både når det gjaldt personell og bygninger.<sup>2</sup> Husbanken ga kommunene mulighet til å søke oppstartingsstilskudd til bygging av sykehjem og botilbud for heldøgns omsorg og pleie, en ordning som fortsatte frem til 2003.<sup>3</sup> Kommunene sto fritt til å utforme tilbudet tilpasset lokale behov og ønsker, og selv velge organisatoriske løsninger og modeller. Mens noen kommuner valgte å satse på tradisjonelle sykehjem, valgte andre å fokusere på ulike former for omsorgsboliger og hjemmetjenester. Et fellestrekk synes imidlertid å være at aldershjem ble lagt ned og erstattet med nye omsorgsboliger i bo- og servicesentra eller sykehjemsplasser.

---

<sup>2</sup> Handlingsplanen ble lagt fram i St.meld.nr. 50 (1996–97) og satt i verk 1. januar 1998.

<sup>3</sup> ”Det er benyttet et engangstilskudd (oppstartingsstilskudd) og et tilskudd til å dekke utgifter til renter og avdrag for lån (kompensasjonstilskudd). Til sammen får kommunene dekket byggekostnader opp til kr 830 000 for sykehjemsplasser og kr 740 000 for omsorgsboliger” (St.meld nr. 31, 2001-2002, s.42)

I løpet av perioden 1998 til 2001 ble pleie- og omsorgstjenesten tilført mer enn 12.000 nye årsverk, og nesten 20.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger ble bygd og utbedret. I 2004 hadde Husbanken i alt godkjent 38 608 boenheter, 208 flere enn planens totale måltall (Husbanken 2004). Som følge av handlingsplanen er halvparten av sykehjemmene i Norge fullmodernisert eller nybygget, og 95 prosent av rommene er enerom. I ettertid er det tydelig at handlingsplanen ikke bare representerte et krafttak når det gjaldt opprustningen av eldreomsorgen i Norge. I følge Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) bidro planen også til å styrke et viktig utviklingstrekk ved eldreomsorgen i Norge, nemlig at skillet mellom syke- og aldershjem og omsorgsboliger med hjemmetjenester ble mer og mer utydelig, og ulike fagtradisjoner i den kommunale helse- og sosialtjenesten smeltet mer og mer sammen.

## 2.2 Dagens omsorgstilbud

---

I hovedsak består dagens omsorgstjenester av sykehjem og aldershjem, omsorgsboliger med og uten heldøgnsbemanning, samt hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Av disse regnes sykehjem og aldershjem som institusjonsbaserte tjenester, mens omsorgsboliger og hjemmetjenester defineres som hjemmebaserte tjenester.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Skillet mellom boformene – i og utenfor institusjon – er at boformer som ovenfor omfattes av begrepet ”i institusjon” er lovregulerte i motsetning til boformer som er å anse som ”utenfor institusjon”. Boformer, som anses som ”utenfor institusjon” er ikke lovregulerte. Beboernes rettsstilling er således den samme som om vedkommende bor i eget hjem (NOU 1997:41).

## 2.2.1 Sykehjem

Kommunehelsetjenesteloven (§ 1–3) slår fast at alle kommuner har ansvar for å tilby tjenesten sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.<sup>5</sup> I følge forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (§2–1) skal disse boformene være innrettet mot ”medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet, avlastning, permanent opphold, spesielt tilrettelagt opphold for funksjonshemmede, skjermet enhet for senil demente, selvstendig enhet for barn og unge, dagopp- hold, nattopp- hold og terminalpleie” (NOU 1997:17). Det er opp til den enkelte kommune å avgjøre om man vil satse på tradisjonelle sykehjem eller andre botilbud, noe som innebærer at sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie kan være en liten bolig, bestå av en eller flere enheter og ha få eller stort antall pasienter. Felles for de ulike tilbudene er at de alle har som sitt primære formål å gi helserettet heldøgns omsorg og pleie. Den såkalte sykehjemsforskriften gir kommunene retningslinjer i forhold til utstyrs-, personell- og bygningsmessige krav til boformene hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Boformen skal ha en leder som skal ha det administrative ansvaret, en lege som skal ha det medisinske ansvaret og en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien.

I følge Norsk Institutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA, 1996) kan sykehjemspasientene deles inn i fire ulike kategorier. Disse er per-

---

<sup>5</sup> Da kommunene fikk overført ansvaret for sykehjemmene, ble formuleringen ”boform med heldøgns omsorg og pleie” tilføyd for å fastslå kommunenes adgang til å dekke behovet for denne tjenesten ved sykehjemslignende tilbud (NOU 1997:17).

soner med alvorlig mental svikt, fysisk skrøpelige gamle som ikke lenger kan klare seg med hjemmebasert omsorg, personer med rehabiliteringsbehov og personer som trenger korttids- og avlastningsopphold. Et korttidsopphold kan defineres som et opphold hvor det foreligger avtale/vedtak om utskrivning. Korttidsopphold er dermed først og fremst rettet mot hjemmeboende, men oppholdene kan også inndeles etter ulike formål. Dette kan være medisinsk observasjon, utredning og behandling, medisinsk rehabilitering eller avlastning av pårørende med tunge pleieoppgaver. I følge Stortingsmelding 25 (2005-2006) understreker regjeringen betydningen av et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser. Dette er viktig for å sikre god flyt og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, for å opprettholde innsatsen fra pårørende, og for å sikre at hjemmetjenesten fungerer godt. På grunn av økt gjennomsnittsalder i forhold til levealder på sykehjemsbeboere, vil den gjennomsnittlige liggetid reduseres og flere kan dermed få tilbud om sykehjemsplass. En stor andel korttidsplasser kan også bidra til at flere kan få tilbud om opptrenings- og avlastningsopphold, og således opprettholde et høyere funksjonsnivå og klare seg lengre hjemme (NOU 1997:17). Undersøkelser viser imidlertid at kommunene bare bruker en liten del av kapasiteten til korttidsopphold (10 %). I følge Stortingsmelding 25 (2005-2006) er det ønskelig at ca. 15 % av plassene i sykehjemmene benyttes til korttidsopphold. Men en slik endring innebærer også at kommunene taper vederlagsinntekter fra langtidsopphold og vil derfor framstå som dyr for kommunene siden maksimalgebyrer for korttidsopphold er langt lavere enn hva de kan hente inn i vederlagsinntekter for et langtidsopphold.

Tabell 2-1. Utviklingen av befolkning over 80 år og sykehjemsdekning, 1997-2010.

	1997	2001	2005	2007	2010
<b>Befolkning 80 +</b>	184400	201500	215876	218594	220022
<b>Sykehjemsplasser</b>	34300	39950	38268	38791	39157
<b>Sykehjemsdekning per 100 innb. 80+</b>	18,6	19,8	17,7	17,7	17,8

(Kilde: SSB)

Siden 1997 har veksten i antall innbyggere over 80 år vært sterkere enn veksten i antall sykehjemsplasser i Norge. Sykehjemsdekningen har altså blitt noe redusert til tross for utbyggingen i handlingsplanperioden, jf. Tabell 2-1. Dette må imidlertid sees i sammenheng med at de aller fleste kommuner i dag har et fleksibelt bo- og tjenestetilbud på heldøgnsbasis, der ulike former for omsorgsboliger supplerer sykehjemets rolle som boform. Stadig flere tungt hjelpetrequende brukere mottar tjenester utenfor institusjon, og terskelen for å få langtidsplass på sykehjem er relativt høy i de fleste kommuner.

### 2.2.2 Aldershjem

Hjemlet i sosialtjenesteloven (§4–2d) har kommunens sosialtjeneste ansvar for å tilby plass i ”institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker”. Bestemmelsene gjelder botilbud som omfatter både bolig og omsorgstjenester, og der omsorgstjenestene skal være tilgjengelig hele døgnet. Loven har som ett av sine to hovedformål (§ 1-1b) å ”bidra til at den enkelte får mulighet til å

leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.”

Aldershjem er ikke spesielt nevnt eller definert i lov om sosiale tjenester, men i forskrift til loven, § 7-2a nevnes aldershjem som en type bolig med heldøgns omsorgstjenester som kommer inn under loven.<sup>6</sup> Aldershjemmene har, i motsetning til sykehjemmene, ingen klart definerte oppgaver og heller ikke spesifiserte krav til personell, utstyr eller bygningsmessig utforming. Beboerne kan i prinsippet motta tjenester fra primærhelsetjenesten på samme måte som beboere i private hjem, men kommunene har tilsvarende finansieringsansvar for helsetjenester som i sykehjem.

I samsvar med ”boliggjøringen” av eldreomsorgen på nittitallet ble det besluttet at man ikke ønsker å videreutvikle aldershjem som et tilbud i eldreomsorgen i Norge. I Rundskriv I-1/93 om Lov om sosiale tjenester m.v. er det i merknadene til kap. 7 om boliger med heldøgns omsorgstjenester uttalt: ”Eldreomsorgen er inne i en utvikling der det legges vekt på den enkeltes mulighet til å leve selvstendig innenfor trygge ordninger med tjenester i eget hjem etter behov. Tilvekst av nye aldershjem bør derfor unngås. Snarere vil det kunne være behov for å foreta omlegging fra aldershjem til servicebolig e.l.” (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Det ytes ikke statlig tilskudd til bygging eller drift av aldershjem, og etter handlingsplanperioden har de fleste aldershjemmene blitt

---

<sup>6</sup> Andre boliger som kommunene har ansvar for og som reguleres av loven, er bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, samt privat forpleining. I tvilstilfeller avgjør fylkesmannen hva som skal regnes som bolig med heldøgns omsorgstjenester etter lovens kapittel 7. (forskriften § 7-3).



lagt ned og erstattet med sykehjemsplasser eller omsorgsboliger. Mens det i 1997 var 9 100 aldershjemsplasser i Norge, var tallet i 2009 sunket til 1796 (Kilde: SSB)

### 2.2.3 Omsorgsboliger

I Velferdsmeldingen (Stortingsmelding nr. 35, 1994-95) omtales omsorgsbolig som ”en mellomløsning mellom brukerens egen opprinnelige bolig og en institusjonsplass. Disse boligene skal brukes av eldre eller andre med pleie- og omsorgsbehov. De eies eller disponeres av kommunene eller de kan organiseres som borettslag eller sameie med brukerne selv som eiere”. I motsetning til institusjoner og boliger hjemlet i hhv. kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, er ikke omsorgsboliger lovregulerte boformer. Beboernes rettsstilling er dermed den samme som om vedkommende bor i eget hjem, og det er beboerens behov, og ikke selve boformen som regulerer tjenestetilbudet. Beboeren har altså råderett over boligen innenfor huseierlovens bestemmelser og kan ikke flyttes til et annet bosted mot sin vilje. Tildeling av hjemmetjenester skjer etter en individuell vurdering, som for andre hjemmeboende.

I løpet av de siste ti årene har kommunene og staten finansiert nærmere 30 000 omsorgsboliger i Norge. Det er imidlertid stor variasjon i utformingen og organiseringen av disse boligene. Omsorgsboliger kan etableres som selvstendige boenheter eller grupper i bofellesskap, bokollektiver eller bo- og servicesenter, der enkelte av bofunksjonene er lagt til fellesareal. De kan organiseres som utleieboliger, som borettslag, sameieseksjoner og som selvstendige boliger. Videre kan boligene etableres i frittliggende eneboliger, rekkehus, kjedehus, eller i blokker

og bygårder. I følge Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) er flertallet av de nye omsorgsboligene bygd med tilgjengelige servicearealer der fast tilknyttet personale er til stede hele døgnet, slik at enheten rent funksjonelt fungerer langt på vei som et sykehjem. Selvstendige boenheter uten fast bemanning er gjerne tilknyttet en felles vaktsentral for hjemmetjenester, slik at beboerne kan tilkalle hjelp ved behov.

I følge en undersøkelse utført ved Norsk Institutt for By- og regionforskning begrunner kommunene satsingen på omsorgsboliger med at det gir mer fleksibelt rom for å tilrettelegge tjenestene ut i fra brukernes behov, og at det gir en større omsorgsarena å spille på. Målet er at omsorgsboliger og styrking av den hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenesten skal kunne gi mye av den tryggheten sykehjemmet representerer og dermed redusere behovet for sykehjems plasser, slik at sykehjemmene i større grad kan innrettes mot helserettede oppgaver for grupper med spesielle behov.

## 2.2.4 Hjemmetjenesten

Pleie- og omsorgstjenester i private hjem er hjemlet i både sosialtjenesteloven og kommunalhelsetjenesteloven. De som ikke kan ta omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har i følge sosialtjenestelovens § 4-3 krav på hjelp i form av blant annet praktisk bistand og opplæring.

Praktisk bistand kan omfatte hjelp til personlig stell, egenomsorg og tilsyn, og tjenester som matombringing, vaktmestertjeneste, alarmtjeneste, samt hjelp med tilrettelegging og tilpasning av hjelpemidler i hjemmet. Behovene for opplæring kan gjelde husarbeid og matstell,

personlig hygiene og påkledning. Hjemmesykepleie er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, og skal være et tilbud til alle aldersgrupper som trenger behandling, pleie- og omsorg i hjemmet både av fysisk og psykisk art. Hjemmesykepleiens tilbud skal også omfatte tiltak for nødvendig informasjon, støtte og undervisning for å styrke pasientenes deltakelse i egenomsorgsaktiviteter. Anmodning om hjemmesykepleie kan komme fra pasienten selv, pårørende, sykehus, lege eller andre.

Mens det i 1995 var flest årsverk i institusjonsomsorgen i Norge, var det i 2005 like mange årsverk i hjemmetjenesten som i institusjon. Den sterke veksten i antall årsverk skyldes i hovedsak den massive utbyggingen av omsorgsboliger i handlingsplanperioden: Selv om de fleste brukerne fortsatt får tjenestene tilrettelagt i eget hjem, gikk 6 av 10 årsverk i hjemmetjenesten til brukere i tilpassede omsorgsboliger i 2001. I takt med veksten i antall omsorgsboliger, har hjemmetjenesteinnsatsen endret seg fra i hovedsak å være et hjemmehjelpstilbud med praktisk bistand, til i større og større grad bli et behandlings- og pleie-tilbud med utgangspunkt i en voksende hjemmesykepleietjeneste og med oppfølging av fagpersonell fra den øvrige helse- og sosialtjeneste. Antall brukere som kun mottar hjemmehjelp har blitt redusert og kommunene konsentrerer i stadig større grad mer av innsatsen mot de mest ressurskrevende brukerne. Som nevnt tidligere, viser dette at omsorgsboligene i stadig større grad fungerer som et supplement og alternativ til institusjonsomsorgen.

Samtidig viser rapporten ”kostnadsbilder i pleie- og omsorg” (KS / RO 2007) at en av tre tjenestemottakere er under 67 år, og at denne gruppen legger beslag på 62 % av ressursene i hjemmetjenesten. Blant de yngre som får heldøgnsbemannede hjemmetjenester, utgjør de psykisk

utviklingshemmede en stor gruppe. Rapporten dokumenterer at gruppen psykisk utviklingshemmede med heldøgnsbemannede hjemmetjenester får 12 ganger mer ressurser enn ordinære brukere av hjemmetjenesten som ikke har slike.

## 2.3 Finansiering av tjenestetilbudet

---

I dag har vi to ulike system for finansiering og brukerbetaling i pleie- og omsorgstjenestene. Skillelinjen går mellom de som bor i institusjoner etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, og de som bor i omsorgsboliger eller private hjem.

### 2.3.1 Vederlagsordningen for institusjoner

For eldre som bor på sykehjem eller aldershjem, kan kommunene kreve en egendel fra brukerne. Dette kalles *vederlagsordningen* og er regulert av *Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v.* Egenandelen skal dekke utgifter til helsetjenester, mat og andre utgifter i det daglige, pleie- og omsorgstjenester, visse tekniske hjelpemidler, botilbud og lokale. Innkjøp av medisin i institusjon blir finansiert innenfor det ordinære kommunebudsjettet (Stortingsmelding nr. 45, 2002-2003).

Vederlagsforskriften for institusjoner skiller mellom langtids- og korttidsopphold. Når tilbud om institusjonsplass gis, må kommunen bestemme om tilbudet er korttids- eller langtidsopphold. Skillet har først

og fremst betydning ved fastsetting av vederlagets størrelse (NOU 1997).<sup>7</sup>

### 2.3.2 Langtidsopphold

Av inntekt (etter skatt og gjeldsrenter) opp til 1G fratrukket et fribeløp på 6400 kroner, kan kommunen kreve 75 prosent.<sup>8</sup> Av inntekter over dette kan kommunen kreve 85 prosent. Brukeren skal likevel ikke sitte igjen med mindre enn minst 25 prosent av grunnbeløpet i tillegg til fordelingen av fribeløpet. Vederlaget skal bidra til å dekke nødvendig forbruk av nevnte tjenester for alle, uten at det differensieres etter forbruk for den enkelte beboer.

---

<sup>7</sup> Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v. (26.april 1995 nr. 392) ble sist endret 16.desember 2009. Endringene trådte i kraft 01.01.2010.

<sup>8</sup> 1G=grunnbeløpet i Folketrygden. Tilsvarende 75 641 kroner i 2010.

Tabell 2-2. Vederlag for enslige ved ulike nivå på inntekt etter skatt og gjeldsrenter.

Disponibel inntekt	Vederlag	Til bruker	Vederlag pr døgn ved helårsopphold
50 000	26 290	23 710	72
75 000	51 290	23 710	141
85 000	60 186	24 814	165
100 000	72 936	27 064	200
125 000	94 186	30 814	258
150 000	115 436	34 564	316
175 000	136 686	38 314	374
200 000	157 936	42 064	433
250 000	200 436	49 564	549
300 000	242 936	57 064	666
350 000	285 436	64 564	782

### 2.3.3 Korttidsopphold

Betaling for korttidsopphold er i utgangspunktet ikke inntektsavhengig. Kommunen kan kreve inntil 125 kroner per døgn for korttidsopphold eller 66 kroner per dag eller natt. Døgnprisen tilsvarer døgnprisen for langtidsopphold med en disponibel inntekt på 69 500 kroner, og skal dekke mat og reiseutgifter. Dersom brukeren på ett kalenderår har hatt korttidsopphold som summerer seg til minst 60 døgn, kan kommunen kreve vederlag som for langtidsopphold. Avlastingstilbud på sykehjem er underlagt hjemmesykepleien og er derfor vederlagsfritt.

### 2.3.4 Fradragsrett

Dersom brukeren har hjemmeboende ektefelle eller annet forsørgeransvar, skal det gjøres fradrag i utregningsgrunnlaget. Fradraget skal

minst tilsvare de brutto pensjonsinntektene som ektefelle ville fått fra folketrygden dersom brukeren var død. I tillegg kommer fradrag tilsvarende 50 prosent av brutto offentlige og private pensjonsinntekter brukeren har.

## 2.4 Brukerbetaling for hjemmetjenester

---

Hjemmeboende brukere av pleie- og omsorgstjenester, inkludert beboere i omsorgsboliger, betaler for boutgifter, mat og utgifter i det daglige på lik linje med andre innbyggere i kommunen. Brukeren går til sin egen fastlege, og får medisiner på resept. For de viktigste helsetjenestene fastsetter frikortordningen et tak for hvor store egenandeler brukeren skal betale gjennom et år.

Brukerbetaling for hjemmetjenester er regulert av *lov om sosiale tjenester* kapittel 4 og kapittel 11, *forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* kapittel 8 og rundskriv sendt ut i tråd med *lov om helsetjenesten i kommunene* § 2-3 femte ledd. Kommunen kan kreve brukerbetaling for tjenester som ikke er lovpålagte. I tillegg kan det kreves vederlag for det som er nevnt i *lov om sosiale tjenester* § 4-2 bokstav a) unntatt det som er gjort unntak for i *Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* § 8-2 punkt 2. Disse nevner stort sett det samme. Det eneste en kan kreve vederlag for av lovpålagte tjenester er: ”*praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker*” som faller utenfor ”*praktisk bistand og opplæring til personlig stell og egenomsorg.*” Kommunen setter selv betalingsattsene for vederlagene. Forskriften setter likevel et tak på disse sattsene (§ 8-3):

Vederlaget kan ikke overstige kostnadene kommunen har knyttet til tjenestene brukeren mottar<sup>9</sup>. Vederlaget kan heller ikke være høyere enn at bruker sitter igjen med nok til å dekke personlige behov og forsørgeransvar. Dersom inntekten<sup>10</sup> til husstanden er under 2G, er maksimalt samlet vederlag 160 kroner måneden. En person er ikke regnet som medlem i husstanden dersom han betaler vederlag for langtidsopphold i institusjon. Beboere i omsorgsboliger med heldøgntjenester vil som oftest betale en fast månedlig husleie, samt egenbetaling for andre kommunale tjenester. I Re kommune inkluderer dette eksempelvis kostutgifter, leie og vask av lintøy, samt egenandel for praktisk bistand.

### 2.4.1 Boligfinansieringsordninger

Ved bygging av sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger kan utbygger få støtte fra Husbanken.<sup>11</sup> Tilskuddet er delt i to, *oppstartingstilskudd* og *kompensasjonstilskudd*. Kompensasjonstilskuddet er kompensasjon for renter og avdrag og blir automatisk betalt ut til prosjekt som har fått oppstartingstilskudd.

---

<sup>9</sup> Dette gjelder både for abonnementsordninger og timebetaling.

<sup>10</sup> Utrechnet på grunnlag av husstandens samlede skattbare inntekt før særfradrag. Inntektsmålet inkluderer hjelpetøtte fra folketrygda, men ikke omsorgslønn.

<sup>11</sup> *Retningslinjer for tilskudd fra Husbanken til omsorgsboliger og sykehjemsplasser, oppstartingstilskudd, og kompensasjonstilskudd til dekning av renter og avdrag på lån under Handlingsplan for eldreomsorg og Opptrappingsplan for psykisk helse* (2006).



## Investeringstilskudd fra Husbanken

Kommunene kan søke om støtte fra Husbanken til institusjonsplasser og omsorgsboliger. Sykehjem og aldershjem kan få tilskudd på 30 prosent av godkjente anleggskostnader. Omsorgsboliger med heldøgnstjenester kan få tilskudd på 20 prosent av godkjente anleggskostnader. Maksimale godkjente anleggskostnader er p.t. 2,157 millioner kroner per enhet. I tillegg kan kommunene få tilskudd til oppgradering av eksisterende institusjoner og boliger.

## Bostøtte

Folk som sliter med å finansiere eget bosted, kan søke om bostøtte fra Husbanken. Dette kan føre til en vridning i tilbudet. Dersom en kommune har mange innbyggere med lav inntekt, vil vederlaget kommunen kan få ved å tilby institusjonsplass være lavt. Dersom kommunen i stedet tilbyr omsorgsbolig, vil staten indirekte bære en del av kostnadene som kommunen ellers måtte tatt. Det er derfor mulig at kommuner, særlig de med mange innbyggere med lav inntekt, vil tjene på å gjøre om institusjoner til omsorgsboliger. Enda mer kunne kommunene spart ved å sile brukerne: plassere de rikeste i institusjon og de fattigste i omsorgsbolig. En slik siling er imidlertid ikke lovlig.

## 2.5 Inntekter og utgifter for de ulike kategoriene

---

Tabellene nedenfor gir en samlet oversikt over inntekter og kostnader for kommunen knyttet til eldreomsorg. Under kostnader har vi også inkludert kostnader for brukere. Tabellene går her ut fra at det er kom-

munene som eier og driver omsorgsboliger til utleie. Omsorgsboliger kan også eies av stiftelser og organisasjoner, eller de kan legges ut for salg til private.

Tabell 2-3. Inntekter til kommunen fra bruker og stat fordelt på tjeneste/opphold

Tjenestetilbud		Inntekter, tjeneste	Inntekter, opphold
Sykehjem- langtidsopp- hold	Fra bruker	Vederlag 1	
	Fra staten	-----	Investeringstilskudd 30%
Sykehjem- korttidsopp- hold	Fra bruker	125 kr/døgn, 66 kr/natt eller dag	
	Fra staten	-----	Investeringstilskudd 30%
Aldershjem	Fra bruker	Vederlag 3 <sup>*</sup>	
	Fra staten	-----	Investeringstilskudd 30%
Omsorgsbo- lig m/heldøgns- bemanning	Fra bruker	Brukerbetaling	Husleie, salgsinntekt
	Fra staten	-----	Investeringstilskudd 20%
Omsorgsbo- lig u/heldøgns- tjenester	Fra bruker	Brukerbetaling	Husleie (eller salgsinntekt)
	Fra staten	-----	-----
Hjemmetje- nester	Fra bruker	Brukerbetaling	-----
	Fra staten	-----	-----

\*Vederlag i aldershjem kan av kommunene være satt lavere enn for sykehjem.

Tabell 2-4. Kostnader for kommune og bruker, fordelt på tjeneste/opphold og etter omsorgstjeneste.

Tjeneste-tilbud		Kostnader, tjeneste	Kostnader, opphold
Sykehjem- Langtids- opphold	For bruker	Vederlag (V)	
	For kommunen	Pleiekostnad 1 (personell, kost, medisin, lege) (P1)	Anleggskostnader, sykehjem (A1)
Sykehjem- korttids- opphold	For bruker	125 kr/døgn, 66 kr/natt eller dag,	
	For kommunen	Pleiekostnad 2 (personell, kost, medisin, lege) (P2)	Anleggskostnader, sykehjem (A1) <sup>12</sup>
Alders- hjem	For bruker	Vederlag 3	
	For kommunen	Pleiekostnad 3 (personell, kost, medisin, lege) (P3)	Anleggskostnader, typeavhengig
Om- sorgsbolig m/hel- døgnbe- manning	For bruker	Kost, medisin, lege, brukerbetaling	Husleie
	For kommunen	Pleiekostnad 4 (personell)	Anleggskostnader 4
Om- sorgsbolig u/hel- døgnstje- nester	For bruker	Kost, medisin, lege, brukerbetaling	Husleie
	For kommunen	Pleiekostnad 5 (personell)	Anleggskostnader 5
Hjem- metje- nester	For bruker	Kost, medisin, lege, brukerbetaling	-----
	For kommunen	Pleiekostnad 6 (personell)	-----

<sup>12</sup> Forutsetter at korttidsplasser i sykehjem er fysisk oppført på samme måte som deltidsplasser.



## 3. Problemstillinger

### 3.1 Tjenesteprofil

---

Formålet med dette prosjektet er å reise og forsøksvis besvare noen viktige prinsipielle spørsmål knyttet til omsorgstjenestene:

- Hvordan er de samlede kostnadene og fordelingen av finansieringen mellom stat, bruker og kommune for ulike prioriteringer av tilbudet innen pleie- og omsorgstjenesten?
- Hvilken betydning har statlige retningslinjer og økonomiske virkemidler på kommunenes prioriteringer?
- I hvilken grad har ulike prioriteringer av tilbudet innen pleie- og omsorgstjenesten betydning for kvaliteten på tjenestene?

Alle disse tre problemstillingene tar utgangspunkt i kommunenes prioriteringer av ulike tjenester innenfor den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Det kan derfor være hensiktsmessig å starte med en klassifisering av det kommunale tjenestetilbudet som et verktøy for å identifisere det vi kan kalle kommunenes tjenesteprofil. Tjenestetilbudet kan deles inn i minst fem kategorier:

Tabell 3-1. Tjenestetilbudet i pleie- og omsorgssektoren

Tilbud til de mest pleietrengende	1) Sykehjemsplass (langtidsavdeling) 2) Sykehjemsplass (korttidsavdeling) 3) Omsorgsbolig m/heldøgnsbemanning
Tilbud til de minst pleietrengende	4) Omsorgsbolig uten heldøgnsbemanning <sup>13</sup> 5) Hjemmetjeneste/hjemmesykepleie

Tilbudene 1-2 er institusjonsbaserte tjenester, mens 3-5 er hjemmetjenestebaserte. Omsorgsboliger havner imidlertid ofte i en mellomkategori, men det er hjemmetjenestene som danner basisen også i dette tjenestetilbudet.

De fem kategoriene kan rangeres slik at tilbudet som kommer først (1), er rettet mot mer pleietrengende brukere, mens tilbudet som kommer sist (5), retter seg mot de minst pleietrengende. Ideelt sett vil en kommune da utforme sitt tilbud i tråd med det pleiebehovet innbyggerne i kommunen har. Har man mange tungt pleietrengende pasienter, vil kommunen vektlegge sykehjemsplasser. Motsatt, dersom det er mange i kommunen med lettere pleiebehov, vil kommunen kunne prioritere hjemmetjeneste og omsorgsboliger.

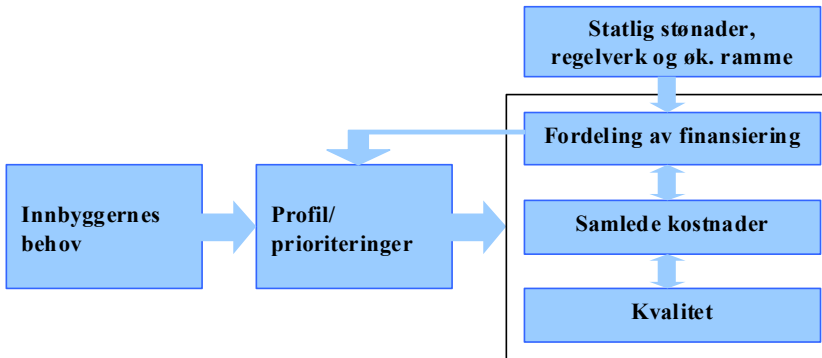
<sup>13</sup> I den empiriske delen av undersøkelsen er denne tjenestekategorien ikke tatt med pga mangler i datagrunnlaget. De som mottar tjenester i omsorgsboliger uten heldøgnsbemanning, inngår derfor i kategorien "hjemmetjenester/hjemmesykepleie".

Tabell 3-2. Eksempler på sammensetning av pleie- og omsorgstjenester (prosent).

	Eks. 1	Eks. 2	Eks. 3
Sykehjemsplasser	50	25	25
Korttidsavdeling		25	
Omsorgsboliger m/heldøgnsbemanning		25	25
Omsorgsboliger u/heldøgnsbemanning			25
Hjemmetjeneste	50	25	25
	100	100	100

På bakgrunn av en slik klassifisering av tilbudet, kan vi lage en profil for hver kommune i forhold til hvordan kommunen prioriterer mellom de fem tjenestene, dvs. hvordan det samlede tjenestetilbudet ser ut. Tabell 3-2 viser tre tenkte eksempler på slike profiler. I eksempel 1 ser vi at kommunen har prioritert sykehjemsplasser og ordinær hjemmetjeneste. I eksempel 2 har kommunen satt sammen et tilbud med lik fordeling mellom sykehjemsplasser, ordinær hjemmetjeneste, korttidsavdeling og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. I eksempel 3 har kommunen prioritert omsorgsboliger uten heldøgnsbemanning i stedet for en korttidsavdeling.

Den valgte tjenesteprofilen utgjør således den uavhengige variabelen i forhold til spørsmålet om samlede kostnader og fordeling av finansiering. Tilsvarende vil profilen utgjøre den uavhengige variabelen i analysen av kvaliteten på tjenestene.



Figur 3-1 Analysemodell

Modellen over kan både gi et bilde på en idealsituasjon i kommunene, men kan også gi grunnlag for hypoteser om forhold som tilsier at kommunen avviker fra idealmodellen.

Ideelt sett viser modellen at det er innbyggernes behov som bestemmer profilen på tjenestetilbudet. Videre kan vi anta at en optimal tilpasning av tjenestetilbudet til innbyggernes behov, også gir en god kvalitet på tjenestene. Derfor vil variasjoner i de samlede kostnadene gjenspeile ulike behov hos innbyggerne i forskjellige kommuner. Mye tyder imidlertid på at denne idealmodellen avviker fra hva som er praksis i kommunene. Nedenfor har vi derfor utdypet nærmere aktuelle problemstillinger og hypoteser innenfor de tre hovedtemaene for undersøkelsen.



## 3.2 Påvirker tjenesteprofilen kommunens samlede kostnader?

---

Et hovedspørsmål i undersøkelsen vil være om profilen/prioriteringene har betydning for kommunens samlede kostnader til pleie- og omsorgstjenester. I tråd med den økte utbyggingstakten av omsorgsboliger og bruk av hjemmetjenester, vil en hypotese være at vektlegging av hjemmetjeneste og omsorgsboliger vil være økonomisk gunstigere for kommunen enn en profil hvor man vektlegger sykehjemsplasser. Med andre ord, jo lavere tjenestenivå, desto lavere kostnader for kommunene. Her vil det imidlertid være en grense for hvor langt man kan strekke hjemmetjenesten før kostnadene ved hjemmetjenestene overstiger kostnadene ved en sykehjemsplass. Dersom en person har behov for kontinuerlig tilsyn, er det rimelig å anta at det er mindre kostnadskrevende å ha den aktuelle personen på sykehjem enn i hjemmetjenesten.

Det er også andre forhold ved tjenestetilbudet som kan ha betydning for kommunenes samlede utgifter til pleie- og omsorg. Det kan for eksempel være såkalte samspillseffekter ved at bestemte kombinasjoner av tjenester bidrar til reduserte kostnader. Bl.a. kan man tenke seg at en billigere kombinasjon av hjemmesykepleie og korttidsplasser kan erstatte behovet relativt sett dyre langtidsplasser, uten at kvaliteten på tjenestene forringes. Et annet eksempel er at enkelte kommuner har bedre utbygde støttetjenester som for eksempel rehabilitering og dagverdinger, noe som indirekte kan påvirke kostnadene ved at behovet for sykehjemsplasser eller omsorgsboliger med heldøgnsbemanning reduseres. Dette viser at det kan bli for enkelt utelukkende å operere med en endimensjonal tjenesteprofil slik som antydnet over. I tillegg bør vi

også ta hensyn til den kostnadmessige betydningen av ulike kombinasjoner av tjenester.

Et annet forhold er at kommunene kan skyve kostnader over på spesialisthelsetjenesten ved enten å henvise flere pasienter til sykehus og/eller ved at pasienter har flere liggedager på sykehus. En undersøkelse fra Finnmark viser for eksempel at kommuner med sykestuefunksjoner har langt færre liggedager på sykehus enn kommuner uten sykestuefunksjon. Det vil derfor også være viktig å ta hensyn til de mulighetene kommunene har til å skyve kostnader over på spesialisthelsetjenesten.

### 3.3 Tjenesteprofil og finansiering

---

Et annet hovedspørsmål er om ulike tjenesteprofiler gir ulik fordeling av finansiering mellom kommune, stat og bruker. I den grad dette er tilfellet, vil spørsmålet videre være hva slags kostnadsprofil de ulike tjenesteprofilene har. Er det for eksempel slik at bruk av omsorgsboliger gir høyere kostnader for brukerne og staten, mens sykehjemsplasser gir en relativt sett større kostnad for kommunen? Samtidig kan vi snu opp ned på problemstillingen og stille spørsmål ved om det er slik at kommunene tilpasser tilbudet (dvs. profilen) slik at den kommunale finansieringsbelastningen (kommunal egenfinansieringsgrad) blir lavest mulig. Hypotesen om at vektleggingen av omsorgsboliger bidrar til å forskyve kostnadsbyrdene fra kommune til bruker, antyder at det er en slik sammenheng, dvs. at kommunene også tilpasser seg de finansieringsmulighetene som finnes, så vel som behovet. Det samme gjelder spørsmålet om kommunene velter kostnadene over på de eldre gjennom å tilby hjemmebasert omsorg. Dette bringer oss dermed over på

spørsmålet om betydningen av statlige stønadsordninger og regelverk (vederlagsordningen).

Betydningen av statlige stønadsordninger og regelverk i forhold til av finansieringen er jo også en del av denne problemstillingen. Spørsmålet er om finansieringssystemet gir kommunen incentiver i en bestemt retning. Videre leder dette til spørsmålet om disse incentivene virker i en slik retning at de går på tvers av de behovene for tjenester kommunen faktisk har. I så fall kan det tenkes at det ikke først og fremst er behovene i kommunen som bestemmer tjenesteprofilen, men finansieringssystemet. Dette kan dermed også få implikasjoner i forhold til kvaliteten på tjenestene i den forstand at kommunen bygger ut et tjenestetilbud på bakgrunn av incentivene i finansieringsordninger og regelverk, som ikke nødvendigvis samsvarer med behovene i kommunen. Spørsmålet er med andre ord om de statlige stønadsordningene og innretningen av vederlagsordningen støtter opp om en hensiktsmessig prioritering av kommunens tjenesteprofil? Eller er det slik at ordningene bidrar til en uhensiktsmessig prioritering i forhold til kommunene og innbyggernes behov? Er det for eksempel slik at Husbankens ordninger bidrar til prioritering av omsorgsboliger på bekostning av sykehjemsplasser? Eller er det slik at vederlagsordningen gir kommunen for lave inntekter slik at det er mer gunstig med hjemmetjenester? Og er det slik at de regulerte gebyrene for korttidsplasser er så lave at de gir kommunene for svake incentiver til å tilby annet enn langtidsplasser i institusjon? Gitt at det finnes støtte for denne typen mekanismer, blir spørsmålet videre hvordan stønadssystemet og regelverket bør innrettes for å unngå uhensiktsmessige prioriteringer.

### 3.4 Tjenesteprofil og kvalitet

---

Den siste problemstillingen reiser spørsmålet om profilen på tjenestetilbudet har betydning for brukernes opplevelse av kvalitet. Er det slik at ulike tjenesteprofiler oppleves å gi ulik kvalitet på tjenestene? Er det for eksempel slik at kommuner som har satset mest på sykehjemsplasser, har flere tilfredse brukere? Eller er det slik at kommuner som satser på omsorgsboliger, i større grad ivaretar innbyggernes preferanser om å bo lengst mulig hjemme og dermed gjør de mer fornøyde?

Her vil det imidlertid være behov for visse refleksjoner rundt kvalitetsbegrepet. Vi kan skille mellom kvaliteten på de utførte tjenestene og opplevd kvalitet som reflekterer om kommunen prioriterer de tjenestene innbyggerne har behov for. Den første formen for kvalitet dreier seg om kommunene utfører tjenestene på en kvalitativt god måte (om de gjør tingene rett). Dette vil igjen avhenge av faktorer som bemannings-situasjonen, pleiefaktoren, medarbeidernes kompetanse, utstyr og andre fasiliteter ved tjenestene, for eksempel bruk av enerom eller dobbeltrom. Den andre formen for kvalitet dreier seg på sin side om kommunene tilbyr de tjenestene innbyggerne faktisk har behov for (om de gjør de rette tingene). Dette vil igjen avhenge av om det er samsvar mellom pleiebehovet til innbyggerne og innretningen av ulike tjenestetilbud. Dersom det er et stort gap mellom tjenestene og behovene, er det rimelig at innbyggerne opplever at kvaliteten på tjenestene ikke er tilstrekkelig (for eksempel dersom en person opplever å trenge sykehjemsplass, men tilbys hjemmetjeneste).

I denne sammenheng vil vi først og fremst konsentrere oss om den sistnevnte formen for kvalitet, dvs. om ulike tjenesteprofiler reflekteres i

brukernes oppfatning og holdninger til kvaliteten på tjenestene. Dette kan imidlertid ikke ses uavhengig av den første formen for kvalitet og uavhengig av innbyggernes faktiske tjenestebehov. Med andre ord vil vi ha behov for å kontrollere for disse forholdene. Her vil det være fullt mulig å kontrollere for kvalitetsindikatorer som bemanningssituasjon, kompetanse og andre forhold. Det vil derimot være vanskeligere å kontrollere for innbyggernes faktiske tjenestebehov. Så langt vi kjenner til, finnes det ikke noe gode indikatorer for helsesituasjonen til innbyggerne i kommunene (ut over det som fremgår av IPLOS som kun omfatter de som mottar tjenester). En løsning kan her være å fange opp disse forholdene ved å kontrollere for aldersfordeling og geografiske variasjoner i bruk av pleie og omsorgssektoren (for eksempel mellom by og land).

Kvaliteten på tjenestene bør imidlertid betraktes i lys av kommunens kostnader. Som det fremgår av modellen over, vil det ideelt sett være slik at innbyggernes behov reflekterer tjenesteprofilen. I praksis vil det imidlertid som regel være en annen mekanisme som virker, nemlig at tjenestetilbudet gjenspeiler det budsjettet som man har til rådighet. I så fall – når vi ønsker å studere sammenhengen mellom tjenesteprofil og kvalitet – må vi både ta hensyn til kommunens prioritering av sektoren generelt og av ressursinnsatsen mellom de ulike tjenestetypene. Med andre ord er det ikke sikkert at lav kvalitet utelukkende kan forklares med at kommunen har prioritert mellom de ulike tjenestetilbudene slik at de ikke reflekterer behovet. Det kan også være slik at kommunen samlet sett har bevilget for lite til sektoren. En lav bevilgning fra politikerne, kan igjen føre til at administrasjonen velger en tjenesteprofil som ikke samsvarer med behovene i kommunen.

Selv om disse problemstillingene henger sammen, som vist i modellen over, har vi likevel valgt å dele prosjektet inn i to hoveddeler. I den første delen har vi tatt for oss forholdet mellom tjenesteprofil og kostnader. Her er formålet dels å undersøke om bestemte tjenesteprofiler er mer kostbare enn andre, samt hvordan ulike tjenesteprofiler fordeler utgiftsbyrden på henholdsvis kommune, stat og bruker.<sup>14</sup> I den andre delen tar vi for oss forholdet mellom tjenesteprofil og kvalitet. Som nevnt over vil vi imidlertid også her ta hensyn til kommunene samlede budsjett til pleie- og omsorgstjenestene samt andre kvalitetsmessige aspekter ved tjenestene.

---

<sup>14</sup> Det er informasjonsmessig krevende å få til en fordeling på tre nivåer. Vi skiller mellom brutto- og netto driftsutgifter og ivaretar derfor den viktigste oppsplitting av finansiering – nemlig mellom kommunene på den ene siden og brukere og stat på den andre. Staten setter jo dessuten i stor grad premissene for hvor mye og for hvilke tjenester brukerne skal betale, slik at denne todeling av finansiering synes å være nyttig flere henseender.

## 4. Datamaterialet

Datamaterialet som benyttes i de ulike analysene vi gjennomfører er både kvantitative og kvalitative og er hentet fra flere ulike informasjonskilder. De kvantitative dataene er hentet fra Kostra, herunder IPLOS data, og fra spørreundersøkelser gjennomført av KS og Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi). IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Vi har dessuten hentet inn supplerende data fra Norsk pasientregister (NP). Hensikten med disse dataene har vært å undersøke om disse kan bidra til å gi en mer presis beskrivelse av behovssituasjonen i den enkelte kommune. Disse dataene er ikke brukt gjennomgående i alle kvantitative analyser og det vil bli omtalt spesielt i de tilfeller vi har benyttet data for NP.

De kvalitative dataene består i hovedsak av personlige intervjuer som vi selv har hentet inn som en del av gjennomføringen av dette prosjektet. De sistnevnte vil bare bli kort omtalt her, men vi kommer tilbake med en nærmere redegjørelse i kapittel 8. Det kvantitative datagrunnlaget omtales i det følgende.

### 4.1 Kvantitative data

---

Det vil bli benyttet kvantitative data både i analyser av kostnadsforhold og i analyser av kvalitet i omsorgstilbudet, der informasjonskildene dels er overlappende. For en mest mulig ryddig beskrivelse av datagrunnlaget deler vi imidlertid framstillingen i to ulike underavsnitt.

### 4.1.1 Kvantitative data - kostnadsanalyser

Det er i all hovedsak Kostra som er kilden til de data som benyttes i kostnadsanalysene vi gjennomfører. Men Kostra henter i sin tur informasjon fra en rekke kilder til offentlig kommunal statistikk. Av spesiell interesse i denne sammenheng er at Kostra bruker deler av den informasjon som hentes inn og produseres av Sosial- og helsedirektoratets IPLOS-register.

IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Formålet med IPLOS er å gi statlige myndigheter, kommunene og allmennheten kunnskap om utviklingen i pleie- og omsorgssektoren. IPLOS bygger på standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Det er et datasett hvor opplysninger om personens situasjon og behov knyttes til resultat av søknad; tid mellom beslutning om tjeneste og tjenestestart, hvilke tjenester de mottar, omfanget av tjenestene og bevegelser mellom kommunale tjenester og ikke-kommunale døgntilbud. På sikt er det meningen at IPLOS skal erstatte eksisterende pleie- og omsorgsstatistikk og bli en obligatorisk del av KOSTRA. Meningen er også at IPLOS på sikt skal bidra til å redusere behovet for særskilt rapportering i forbindelse med øremerkede tilskudd og spesielle målgrupper. IPLOS er rik på informasjon, men det er bare den delen som omfatter produksjon av ulike kommunale omsorgstjenester vi skal benytte i våre analyser.

Vi kan dele inn informasjonsgrunnlaget for kostnadsanalysene i følgende kategorier eller vektorer av variable:



- Kostnader
- Produksjon
- Faktorpriser
- Kvalitet
- Behov
- Tidsrelaterte og regionale forhold

I kostnadsanalyser er det naturlig nok kostnader som analyseres og i den type analyser som vi gjennomfører vil derfor kostnadene være den avhengige variabelen i analyseopplegget. Analysene skal dessuten dekke samtlige tjenester som ytes innen kommunal eldreomsorg og vi har derfor behov for et kostnadsbegrep som dekker dette tjenestetilbudet. Det er imidlertid vanskelig å skille mellom pleie og omsorg som rettes mot eldre og det som rettes mot yngre personer med pleie- og omsorgsbehov. Det gjelder kostnadssiden, men det gjelder også, som vi skal komme tilbake til, produksjonsvariablene. Som uttrykk for kostnadene benytter vi derfor ”brutto driftsutgifter innen pleie- og omsorg”. Dette er heller ikke helt problemløst. For det første har vi behov for å skille mellom alle kostnader i sektoren og for det andre har vi behov for å se hvilke kostnader som kommunen står overfor. Brukergebyrer og statlige tilskudd vil åpenbart kunne påvirke kommunenes incentiver til hvordan de tilpasser omsorgstilbudet. Vi har derfor også behov for informasjon om gebyrer og statlige tilskudd for å kunne si noe om kommunenes netto driftsutgifter. Dette løser vi imidlertid ved å gjennomføre separate kostnadsberegninger basert på netto driftsutgifter. Netto driftsutgifter er jo nettopp definert som brutto driftsutgifter fratrukket statlige overføringer og gebyrer og vederlag fra brukere.

Et annet forhold av betydning er i hvor stor utstrekning kommunene kjøper omsorgstjenester i andre kommuner. Kjøp av tjenester er nemlig trukket ut i utgiftsbegrepet ”korrigerte brutto driftsutgifter”. Og man bør også benytte dette utgiftsbegrepet dersom slike tilfeller registreres i vertskommunen og ikke i hjemkommunen i IPLOS-dataene. Slik er det imidlertid ikke og det er derfor grunn til å ta utgangspunkt i ”brutto driftsutgifter”.

Produksjonsdataene er hentet fra IPLOS via Kostra og vi definerer i alt fire ulike pleie- og omsorgstjenester for brukere over 67 år og eldre. Å etablere disse har vært problematisk fordi det ikke finnes fullstendig informasjon for alle fire i Kostra. Det skyldes for det første at beboere i institusjoner med korttids- og langtidsplasser ikke er fordelt på de over og de under 67 år. For det andre er verdiene undertrykte av SSB spesielt i små kommuner der det kun er 1 til 4 brukere. For ikke å miste for mange småkommuner i beregningene har vi derfor estimert verdier for korttids- og langtids tjenester, samt for hjemmetjenester, når verdiene er undertrykte.<sup>15</sup> For antall beboere i omsorgsleilighet med heldøgnsbemanning har vi satt antall beboere til 2,5 i kommuner med mindre enn 3000 innbyggere når verdiene er undertrykt. For kommuner med undertrykte verdier og mer enn 3000 innbyggere, har vi ikke foretatt oss noe, dvs. at disse observasjonene vil bli ”missing” i beregningene.

---

<sup>15</sup> I mange tilfeller er det typisk at antall beboere mellom 67 og 79 år er undertrykte fordi det er få av disse som bor i institusjon. Dermed er vi heller ikke i stand til å beregne antallet beboere for dem som er 67 år og eldre. Men vi kan beregne antall beboere 67 år og eldre ved å summere beboere fra 67-79 år og beboere 80 år og eldre. Vi bestemmer antall beboere i alderen 67-79 år ved  $B_{67-79} = a \cdot B_{tot} + u$ . Når  $B_{67-79}$  er undertrykt setter vi inn den verdien vi har predikert på bakgrunn av denne enkle regresjonsmodellen.

Produksjonstallene er sammen med brutto og netto driftsutgifter og faktorprisvariable presentert i Tabell 4-1. Produksjons- og kostnadstallene som presenteres, er ikke korrigert for antall brukere i kommunen, slik at spredningen er svært stor som følge av variasjon i kommune-størrelse.

Tabell 4-1. Produksjons-, kostnads- og faktorprisvariable. Beskrivende statistikk. N = 1028.

Variabel	Variabel- navn	Snitt	Stdav	Min	Maks
Brutto driftsutgifter (mill. kroner)	C	189	504	9,6	7749
Netto driftsutgifter (mill. kroner)	C <sub>N</sub>	158	416	8,4	6385
Antall beboere i institusjon, 67+ (langtidsavdeling)	X1	80,8	257,8	0	4442,6
Antall beboere i institusjon, 67+ (korttidsavdeling)	X2	19,2	53,2	0	850
Antall beboere i bolig m/heldøgnsbemanning, 67+	X3	28,1	47,9	0	823
Antall mottakere av hjemmetjenester, 67+ (korrigert for antall X3)	X4	252,6	676,0	3	10459
Antall mottakere av hjemme- og institusjonstjenester u 67 år	X5	192,7	459,9	5	7464
Faktorandel, lønnsutgifter %	S1	82,6	5,3	55,0	94,1
Faktorandel, avskrivninger %	S2	2,0	1,1	0,0	8,8
Faktorandel, andre driftsutgifter %	S3	15,4	5,2	5,6	43,4
Lønn per årsverk i pleie og omsorg (1000 kroner)	W	482,5	51,5	179,4	710,8
Kapitalpris målt som avskrivninger i pleie og omsorg per årsverk (1000 kroner)	K	11,5	6,3	0,0	52,7
Pris på andre innsatsvarer målt som andre driftsutgifter per årsverk (1000 kroner)	I	92,0	39,0	26,9	321,8

I tillegg til kostnads-, produksjons- og faktorprisvariable er det som nevnt også en kategori som omfatter kvalitet i tjenestetilbudet og en som skal beskrive behovet for pleie- og omsorgstjenester i kommunen. I den første av disse to kategoriene finner vi først og fremst andel fagutdannede i de brukerrettede årsverkene, mens den siste kategorien omfatter demografiske forhold i kommunen. Det dreier seg om andelen 67 år og eldre i kommunen, andelen 67 år og eldre som er kvinner, andelen enslige over 80 år, andel hjemmeboere som har høy timesats av alle som mottar hjemmetjenester, andel tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov av alle tjenestemottakere, gjennomsnittlig reisetid til kommunesenter og til slutt andelen av befolkningen samlet sett som bor i tettsteder. I Tabell V-II-1 i vedlegg II presenteres beskrivende statistikk for disse i alt 14 variablene. Antall omsorgsboliger per innbygger 67 år og eldre har en lav snittverdi. Det betyr ikke at antall boliger lavt, men snarere at det er målefeil i variabelen. Det skyldes at den kun omfatter omsorgsboliger som er bygd ut etter at investeringstilskudd ble administrert av Husbanken i forbindelse med introduksjonen av Handlingsplan for eldreomsorg, jf. kapittel 2.

Videre ser vi at andel årsverk med utdanning på videregående nivå er langt høyere enn andel fagutdannet årsverk på høyskolenivå. Spesiellkompetanse som fysioterapeuter m.m., utgjør i gjennomsnitt ca 5 % av alle årsverk i pleie- og omsorgssektoren. Til sammen utgjør de tre kategoriene årsverk nær 80 % av alle årsverk i sektoren. Restkategorien er da ufaglærte årsverk og annen kompetanse, som til sammen utgjør sammenlikningsgrunnlaget i regresjonsberegningene vi presenterer i de påfølgende kapitlene.

Som kvalitetsvariabel ser vi at antall sykefraværsdager er med og at snittet ligger på 11. Det betyr at i snitt 11 % av alle årsverk går med i sykefravær. Tabellen viser også andel brukertilpassede enerom med bad/wc og andel som mottar andre omsorgstjenester av alle personer 67 år og eldre. Den første har et høyt snitt – drøyt 70 %, og denne andelen er dessuten høy i de fleste norske kommuner. Den andre omfatter tjenester som kan ytes samtidig med pleie- og omsorgstjenester som for eksempel avlastning, trygghetsalarmer og lignende. I snitt mottar drøyt 20 % av befolkningen over 67 år slike tjenester.

Behovsvariablene er viktige både i forhold til kostnader og i forbindelse med analyser av dekningsgrad. Vi ser at andelen personer over 67 år er ca 15 % i datamaterialet vårt. Andelen enslige over 80 år av alle personer over 67 år, er ca 25 %, mens andelen kvinner over 67 år er 55-60 %.

Vi har også med to variable som sier noe om pleiebehovet til mottakerne av pleie- og omsorgstjenester. Den ene er andel av alle hjemmetjenestemottakere som har høy timesats, dvs. mer 35 timer pleiebehov per uke. Denne er i gjennomsnitt lav i kommunene – ca 6 %. Men vi ser at enkeltkommuner har en temmelig høy andel av slike ressurskrevende brukere siden maksimalandelen er hele 66 %. Årsaken til at noen få kommuner har høy andel spesielt ressurskrevende brukere kan skyldes at de tidligere har vært vertskommuner for fylkeskommunale institusjoner for psykisk utviklingshemmede. Den andre variabelen som indikerer store pleiebehov, er andel tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov av alle tjenestemottakere. Denne omfatter alle pleie- og omsorgstjenester og her er gjennomsnittsandelen om lag 23 %. Til slutt

viser tabellen at gjennomsnittlig reisetid til kommunesenter er ca 9 minutter, mens andelen som bor i tettsteder er ca 50 %.

Vi har til slutt også Tabell V-II-2 i vedlegg II som viser deskriptiv statistikk for noen andre variable i datagrunnlaget vårt. Det er korrigerte frie inntekter per innbygger, andel rom i ikke-kommunale institusjoner og hhv brukerbetaling per bruker for praktisk bistand og vederlag per beboer for institusjonsplass.

Gjennomsnittlig korrigerte frie inntekter (inkl. eiendomsskatt og konsekvsjonsinntekter fra kraftverk) har et snitt på ca 37 000 kroner – noe lavere enn de ukorrigerte. I snitt er andelen rom i ikke-kommunale institusjoner lav, men maksimalandelen er nesten 90 %, som innebærer at nær hele tilbudet er ikke-kommunalt. Vi ser ellers at gebyr og vederlag for hhv praktisk bistand og beboere i institusjon (primært langtidsopphold) er hhv ca 3 000 kroner per år og ca 100 000 per år. Hovedforskjellen skyldes at vederlag for beboere i institusjon også omfatter husleie.

#### **4.1.2 Kvantitative data - brukeranalyser**

I den kvantitative analysen av kvalitet i omsorgstilbudet er de avhengige variablene hentet fra Nasjonal innbyggerundersøkelse (2009), som gjennomføres av Synovate Norge (MMI) i samarbeid med Fornyings- og administrasjonsdepartementet og Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi). Undersøkelsen omhandler spørsmål om tilfredshet med ulike kommunale tjenester, og omfatter 12 648 personer, hvorav 2 936 personer enten selv mottar eller er pårørende til personer som mottar ulike pleie- og omsorgstjenester. Våre analyser vil bli gjennomført på

begge disse to utvalgene. Siden innbyggerundersøkelsen er en nasjonal undersøkelse er representativiteten godt ivaretatt, selv om antall brukere og pårørende innenfor de enkelte tjenestekategoriene kan være relativt få.

Respondentene vurderer kvaliteten på kommunens ulike tjenester gjennom spørsmålsstillingen *”hvor gode eller dårlige mener du følgende tjenester er for de som mottar / bruker den?”*. Svarene angis på en skala fra 1 til 7, hvor 1 indikerer ”svært dårlig” og 7 indikerer ”svært god”. Med utgangspunkt i fire spørsmål knyttet til pleie- og omsorgstjenester – sykehjem, omsorgsbolig/aldershjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp – har vi laget en avhengig variabel som måler gjennomsnittet av hver respondents svar på disse fire spørsmålene. Vi har altså konstruert en variabel som måler innbyggernes gjennomsnittlige tilfredshet med kommunens pleie- og omsorgstjeneste.

I tillegg har vi valgt å inkludere en avhengig variabel som måler innbyggernes vurdering av *tilgjengeligheten* til de ulike tjenestene. Her er spørsmålene formulert slik: *”hvor godt eller dårlig mener du at følgende er i din kommune? Tilgangen på sykehjemsplasser”*. Også her svarer respondentene på en skala fra 1-7, der 7 er svært god tilgjengelighet og 1 er svært dårlig. På bakgrunn av slike har vi konstruert en ny variabel som måler gjennomsnittet av respondentenes vurdering av tilgjengelighet på sykehjemsplasser, omsorgsbolig/aldershjem, hjemmehjelp og hjemmesykepleie. I Tabell 4-2 presenteres beskrivende statistikk for de to avhengige variablene.



Tabell 4-2. Beskrivende statistikk av avhengige variabler.

<b>Variabelnavn</b>	<b>Alle innbyggere</b>				<b>Brukere/pårørende</b>			
	<b>Snitt</b>	<b>Stdav</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Snitt</b>	<b>Stdav</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Kvalitet på omsorgstjenester	4,71	1,485	1	7	4,66	1,559	1	7
Tilgang på omsorgstjenester	4,38	1,549	1	7	4,3	1,621	1	7

Innbyggerundersøkelsen inneholder også informasjon om bosteds-kommune, noe som gjør at vi kan koble brukertilfredshetsdata med data fra KOSTRA om tjenesteprofiler, ressursinnsats, kvalitet og behov. Uavhengige variabler og kontrollvariabler vil i stor grad samsvare med variabler fra analysemodellen i del 1, som beskrevet ovenfor. (Se også beskrivende analyse av tjenesteprodukter og tjenesteprofiler i kapittel 5.)

## 4.2 Kvalitative data

Den kvalitative undersøkelsen baserer seg på intervjuer med ansatte og brukere i seks kommuner. De seks kommunene Åsnes, Modum, Re, Flekkefjord, Sogndal og Volda er plukket ut på bakgrunn av to kriterier. For det første skal de ha ulik tjenesteprofil, dvs. fordelingen mellom hjemmetjenester, omsorgsboliger, korttidsplasser og langtidsplasser. Formålet med dette er å undersøke betydningen av å ha ulike tjenesteprofiler på forhold som kapasitet og kvaliteten på tjenestene. For det andre skal de være så like som mulig i forhold til andre kjennetegn som innbyggerstørrelse, ressursinnsats og omfanget av tjenestene. Bakgrunnen for dette var at vi ønsker å ha kontroll med noen forklaringsfaktorer, dvs. at verken ressursinnsats, innbyggerstørrelse eller omfang av

tjenester kan forklare eventuelle forskjeller i tjenestetilbudet mellom de ulike kommunene.

I hver kommune har vi gjennomført intervjuer med representanter for de ulike tjenestene både på ledelsesnivå og pleienivå. I de kommunene som har en egen pleie- og omsorgssjef, har vi intervjuet denne i tillegg til leder for henholdsvis hjemmetjenester og institusjonstjenester. Ut over dette har vi i hver kommune intervjuet en til to medarbeidere fra hver av tjenestekategoriene, dvs. hjemmetjenesten, omsorgsboliger, korttidsavdeling og langtidsavdeling. I de fleste tilfeller har vi intervjuet to medarbeidere, men av praktiske grunner har vi ved enkelte tjenester kun fått muligheter til å intervjué én medarbeider. Intervjuet med pleie- og omsorgssjefen ble gjennomført på telefon før de øvrige intervjuene. Alle de øvrige intervjuene er gjennomført som personlige intervjuer. I alle kommunene satt vi av to dager til personlige intervjuer. Til sammen har det blitt gjennomført 60-70 intervjuer.

# 5. Tjenesteprofil og -omfang

## 5.1 Innledning og sammendrag

---

Dette kapitlet er todelt. I den første delen beskriver vi de viktigste tjenestene for eldre innen pleie- og omsorgssektoren. Selv om denne sektoren omfatter et mangfold av tjenester, har vi her konsentrert oss om de fire viktigste. Det er hjemmetjenester (praktisk bistand og hjemmesykepleie i eget hjem eller i omsorgsboliger uten heldøgnsbemanning), omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, korttidsavdeling og langtidsavdeling i institusjon (sykehjem). Formålet er å beskrive hvordan kommunene prioriterer mellom disse tjenestene. I den andre delen har vi undersøkt hvorvidt kommunenes tjenesteprofiler påvirker det samlede omfanget av tjenester, målt ved dekningsgraden. Dekningsgraden er definert som andelen innbyggere over 67 år som mottar en av de fire tjenestetypene.

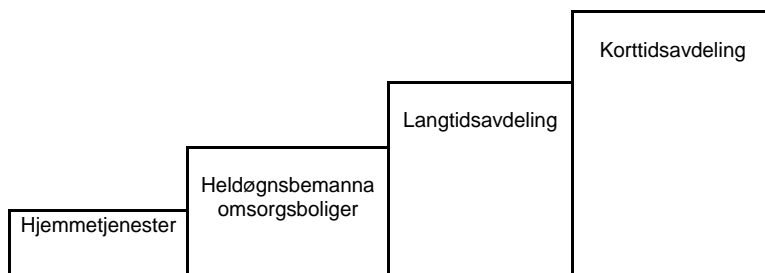
Den beskrivende analysen av tjenesteprofilen til kommunen viser at det er store variasjoner i hvordan kommunene setter sammen sitt tjenestetilbud. De aller fleste kommunene har en profil som kjennetegnes av å satse mye på hjemmetjenester. Dernest ser vi at en god del kommuner også har satset spesielt på heldøgnsbemannede boliger eller langtidsplasser. Mange kommuner har også kombinert ulike tjenestetilbud. Bl.a. er det relativt mange som har satset relativt mye på korttidsplasser og heldøgnsbemannede boliger.

Analysen av forholdet mellom tjenesteprofilen og kommunenes tjenesteomfang viser, som forventet, at kommuner som har mye hjemmetje-

nester, også har et stort tjenesteomfang. Det betyr at jo mer kommunen satser på tjenester som ligger lengre oppe i tjenestetrappa (institusjons-tjenester og heldøgnsbemannede omsorgsboliger), desto færre vil motta tjenester i kommunene.

## 5.2 Tjenestetrappa

De fire tjenestene kan plasseres innenfor en tjenestetrapp i forhold til hvor intensivt pleienivået er. Nederst finner vi da hjemmetjenestene, dernest heldøgnsbemannede omsorgsboliger, langtidsplasser og korttidsplasser.



Figur 5-1. Tjenestetrappa.

Hjemmetjenestene befinner seg lavest i tjenestetrappa, jf. Figur 5-1. Disse omfatter både praktisk bistand og hjemmesykepleie og inkluderer tjenester i omsorgsboliger hvor kommunen tilbyr ordinære hjemmetjenester. Opprinnelig ønsket vi å skille mellom hjemmetjenester i opprinnelig hjem og i omsorgsboliger, men pga mangelfullt datagrunnlag, var det vanskelig å skille disse fra hverandre.

Heldøgnsbemannede omsorgsboliger innebærer mer intensiv pleie i den forstand at beboerne skal ha permanent bemanning stasjonert i boligene. I praksis varierer det imidlertid noe hvordan kommunene definerer

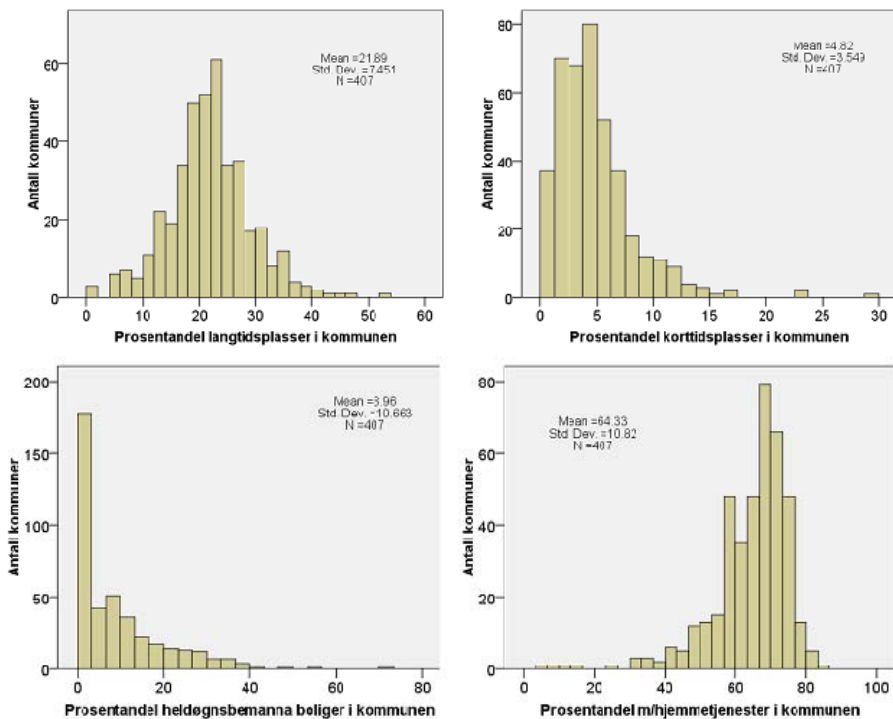
heldøgnsbemanning. En variant er at det er fast stasjonert døgnbemanning ved boligene, men da som regel lavere bemanning enn ved et sykehjem. En annen variant er at man har fast dag- og kveldsbemanning, mens det er den ordinære hjemmetjenesten som betjener boligene på nattestid.

Langtidsplasser i sykehjem defineres som institusjon og har som regel høyere bemanning generelt og høyere sykepleiebemanning spesielt enn i omsorgsboligene. Pleien vil normalt også være mer omfattende i den forstand at beboerne normalt har større hjelpebehov på sykehjemmet enn i omsorgsboligene. På sykehjemmet får beboerne mat, medisiner og annet nødvendig medisinsk utstyr.

Korttidsplasser er også en institusjonstjeneste og omfatter tjenester som avlastning, rehabilitering og ulike former for medisinsk behandling, for eksempel etter utskrivning fra sykehus. Som regel vil en korttidsplass være høyt bemannet, både i forhold til antall stillinger og sykepleiedekningen. Det vil normalt også være flere tjenester som utføres ved en korttidsavdeling enn på en langtidsavdeling. Til forskjell fra langtidsavdelingene skal tilbudet her være tidsbegrenset. Slik sett kan det diskuteres hvorvidt korttidsplassene hører til øverst i tjenestetrappa. Der som vi tar utgangspunkt i hvordan korttidsplassene brukes, er det rimelig at korttidsplassene plasseres lengre ned i tjenestetrappa. Dette fordi korttidsplassene som regel benyttes mens man bor hjemme (eventuelt i omsorgsbolig) og mottar hjemmetjeneste, dvs. før det er aktuelt med en langtidsplass. Det er heller ikke uvanlig at korttidsplassene fungerer som ventestasjon for plass på en langtidsavdeling. Med andre ord kan det i noen tilfeller være aktuelt å plassere korttidsplassene øverst i tjenestetrappa og i andre tilfeller langtidsplassene.

### 5.3 Fordeling av de ulike tjenesteproduktene

Det er forholdsvis stor variasjon i hvordan kommunene har innrettet sine pleie- og omsorgstjenester. Nedenfor har vi vist hvordan kommunene i 2009 fordelte seg i forhold til de fire tjenesteproduktene som benyttes i analysen. Produktene er regnet ut i prosentandeler slik at summen av de ulike produktene i hver kommune utgjør 100 %.



Figur 5-2. Fordeling av kommunene i forhold til hvor stor andel brukere av langtidsplasser, korttidsplasser, beboere i heldøgnsbemannede boliger og mottakere av hjemmetjenester (2009).

Figuren øverst til venstre viser at andelen beboere ved langtidsavdelinger i gjennomsnitt ligger på omtrent 22 %. Dette varierer forholdsvis

mye mellom kommunene. På den ene siden ser vi at det er omtrent 20 kommuner som har færre enn 10 % av brukerne på langtidsavdelinger, mens det på den andre siden er noen få kommuner som har så mye som 40 %. De aller fleste kommunene har imidlertid en andel langtidsplasser som ligger mellom 15 % og 30 %.

Det er også stor variasjon mellom kommunene i andelen tjenestemottakere på korttidsplasser. I gjennomsnitt ligger andelen på ca 5 %. Men som det fremgår av figuren, er fordelingen skjev i den forstand at de aller fleste kommunene har rundt 5 % eller færre i korttidsplasser, mens det er relativt få som har en høyere andel. Det er 15 kommuner som overhodet ikke har korttidsplasser, mens i overkant av 30 kommuner har en andel over 10 %. En forklaring på den skjeve fordelingen er sannsynligvis ulike strategiske beslutninger i kommunene. Strategien bak det å satse på mye korttidsplasser vil være å kombinere dette med bruk av hjemmetjenester for at brukerne skal kunne bo lengre hjemme og derigjennom utsette behovet for langtidsplasser. En annen funksjon vil være å bygge opp korttidsplasser for raskere kunne motta pasienter fra sykehuset.

Av alle som mottar de fire tjenestene, er det i gjennomsnitt 9 % som får tjenester i heldøgnsbemannede omsorgsboliger (dette forutsetter bemanning i hver omsorgsbolig). Vi ser at fordelingen mellom kommunene tilsvarer den vi fant for korttidsplassene. Det vil si at de fleste kommunene har en relativt liten andel slike boliger, mens et mindretall av kommunene har relativt mye. Det er i alt 90 kommuner (22 %) som har oppgitt at de ikke hadde heldøgnsbemannede boliger. På den andre siden er det vel 60 kommuner som har over 20 % omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Denne skjevheten kan knyttes til at et mindretall

kommuner har satset spesielt på omsorgsboliger for å etablere et ekstra trinn i tjenestetrappa, og på den måten utsatt behovet for langtidsplasser på sykehjem.

I figuren nederst til høyre ser vi hvordan kommunene fordeler seg i forhold til andel brukere i hjemmetjenesten. Gjennomsnittet her er på 64 %, noe som betyr at de aller fleste tjenestemottakerne får tjenester fra hjemmetjenesten. Dette tilbudet omfatter praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie enten i eget hjem eller i omsorgsbolig (uten heldøgnsbemanning). De fleste kommunene har en andel hjemmetjenestemottakere på mellom noe under 60 % og 80 %. Samtidig ser vi at et noen få kommuner faktisk har en andel under 20 %.<sup>16</sup>

## 5.4 Tjenesteprofiler

---

Fordelingene over gir et visst inntrykk av hvordan kommunene har innrettet sitt tjenestetilbud. Det som imidlertid er interessant i denne sammenheng er hvordan kommunene har satt sammen tjenestetilbudet i en bestemt tjenesteprofil. For å illustrere noe av variasjonene mellom kommunene, har vi i Figur 5-3 presentert en såkalt mediankommune og tre faktiske kommuner som skiller seg relativt mye fra hverandre.

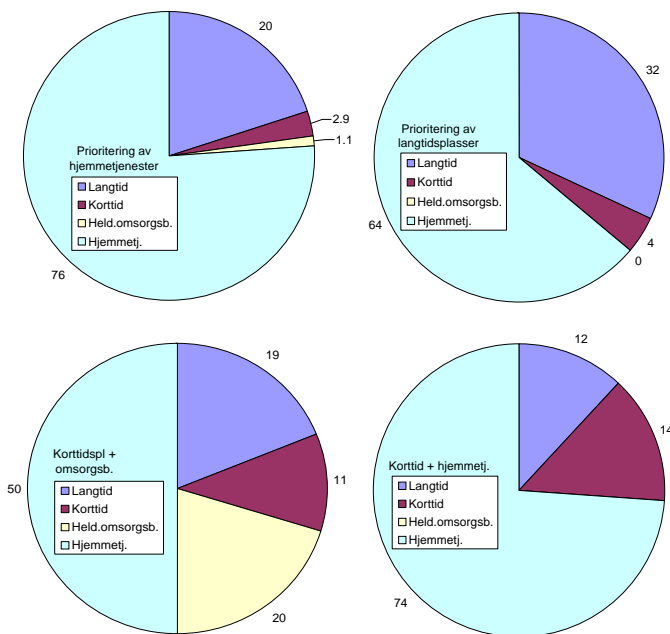
Kakediagrammet øverst til venstre viser en kommune som har prioritert hjemmetjenestene og tilsvarer mediankommunen. Andelen korttidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger er her forholdsvis liten, mens andelen langtidsplasser er omtrent som gjennomsnittet for

---

<sup>16</sup> Her må vi ta forbehold om at det kan være registreringsfeil i datamaterialet.

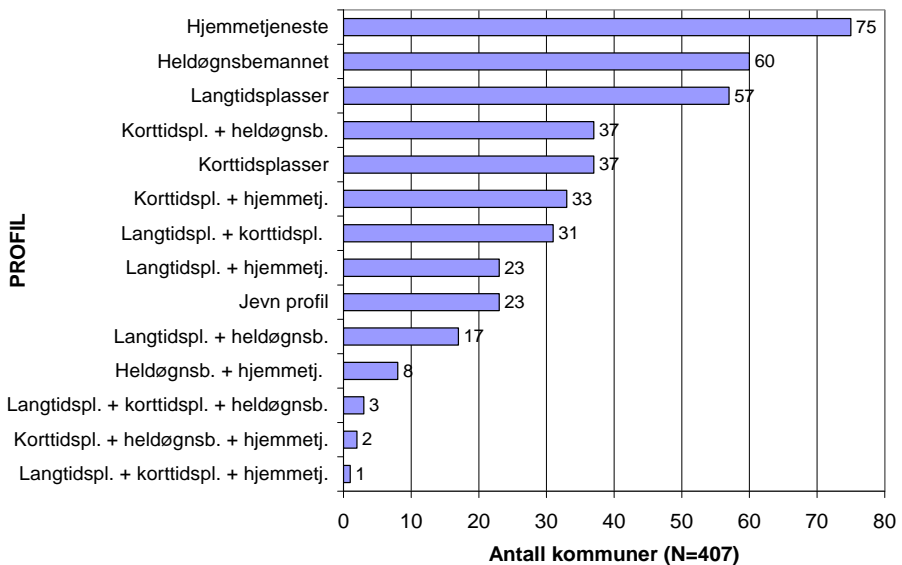


landet som helhet. Diagrammet øverst til høyre viser en kommune som har prioritert langtidsplasser. Andelen langtidsplasser er på hele 32 %, noe som er godt over gjennomsnittet for landet som helhet. I denne kommunen har de ingen heldøgnsbemannede omsorgsboliger og andelen korttidsplasser tilsvarer omtrent landsgjennomsnittet. Kommunen nederst til venstre har, til forskjell fra de to foregående, satset mye både på heldøgnsbemannede omsorgsboliger og korttidsplasser. I dette tilfellet ser vi at dette – sammenlignet med de to førstnevnte – har erstattet mye av hjemmetjenestene. I andre tilfeller ser vi at utvidelse av disse tjenestene erstatter mer av langtidsplassene. I den siste kommunen har de prioritert korttidsplasser og hjemmetjenesten. Her fremgår det samtidig at de har relativt lite langtidsplasser og ingen omsorgsboliger med heldøgnsbemanning.



Figur 5-3. Eksempler på tjenesteprofiler.

For å få frem et bilde på sammensetningen av tjenestetilbudet for alle kommunene, har vi klassifisert kommunene etter hvilke typer tjenester de har spesielt mye av. Klassifiseringen av kommunene er gjort ved først å klassifisere kommunene etter hvorvidt de har lav, middels eller høy andel brukere på de hvert av de fire tjenestetilbudene. Rangeringen er relativ i den forstand at alle kommunene er rangert fra lavest til høyest på de ulike variablene. Den tredjedelen av kommunene som har høyest andel tjenester på de respektive produktene får så verdien 1 (høy andel), mens resten får verdien 0 (lav/middels andel). Til slutt settes verdiene (1 og 0) for de fire produktene sammen til en bestemt profil. Det betyr for eksempel at en kommune både kan ha en relativt stor andel hjemmetjenester (dvs. være blant den tredjedelen med høyest andel hjemmetjenester) og ha en relativt stor andel omsorgsboliger (dvs. være blant den tredjedelen med høyest andel omsorgsboliger). Resultatet fra denne klassifiseringen vises i figuren under.

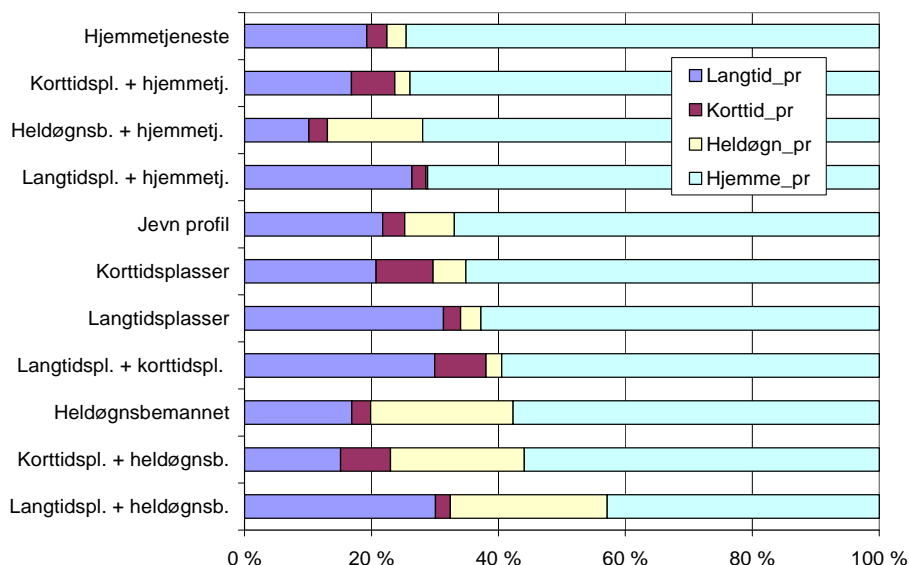


Figur 5-4. Antall kommuner i ulike tjenesteprofiler (2009). N=407.

Figur 5-4 viser hvordan kommunene i 2009 fordeler seg på de ulike profilene. Navnet på profilene forteller hvilke tjenester som kommunen har prioritert, dvs. har en høy andel av. Kommuner som befinner seg i kategorien langtidsplasser har alle en høy andel langtidsplasser, dvs. at de er blant den tredjedelen av kommunene med høyest andel langtidsplasser. Tilsvarende tilhører kommunene med profilen ”Korttidsplasser + hjemmetjenester” den tredjedelen som både har høyest andel korttidsplasser og hjemmetjenester.

Figuren viser at de fleste kommunene har en profil som kjennetegnes av at de har relativt mange brukerne som mottar hjemmetjenester (75). Med andre ord er det mest vanlig å prioritere tjenestene lavest nede i tjenestetrappa. Dernest ser vi at mange kommuner kjennetegnes ved enten å ha relativt mange heldøgnsbemannede boliger (60) eller lang-

tidsplasser (57). Disse særpreges dermed av å prioritere én bestemt tjeneste. Ellers ser vi at det er relativt mange kommuner som har en høy andel av både korttidsplasser og heldøgnsbemannede boliger. Dette er altså kommuner som har konsentrert tjenestene sine i midten av tjenestetrappa.



Figur 5-5. Fordeling av tjenester på gjennomsnittskommunen i ulike grupper tjenesteprofiler. N=1163.

Figur 5-5 viser hvordan gjennomsnittprofilen ser ut for de ulike gruppene av kommuneprofiler. Innenfor alle gruppene ser vi at forholdsvis mange omfattes av hjemmetjenestene. Samtidig er denne andelen spesielt liten i gruppen kommuner med mange beboere på langtidsplasser og i heldøgnsbemannede boliger. Det er også interessant å observere at

kommunene som kombinerer mye langtidsplasser og hjemmetjenester, knapt nok har heldøgnsbemannede omsorgsboliger.

Tabell 5-1. Gjennomsnittlig innbyggertall, frie inntekter per innbygger og andelen eldre over 67 år fordelt på tjenesteprofiler (standardavvik i parentes). N=1 291.

	<i>Innbyggere</i>	<i>Frie inntekter per innb.</i>	<i>Andel eldre 67+</i>
Hjemmetjenester	11684 (21668)	38,742 (8,616)	<b>16</b> <b>(4)</b>
Heldøgnsbemannede	6949 (8200)	38,533 (7,947)	15 (3)
Langtidsplasser	12045 (61302)	<b>44,320</b> <b>(10,224)</b>	<b>16</b> <b>(3)</b>
Korttidsp. + heldøgnsb.	9561 (8906)	37,308 (9,040)	14 (3)
Korttidsplasser	<b>25420</b> <b>(43010)</b>	37,525 (8,594)	14 (3)
Korttidsp. + hjemmetj.	12322 (15733)	36,678 (8,109)	15 (3)
Langtidsp. + korttidsp.	14453 (65706)	<b>45,407</b> <b>(12,519)</b>	<b>16</b> <b>(3)</b>
Langtidsp. + hjemmetj.	5314 (6569)	<b>41,740</b> <b>(8,305)</b>	<b>17</b> <b>(3)</b>
Jevn profil	11882 (13079)	35,549 (5,577)	14 (3)
Langtidsp. + heldøgnsb.	4911 (6207)	<b>43,731</b> <b>(10,073)</b>	<b>16</b> <b>(3)</b>
Heldøgnsb. + hjemmetj.	11020 (15913)	33,384 (2,875)	14 (2)
Total	10927 (32830)	39,421 (9,347)	15 (3)

Det er ikke nødvendigvis tilfeldig hva slags tjenesteprofil kommunene velger. Dette kan avhenge av flere forhold, bl.a. innbyggerstørrelse, kommunenes frie inntekter og andelen eldre i kommunen. Tabell 5-1 viser hvordan de ulike tjenesteprofilene varierer i forhold til disse tre

kjennetegnene ved kommunen. Her ser vi at det er forholdsvis lavt innbyggertall innenfor følgende tjenesteprofiler:

- heldøgnsbemannede omsorgsboliger
- langtidsplasser og hjemmetjenester
- langtidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger

På den andre siden finner vi at det gjennomgående er større kommuner som har satset på korttidsplasser.

Det er ellers interessant at kommuner med høye frie inntekter per innbygger har satset på langtidsplasser eller langtidsplasser i kombinasjon en av de øvrige tjenestene. De profilene der frie inntekter per innbygger er lavest, bærer på sin side preg av å satse på hjemmetjenester i kombinasjon med enten omsorgsboliger eller korttidsplasser. De med jevn profil, dvs. de som ikke skiller seg spesielt ut, har også forholdsvis lave frie inntekter i gjennomsnitt.

Tabellen viser også at kommuner som har satset på langtidsplasser eller langtidsplasser i kombinasjon med en av de andre tjenestene, har en høyere andel av befolkningen over 67 år. Som nevnt er dette også kommuner som i snitt har høyere frie inntekter per innbygger enn andre. Til sammenligning er det interessant å observere at kommuner som har satset på hjemmetjenester, også har en høy andel innbyggere over 67 år, men disse har samtidig gjennomgående lavere frie inntekter per innbygger. Med andre ord tyder dette på at kommuner med ulikt inntektsgrunnlag møter utfordringene med en økende andel eldre på ulik måte.

## 5.5 Har profilen betydning for tjenesteomfanget?

---

I de påfølgende kapitlene vil vi se nærmere på om prioriteringene av de ulike tjenestene påvirker kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren. Som innledning til disse analysene, vil det være interessant å undersøke om profilen også påvirker dekningsgraden, dvs. hvor stor andel av innbyggerne over 67 år som mottar pleie- og omsorgstjenester.

I utgangspunktet antar vi at jo mer kommunen prioriterer tjenester som ligger lengst nede i tjenestetrappa, desto flere brukere vil omfattes av tjenestene. Med andre ord, jo flere tjenestemottakere som omfattes av hjemmetjenestene og jo flere som bor i heldøgnsbemannede omsorgsboliger, desto flere av kommunens innbyggere kan motta tjenester.

Motsatt, desto mer kommunene prioriterer de mer ressurskrevende tjenestene lengre oppe i tjenestetrappa, desto mer ressurser brukes på færre tjenestemottakere. Borge og Haraldsvik (2005) finner for eksempel at andelen institusjonsbeboere har negativ effekt på dekningsgrad, og vi vil derfor anta at vi vil finne den samme tendensen i våre analyser. Vi har imidlertid ingen klare formeninger om fordelingen mellom korttidsplasser og langtidsplasser påvirker dekningsgraden, siden begge tjenestene er institusjonsplasser og det ikke er helt entydig hvilke av disse tjenestene som ligger øverst i tjenestetrappa.

Når vi undersøker sammenhengen mellom tjenesteproduksjonen og dekningsgrad uten å kontrollere for andre forhold, får vi bare delvis støtte i våre antagelser. De bivarierte sammenhengene viser for eksempel at det er en positiv sammenheng mellom andelen brukere med langtidsplass og andelen brukere av befolkningen ( $r = 0,16$ ). Men som vist over kan dette skyldes at kommuner som satser på langtidsplasser, også

har en høyere andel eldre (dvs. et økt behov) og høyere (korrigerte) frie inntekter (dvs. økonomiske muligheter til å dekke behovet). Andelen korttidsplasser og heldøgnsbemannede boliger korrelerer derimot som forventet negativt med andelen tjenestemottakere ( $r = -0,10$  og  $r = -0,13$ ). Men det er ingen positiv sammenheng mellom andelen tjenestemottakere fra hjemmetjenesten og omfanget av tjenestene. Noe av forklaringen på dette skyldes sannsynligvis at behovet for tjenester varierer mellom kommunene. Dvs. at andelen som mottar tjenester ikke utelukkende bestemmes av tjenestetilbudets kapasitet, men av behovet. Nedenfor har vi derfor estimert en regresjonsmodell med dekningsgrad (andel tjenestemottakere over 67 år av alle innbyggere over 67 år) som avhengig variabel. På den måten får nettopp kontrollert for dette og andre faktorer som kan påvirke dekningsgraden.

Tabell 5-2. Sammenhengen mellom tjenesteprofil og tjenesteomfang (andelen tjenestemottakere over 67 år av alle innbyggere over 67 år). Lineær regresjon. År 2007-2009. t-verdier i parentes.<sup>a</sup> N= 1 132.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
(Constant)	34,446 *** (16,258)	26,734 *** (7,159)	16,924 *** (5,078)
Langtid_pr	0,047 *** (2,663)	0,047 *** (2,661)	-0,005 (-0,294)
Korttid_pr	-0,017 (-0,418)	-0,019 (-0,470)	-0,094 *** (-2,653)
Heldøgn_pr	-0,032 *** (-2,686)	-0,031 *** (-2,604)	-0,026 ** (-2,473)
Andel brukere under 67 år med tjenester	-0,183 *** (-10,882)	-0,181 *** (-10,769)	-0,173 *** (-11,716)
Andel innbyggere over 67 år	0,253 *** (4,775)	0,246 *** (4,648)	0,111 ** (2,347)
Andel kvinner over 67år		13,362 *** (2,505)	20,881 *** (4,428)
Liggedager på sykehus pr	-0,103	-0,148	0,109



	Modell 1	Modell 2	Modell 3
innb 67	(-0,326)	(-0,468)	(0,391)
Andel mottakere med omfattende tjenestebEHOV	-0,997 (-0,530)	-1,065 (-0,567)	3,782 ** (2,258)
Andel m/fagutd. fra videregående skole	0,139 (0,071)	0,154 (0,079)	3,035 * (1,756)
Andel m/fagutd. fra høyskole/universitet	-2,665 (-1,103)	-2,342 (-0,970)	0,801 (0,376)
Andel årsverk m/spesialtjenester	15,326 *** (2,577)	15,810 *** (2,663)	6,908 (1,316)
Antall sykefraværsdager per årsverk i alt	-7,756 (-1,521)	-8,187 (-1,608)	-7,769 * (-1,733)
Korrigerte frie inntekter per innbygger			0,245 *** (18,031)
Netto driftsutgifter per omsorgsplass	-0,021 *** (-9,038)	-0,021 *** (-9,032)	-0,034 *** (-15,833)
Brukerbetaling per bruker, praktisk bistand, i 100 kr	-0,014 ** (-2,528)	-0,015 *** (-2,613)	-0,006 (-1,235)
Brukerbetaling per bruker, institusjon, i 1000 kr	-0,018 *** (-3,914)	-0,018 *** (-4,009)	-0,014 *** (-3,449)
Antall innbyggere i 1000 personer	-0,012 *** (-3,412)	-0,014 *** (-3,929)	-0,011 *** (-3,340)
Gjennomsnittlig reisetid til kommunesenteret	0,995 *** (4,359)	1,123 *** (4,813)	0,866 *** (4,206)
R <sup>2</sup> (justert)	0,388	0,390	0,527

a) Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell 5-2 viser hvordan sammensetningen av tjenestene påvirker dekningsgraden. Tabellen består av tre modeller. I den første har vi utelatt variablene ”andelen kvinner over 67 år” og ”korrigerte frie inntekter per innbygger”. I den andre modellen har vi kun utelatt variabelen ”korrigerte frie inntekter”. Formålet med dette er å vise hvordan de to nevnte variablene påvirker effekten av andre variabler i modellen.

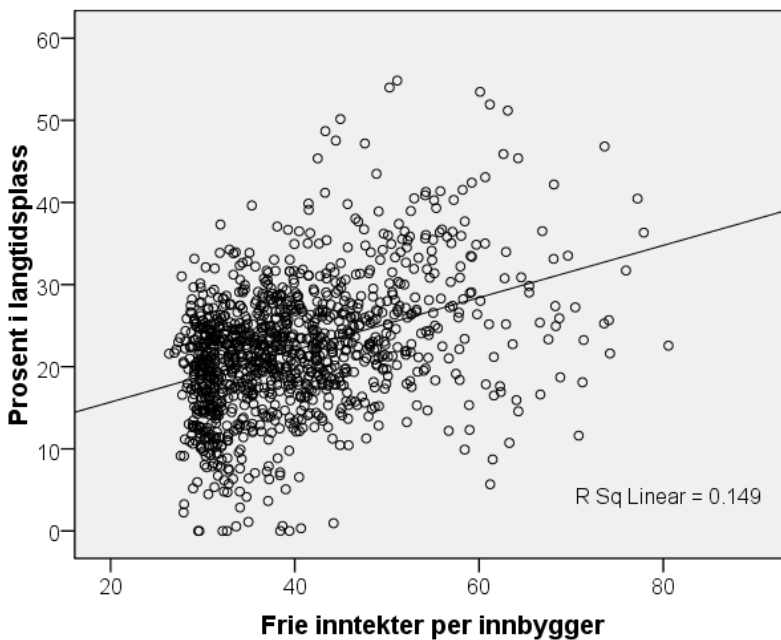
Siden tjenesteproduksjonen består av fire andelsvariabler med verdier som til sammen utgjør 100 %, er det nødvendig at en av variablene tas

ut av modellen. Vi har valgt å ta ut hjemmetjenesten siden dette er det laveste nivået i tjenestetrappa. Denne tjenesten fungerer dermed som en referanse i forhold til de øvrige tjenestene som inngår i modellen. Det vil si at effekten av en bestemt tjeneste i modellen – for eksempel langtidsplasser – ses i forhold til hjemmetjenester.

I den første modellen ser vi at andelen langtidsplasser er positivt korrelert med dekningsgraden slik den bivariante analysen også viste. Det vil si at jo mer man satser på langtidsplasser, desto flere mottar tjenester. Resultatet er med andre ord motsatt av det vi forventet, selv når vi kontrollerer for tjenestebehovet (andelen innbyggere over 67 år). Videre ser vi at heldøgnsbemannede omsorgsboliger har en signifikant negativ betydning for dekningsgraden. Det betyr at jo mer man satser på disse tjenestene på bekostning av hjemmetjenestene (som er utelatt fra modellen), desto lavere blir dekningsgraden. Dette er som forventet. Til slutt finner vi at det ikke er noe sammenheng mellom omfanget av korttidsplasser og dekningsgrad. Her forventet vi imidlertid en negativ sammenheng.

I modell 2 har vi også kontrollert for andelen kvinner over 67 år. Vi finner imidlertid at dette ikke endrer på effektene av de ulike tjenesteproduktene i nevneverdig grad. Derimot påvirker det andre variabler i modellen, noe vi kommer nærmere inn på nedenfor.

I modell 3 der vi også kontrollerer for kommunens (korrigerte) frie inntekter per innbygger, finner vi at de ulike tjenesteproduktene i større grad får forventede effekter. Sammenlignet med hjemmetjenestene, ser vi at både langtidsplasser, korttidsplasser og heldøgnsbemannede boliger får en negativ effekt, men at effekten av langtidsplasser ikke er signifikant på gjeldende nivåer for testen (1, 5 og 10 %).



Figur 5-6. Sammenheng mellom korrigerede frie inntekter per innbygger og andel langtidsplasser i kommunen.

Hva er så forklaringen på at resultatene blir mer som forventet når vi kontrollerer for kommunenes korrigerede frie inntekter? Dette skyldes at kommuner med frie inntekter, gjennomgående har en større andel langtidsplasser og en mindre andel brukere i hjemmetjenesten, mens de med lavere (korrigerede) frie inntekter har en motsatt fordeling av tjenestene. Dette kan tolkes i retning av at kommuner med høye korrigerede frie inntekter har større økonomisk handlingsrom og derfor i større grad enn andre kommuner, kan velge tjenester på øverste hylle. Men dersom vi kontrollerer for disse forskjellene (slik vi gjør i modellen), ser vi, som forventet, at prioritering av de mer ressurskrevende tjenestene høyere opp i tjenestetrappa gir tjenester til færre brukere.

Selv om satsingen på hjemmetjenester ser ut til å gi tjenester til flere, skal vi ikke se bort i fra at dette kan gå ut over kvaliteten på tjenestene, nærmere bestemt på hvordan brukerne opplever tjenestene. En hypotese vil derfor være at kommuner som prioriterer tjenester høyere opp i tjenestetrappa, gir kvalitativt bedre tjenester til færre, mens de som satses på tjenester lavere nede i tjenestetrappa, gir kvalitativt dårligere tjenester, men til flere. Hvorvidt vi får støtte til en slik hypotese, skal vi komme tilbake til i kapittel 0.

Det er ellers andre interessante resultater i modellen. For det første ser vi at det er en positiv sammenheng mellom andelen innbyggere over 67 år og dekningsgrad. Det kan tolkes som at denne aldersgruppen har en relativt større politisk innflytelse som gir utslag i en sterkere prioritering av pleie- og omsorgssektoren. Vi finner videre at andelen kvinner over 67 år i befolkningen, gir en klart økning i omfanget av tjenestene. Dette har også konsekvenser i den forstand at innbyggertallet får en negativ effekt. Bakgrunnen for dette er at innbyggerstørrelse og andelen eldre kvinner henger sammen, dvs. at i større kommuner så er det generelt færre eldre, men ikke like mye færre kvinner som menn. Når vi kontrollerer for denne høye andelen eldre kvinner i store kommuner, får vi dermed ut en rendyrket negativ effekt av å bo i storbyer. Hadde det ikke vært for de eldre kvinnene i store kommuner, hadde det altså vært klart færre med tjenester i større enn i mindre kommuner.

I utgangspunktet – dvs. når vi ikke kontrollerer for andre forhold – er det en klar negativ sammenheng mellom andelen med fagutdanning fra høyskole/universitet og omfanget av tjenestebehovet. Årsaken til at dette ikke fremgår av modell 1 er at vi kontrollerer for andelen brukere under 67 år. I kommuner med en høy andel årsverk med høysko-

le/universitet, er det derfor rimelig å anta at mange av disse årsverkene er knyttet til brukere under 67 år. Når vi tar hensyn til dette, påvirker altså ikke utdanningsnivået i kommunen tjenesteomfanget.

I modell 3 fremgår det at andelen stillinger med fagutdanning fra videregående skole bidrar til økt tjenesteomfang. Denne effekten kommer frem når vi kontrollerer for kommunens korrigerede frie inntekter. Dette har igjen bakgrunn i at kommuner med høye frie inntekter har lavere andel årsverk med høyskole/universitet og tilsvarende høyere andel årsverk med utdanning fra videregående skole. Når vi da korrigerer for effekten av korrigerede frie inntekter får vi en positiv effekt av andelen med fagutdanning fra videregående skole på dekningsgraden.

Forklaringen på at vi finner svake, men positive effekter av utdanning på dekningsgrad kan være kombinasjonen av at hjelpepleiere og omsorgsarbeidere påvirker beslutningene om hvem som får eller ikke får tjenester på en annen måte enn sammenlikningsgruppen som består av ikke faglærte årsverk og annen spesialkompetanse. Videre kan det også være slik at utdanning i større grad bidrar til at fagpersonalet lærer seg å stille krav til beboere og mottakere, noe som i neste omgang fører til at tjenestemottakerne blir mer selvstendige og mindre grad passive mottakere av omsorgstjenester. Støtte for å drive denne form for omsorg finner man bl.a. i Langer (2009), og det frigjør åpenbart ressurser slik at flere kan gis et omsorgstilbud – dekningsgraden øker.

Vi finner også at andelen årsverk med spesialtjenester (fysioterapeut, ergoterapeut, kreftsykepleier mv.) har en positiv effekt på dekningsgraden, både i den første og andre modellen. Denne effekten forsvinner imidlertid når vi kontrollerer for korrigerede frie inntekter per innbyg-

ger. Bakgrunnen for dette er at kommuner med høye frie inntekter per innbygger gjennomgående har et høyere utdanningsnivå.

Kommunens korrigerte frie inntekter har en positiv effekt på tjenesteomfanget. Analysene viser også at netto driftsutgifter per omsorgsplass – dvs. den prisen kommunen betaler for tjenestene – har en klar negativ effekt på dekningsgraden. Det betyr at jo mer kommunen må bekoste fra eget driftsbudsjett (dvs. utenom brukerbetalingen og eventuelle statlige tilskudd), desto færre mottar også tjenester. Dette betyr videre at kommunenes økonomiske situasjon har betydning for hvor godt utbygd pleie- og omsorgstjenestene er. Vi finner samtidig at brukerbetalingen (vederlaget) på institusjonsplasser påvirker tjenesteomfanget negativt, dvs. at jo mer kommunen tar inn gjennom vederlagsordningen, desto mindre omfattende er tjenestene. Dette tyder dermed på at prisen eller egenbetalingen for tjenestene påvirker etterspørselen. Siden utmålingen av vederlaget for institusjonsplasser er lovregulert og inntektsavhengig, kan dette resultatet tolkes dit hen at det egentlig dreier seg om at etterspørselen er lavere i kommuner med rike innbyggere og at dette kan ha sammenheng med den inntektsavhengige vederlagsordningen.

Analysen viser videre at kommunistørrelse påvirker tjenesteomfanget negativt. Det betyr at det er færre som mottar tjenester i større kommuner enn i mindre kommuner. Vi ser også at gjennomsnittlig reisetid til kommunesentret har en positiv effekt, dvs. at jo lengre reisetid innen kommunen, desto flere mottar tjenester. Det er vanskelig å finne noen gode forklaringer på dette. Forklaringen på at flere får tjenester i mindre kommuner, kan imidlertid være at det her er mindre forhold og at behovene ute i kommunene i større grad fanges opp gjennom nettverk, bekjentskaper og andre uformelle kanaler. Det kan også være at vans-

kelige boforhold i distriktskommuner kan påvirke tjenestebehovet. F.eks. vil en og samme person kunne vurderes til å ha et tjenestebehov i en distriktskommune på grunn av lange reiseavstander, mens samme person kunne klart seg uten hjelp i mer sentrale områder med kortere avstander og bedre kommunikasjonsmuligheter.





# 6. Kostnader

## 6.1 Innledning og sammendrag

---

Vi skal i dette kapitlet analysere kostnadene i pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner. Et hovedmål med analysene er å splitte opp tjenesteproduksjonen i sektoren slik at den fanger opp de ulike typene tjenester. Her finnes jo de tradisjonelle, som syke-/aldershjem og hjemmetjenester, men i tillegg har vi fått ulike former for omsorgsboliger, bl.a. med og uten heldøgnsbemanning, som kompliserer bildet en del. Spesielt er det komplisert med de dataene man har til rådighet, men vi har som nevnt tidligere klart å avgrense fem tjenesteprodukter, hvorav fire av dem hører inn under eldreomsorgen (67+), mens det femte er et fellesprodukt for de under 67 år.

Hensikten med å operere med fem ulike produkter er å analysere hvorvidt en dreining av tilbudet mot nyere former for omsorg kan bidra til å redusere kostnadene i sektoren og hvorvidt det er samdriftsfordeler knyttet til ett eller flere av de fem produktene som gjør at bestemte kombinasjoner er mer kostnadseffektive enn andre. Slike analyser kan vi ikke gjøre uten at vi åpner for at kostnadsfunksjonen som anvendes i analysene omfatter mer enn ett produkt. Vi benytter en multiprodukt kostnadsfunksjon for å analysere strukturelle aspekter ved de fem tjenestekategoriene.

I gjennomsnittskommunen finner vi store ikke-utnyttede stordriftsfordeler for alle de fire eldreomsorgstjenestene, eller det som kalles produktspesifikke stordriftsfordeler. Med det menes at man kan senke

kostnadene per enhet omsorgsplass ved å øke produksjonen av slike omsorgsplasser, for eksempel for langtidsopphold i institusjon.

Resultatene peker videre i retning av negative samdriftsfordeler, dvs. at det kostnadmessig lønner seg å produsere tjenestene i separate enheter (kommuner) i stedet for i samme enhet. I prinsippet er det for eksempel mulig å tenke seg interkommunale særkommuner for institusjonsplasser som bidrar til bedre utnyttelse av stordriftsfordeler samtidig som man unngår samdriftsulemper.

Når man øker produksjonen i kun den største av de fire produktkategoriene, øker spesialiseringsgraden i kommunen. Det er gunstig fra et kostnadmessig synspunkt når det samtidig ikke eksisterer samdriftsfordeler. Dette synliggjøres også ved at de globale stordriftsfordelene er langt lavere enn de produktspesifikke. De globale stordriftsfordelene er målt ved den prosentvise økningen i kostnader ved en prosentvis like stor endring i produksjonen av alle produkter. Siden en slik økning i produksjonen øker omfanget av samdrift, vil dermed de negative samdriftsfordeler påvirke den globale stordriftsfordelen negativt. Våre resultater tyder altså på at økt spesialisering av pleie- og omsorgstilbudet bidrar til lavere kostnader.

Ved en overflytting av alle personer som mottar tjenester i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning til langtidsopphold i institusjon, og vise versa, finner vi følgende: sammenliknet med gjennomsnittet, faller de samlede kostnadene til pleie- og omsorgssektoren ved full spesialisering, uavhengig av om den går den ene eller den andre veien. Men den største gevinsten oppnås ved overflytting til heldøgnsbemannede omsorgsboliger fordi det ikke-utnyttede stordriftspotensialet er størst her siden gjennomsnittskommunen har få slike tjenestemottakere (12),

mens den samtidig har 43 langtidsplasser. Korrigerer vi for ulikheter i pleiebehov i de to tjenestekategoriene finner vi at samlede kostnader i gjennomsnittskommunen faller fra 94 millioner til 72 millioner (-23 %) hvis de flytter alle langtidsplasser til heldøgnsbemannede omsorgsboliger, mens de faller fra 94 til 85 millioner (-10 %) dersom alle personer i heldøgnsbemannede omsorgsboliger flyttes til langtidsopphold.

Vi skiller i analysene også mellom brutto- og nettokostnader. Bruttokostnader gjenspeiler den samfunnsøkonomiske kostnaden ved tjenestene, mens nettokostnader gjenspeiler den kostnaden kommunen står overfor. Den andelen av bruttokostnaden som kommunen må dekke, kan kalles kommunens egenfinansieringsgrad. Våre beregninger tyder på at langtidsopphold har lavest egenfinansieringsgrad, ca 80 %, mens korttidsopphold har høyest, ca 95 %. Hjemmetjenester og heldøgnsbemannede omsorgsboliger har en nokså lik egenfinansieringsgrad på rundt 85 %. Skal vi tro disse resultatene betyr det at langtidsplasser er relativt sett billigst sammenliknet med de øvrige, mens korttidsplasser er relativt dyrest.

For kommunene er langtidsplasser relativt billigere enn heldøgnsbemannede omsorgsboliger siden den prosentvise differansen mellom brutto- og netto driftsutgifter er størst for langtidsplassene. For mange kommuner er disse to omsorgsformene alternative og endringer i kostnadsforholdet dem i mellom er derfor viktig for kommunenes prioriteringer. I absolutt forstand er det imidlertid fortsatt slik at heldøgnsbemannede omsorgsboliger har lavest kostnader.

Det er til slutt også viktig å nevne at det er en del problemer med datagrunnlaget som sannsynligvis kan ha betydning for noen av resultatene våre. For det første gjelder det nettoanslagene for heldøgnsbemannede

omsorgsboliger, som sannsynligvis undervurderes som følge av at leieinntekter av boligene ikke fanges opp av definisjonen av pleie- og omsorgssektoren i Kostra. For det andre gjelder kostnadsanslagene for korttidsplasser der datagrunnlaget er noe dårligere enn for de øvrige omsorgstilbudene.

## 6.2 Kostnadsfunksjoner med flere produkter

---

Formålet med delprosjekt 1 er å belyse forholdet mellom kommunenes tjenesteprofil, kommunens kostnader til pleie- og omsorgssektoren og fordeling av finansieringen mellom brukerne, kommunen og staten. Vi tar i den forbindelse utgangspunkt i de fem ulike omsorgsalternativene som er omtalt i avsnitt 2. Utfordringen ved analyser av kostnader i eldreomsorgen er relatert til at tilbudet i de enkelte kommuner kan ha ulik profil ved at de fem omsorgsalternativene er komponert ulikt. For eksempel vil noen kommuner kun tilby sykehjem og hjemmetjeneste, mens andre kanskje tilbyr ulike kombinasjoner av alle fem alternativene. Samtidig finnes ikke informasjon i Kostra om kostnader for hvert av disse fem omsorgsalternativene. Dette skaper spesielle utfordringer ved analyser som søker å avdekke kostnader knyttet til de ulike omsorgsalternativene. Generelt tar vi utgangspunkt i kostnadsfunksjon som følger:

$$C(X) = C(\mathbf{x}, \mathbf{I}, \mathbf{q}, \mathbf{B}, \mathbf{T}) \quad (5-1)$$

der  $C(X)$  er kostnader. I våre beregninger er disse målt som enten brutto eller netto driftsutgifter til pleie- og omsorgssektoren (funksjon

$f_{234}$ ,  $f_{253}$ ,  $f_{254}$ ,  $f_{261}$ ), men for enkelhets skyld bruker vi  $C(X)$  heretter.  $x$  er en vektor av pleie- og omsorgstjenester (langtidsopphold, korttidsopphold, omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, hjemmetjenester og omsorgstjenester for personer under 67 år).  $I$  er en vektor av faktorerpriser dvs. lønn, kapitalkostnad og pris på andre innsatsvarer,  $q$  er en vektor av antatt kvalitative egenskaper med omsorgstilbudet i kommunen,  $B$  er en vektor av behovsvariable, mens  $T$  er en vektor av andre variabler. En statistisk spesifisering av (5-1) er presentert i (V-1) i vedlegg I der vi også går mer i detalj om kostnadsfunksjonen vi estimerer.

Ved estimering av (V-1) kan vi i prinsippet teste en rekke forhold som er av betydning for kostnadene ved å drive pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Det gjelder både hvordan størrelse og hvordan sammensetningen av tilbudet påvirker kostnadene. Men det gjelder selvsagt også andre kostnadsfaktorer som kvalitet, behov og lignende som også er av en viss interesse i denne sammenhengen. Vi skal diskutere disse nærmere i det følgende.

Kostnadsanalyser bør stå sentralt i et prosjekt som dette fordi, enhetskostnaden knyttet til hvert av omsorgsalternativene, kombinert med informasjon om brukerbetalingsregler og statlige støtteordninger, gir viktig informasjon om hvilken pris kommunen, som beslutningstaker, står overfor når den skal velge mellom alternativer. Ved å gjennomføre kostnadsanalyser både for brutto- og nettodriftsutgifter får man nettopp fram dette skillet mellom samfunnsøkonomiske kostnader, som baseres på kostnadsanalyser av brutto driftsutgifter, og kommunal kostnad som baseres på analyser av netto driftsutgifter.

## 6.2.1 Kostnader ved å produsere de ulike omsorgsalternativene

Et viktig formål med beregningene vi gjennomfører, er å skaffe et grunnlag for anslag på gjennomsnitts- og marginalkostnader ved produksjon av ulike bo- og omsorgsformer. Kostnadene ved å fremstille de fire ulike omsorgsalternativene representerer svært nyttig innsikt siden det i dag ikke finnes statistisk baserte analyser som gir anslag på dette. Det er variasjonen i de samlede kostnadene i pleie- og omsorgssektoren, sammen med variasjonen i omfang og profil på de ulike omsorgsalternativene, som gir oss et statistisk grunnlag for å anslå kostnader i de ulike omsorgsalternativene. Med disse kostnadsanslagene som utgangspunkt, kan vi videre beregne kostnader per produsert enhet for de ulike alternativene (gjennomsnitts- eller enhetskostnader). Enhetskostnadene vil gi uttrykk for den prisen som kommunen står overfor ved beslutning om hva slags omsorgsalternativ man velger å satse på og i hvilket omfang. Dersom fordelingen av finansieringen er ulik mellom ulike omsorgsalternativ, for eksempel som følge av øremerkede tilskudd (investeringstilskudd til omsorgsboliger) eller ved ulikheter i muligheter for å kreve inn brukergebyr, så vil det påvirke det relative forholdet mellom disse prisene.

Dersom vi i et tenkt tilfelle antar at prisen er den samme for de fem omsorgsalternativene, så vil kommunens behov og økonomiske handlingsrom være avgjørende for hvilke valg den gjør mht omsorgsalternativ. Hvis derimot staten gir et øremerket tilskudd til sykehjem, så betyr det at dette omsorgsalternativet blir relativt sett (og absolutt sett i dette enkle eksemplet) billigere enn de andre alternativene. Med andre ord vil dette kunne påvirke kommunenes beslutning om valg av omsorgsal-

ternativ. Går staten inn med slike øremerkede tilskudd, bør det derfor skje på grunnlag av veloverveide ønsker om at kommunenes prioriteringer skal påvirkes i en bestemt retning.

## 6.2.2 Kostnadsstruktur – stordrifts- og samdriftsfordeler

### Stordriftsfordeler

Ved å studere omfanget av produksjon i de enkelte alternativene kan vi også si noe mer om betydningen av stordriftsfordeler i tilknytning til de ulike omsorgsalternativene. Er det for eksempel slik at det er smådriftsulemper i produksjon av hjemmetjenester, mens det er stordriftsfordeler i produksjon av sykehjemstjenester, vil det kunne ha implikasjoner for strukturen på omsorgstilbudet både i og mellom kommuner. Det kan for eksempel være slik at omfanget av hjemmetjenester er større i småkommuner fordi slike er relativt sett billigere for småkommunene siden de uansett ikke har samme muligheter for å utnytte stordriftsfordeler ved omsorg på sykehjem.

**Boks 1: Stordriftsfordeler når kostnadsfunksjonen har flere produkter**

Når det er snakk om to eller flere produkter erstattes det enkle stordriftsbegrepet med to stordriftsbegreper. For det første har vi globale stordriftsfordeler (ray economies of scale) og for det andre har vi produktspesifikke stordriftsfordeler (product specific economies of scale). Globale stordriftsfordeler er definert som:

$$RES = \frac{C(X)}{\sum_i X_i C'_i} \quad (5-2)$$

der  $C'_i$  er grensekostnaden mhp. produkt  $i$  ( $i = 1, \dots, 5$ ). Når  $RES > 1$  har vi globale stordriftsfordeler, dvs. at en proporsjonal økning i produktene gir en mindre enn proporsjonal økning i enhetskostnadene, jf. Baumol m.fl. (1988). For å definere produktspesifikke stordriftsfordeler har vi bruk for et nytt kostnadsbegrep også kalt inkrementelle kostnader (incremental costs). Det er definert som følger:

$$IK_i(X) = C(X) - C(X_{5-i}) \quad (5-3)$$

der  $X_{5-i}$  er en vektor av 4 produkter der  $X_i$  er erstattet med 0, mens  $X$  er en vektor bestående av alle 5 produkter. Inkrementelle kostnader er derfor de ekstra kostnadene man påføres ved å produsere  $X_i$ , i tillegg til de øvrige fire tjenesteproduktene. Det følger naturlig da at gjennomsnittlige inkrementelle kostnader er gitt ved:

$$GIK_i(X) = IK_i(X) / X_i. \quad (5-4)$$

Produktspesifikke stordriftsfordeler er beregnet som forholdet mellom gjennomsnittlige inkrementelle kostnader og grensekostnadene for produkt  $i$ :

$$PS(X_i) = GIK_i(X) / C'_i. \quad (5-5)$$

Dersom  $PS(X_i) > 1$  har vi produktspesifikke stordriftsfordeler i produksjon av produkt



## Samdriftsfordeler (Economies of scope)

Videre vil det være av interesse å analysere betydningen av eventuelle samdriftsfordeler i produksjonen av omsorgstjenester. Samdriftsfordeler måler om det er kostnadsfordeler knyttet til å produsere to eller flere produkter i samme produksjonsenhet heller enn å produsere kun ett produkt i en separat enhet. Dette er jo problemstillinger som i første rekke retter seg mot bedrifter i konkurranseutsatte markeder, så det er ikke uten videre gitt at samdriftsfordeler er et begrep som er hensiktsmessig i forbindelse med analyser av kommunal produksjon. Et system med generalistkommuner, slik vi har i Norge, forutsetter at alle kommuner skal produsere de velferdstjenester som de er pålagt fra sentrale myndigheter. Antar vi at det er kommunen som er produksjonsenheten, som er rimelig siden vi her snakker om bo- og omsorgstjenester for eldre, vil det også være av en viss interesse å analysere hvorvidt det er samdriftsfordeler. Men spørsmålet i denne sammenheng er ikke nødvendigvis hvorvidt en bestemt vare eller tjeneste skal produseres i en produksjonsenhet med flere andre varer og tjenester, eller om den bør produseres i en separat produksjonsenhet. Det vil snarere være snakk om i hvilken grad det er kostnadmessig forsvarlig å produsere varen eller tjenesten overhodet. Om sentrale myndigheter pålegger en slik tjeneste produsert, har man ikke noe valg. Men dersom stordriftsfordelene som følger av spesialisering mer enn oppveier samdriftsfordelene, så kan jo det bety at man bør vurdere kommunestrukturen – i hvert fall på lengre sikt.

**Boks 2: Samdriftsfordeler (economies of scope)**

Som for stordriftsfordeler er det også i forbindelse med samdriftsfordeler to begrep som er sentrale, hhv. globale samdriftsfordeler (global economies of scope) og produktspesifikke samdriftsfordeler (product specific economies of scope). Globale samdriftsfordeler måler hvorvidt det er mer kostnadseffektivt å produsere to eller flere produkter i samme produksjonsenhet enn å produsere dem separat, dvs:

$$C(X) < \sum_i C(X_i) \quad (5-6)$$

der  $C(X)$  er kostnadene ved å produsere alle tjenester samlet og  $C(X_i)$  er kostnadene ved å produsere produkt  $i$  i en egen spesialisert produksjonsenhet. Graden av globale samdriftsfordeler er definert som:

$$PSc = \left[ \sum_i C(X_i) - C(X) \right] / C(X) \quad (5-7)$$

Hvis  $PSc > 0$  er så er det globale samdriftsfordeler. Produktspesifikke samdriftsfordeler for produkt  $i$  måler vi ved den proporsjonale kostnadsøkning eller reduksjon som følger når vi produserer alle produkter bortsett fra  $i$  i samme produksjonsenhet. Generelt har vi:

$$PSc_i = [C(X_i) + C(X_{5-i}) - C(X)] / C(X) \quad (5-8)$$

der  $C(X_{5-i})$  er kostnadene ved å produsere alle produkter bortsett fra  $i$  i samme produksjonsenhet. Når  $PSc_i > 0$  så er produkt  $i$  komplementær til de fire andre produktene og vi har produktspesifikke samdriftsfordeler i produkt  $i$ . Motsatt er tilfelle dersom  $PSc_i < 0$ . La oss anta at  $i = 3 =$  "Omsorgsbolig med heldøgnsbemanning". Dersom  $PSc_3 > 0$  betyr det at man oppnår kostnadsfordeler ved å produsere omsorgsbolig med heldøgnsbemanning sammen med de fire øvrige tjenestene vi analyserer.

Analyseapparatet som benyttes i forbindelse med multiproduktanalyser innebærer analyser av samspillseffekter mellom produktene som inngår i kostnadsfunksjonen. Positive samspillseffekter mellom ulike tjenester er jo interessante i seg selv fordi kunnskap om slike kan utnyttes ved sammensetning av et kostnadseffektivt bo- og omsorgstilbud for eldre i kommunene. Er det for eksempel slik at bestemte omsorgsprofiler (kombinasjoner av de ulike omsorgsalternativene) er mer kostnadseffektive enn andre? I så fall kan det kanskje forklare overhyppighet av bestemte profiler. Videre kan det dessuten begrunne øremerking av bestemte omsorgsalternativ dersom det er slik at tilskuddet bidrar til mer kostnadseffektiv miks av omsorgsalternativ.

Innen pleie- og omsorg kan samdriftsfordeler oppstå som følge av at flere tjenestevarianter kan utnytte, i hvert fall delvis, den samme poolen av faglært arbeidskraft som leger, sykepleiere, mv. De ulike tjenestevariantene vil også i noen grad kunne utnytte felles infrastruktur, for eksempel ved at hjemmetjenesten i større byer lokaliserer sine sonekontor i tilknytning til sykehjemmene.

### **6.2.3 Betydning av kvalitet for kostnadene**

Betydningen av kvalitet er åpenbar. Dersom vi ikke tar med informasjon om kvalitetsnivået i tilbudet er det fare for at vi over- eller undervurderer kostnadene i tilbudet. Kostnadene av kvaliteten på tjenestene er nemlig fanget opp i det kostnads målet som benyttes i analysene. Utelates informasjon om kvalitet fra kostnadsfunksjonens argumenter, vil vi derfor kunne gjøre feilslutninger med hensyn til kostnader og omsorgskategorier. I prinsippet er det greit å ta hensyn til kvalitetsnivået på tjenestene, men i praksis er det langt vanskeligere fordi kvalitet ikke

enkelt lar seg måle. Dersom vi ser nærmere på de 7 kvalitetsvariablene som vi benytter, jf. Tabell V-II-1 i vedlegg II, er det ikke uten videre åpenbart at alle disse bidrar til å heve kostnadsnivået. Bl.a. vil et lavt antall sykefraværsgener per årsverk bidra til lavere kostnader, samtidig som det er et uttrykk for bedre arbeidsmiljø som vi antar bidrar til bedre kvalitet i tilbudet. Vi har også med en variabel som måler andel brukertilpassede enerom med bad/wc som vi antar både bidrar til økte kostnader samtidig som det hever kvaliteten på tilbudet. Vi skal komme nærmere tilbake med vurderinger omkring disse variablene i resultatdiskusjonen.

## 6.2.4 Betydningen av behov

For behovsvariable gjelder noe av det samme som for kvalitetsvariablene. Det kan være faktorer eller kjennetegn ved den enkelte kommune som kan tenkes å ha betydning for kostnadene. Tas det ikke hensyn til slike faktorer i beregningene, kan det få betydning for andre og viktigere faktorer som vi søker å finne effekten av. Derfor er det viktig at alle relevante forhold fanges opp i kostnadsfunksjonen selv om det ikke er disse vi primært er interessert i å studere betydningen av.

Vi benytter i alt 7 slike faktorer i analysene. De er beskrevet i Tabell V-II-1 og omfatter andelen 67 år og eldre i kommunen, andelen 67 år og eldre som er kvinner, andelen enslige over 80 år, andel hjemmeboere som har høy timesats av alle som mottar hjemmetjenester, andel tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov av alle tjenestemottakere, gjennomsnittlig reisetid til kommunesenter og, til slutt, andelen av befolkningen samlet sett som bor i tettsteder. Vi antar i utgangspunktet at alle disse vil kunne ha betydning for kostnadsnivået i pleie- og om-

sorgssektoren, men vi vil komme nærmere tilbake med hypoteser og diskusjon i resultatavsnittet.

### 6.2.5 Andre forhold av betydning

Vi tar også med en variabel som måler andelen rom i private institusjoner, for å teste hvorvidt satsing på private løsninger påvirker kostnadsnivået i sektoren. Dessuten vil det kommunale inntektsnivået (korrigerede frie inntekter) kunne ha betydning. Dette inntektsmålet er det beste til å fange opp inntektsulikheter mellom kommuner. Vi antar det kan heve kostnadsnivået av tre grunner: (i) Fordi det kan fange opp eventuelle uobserverte kvalitetsforskjeller mellom kommuner, (ii) fordi det kan fange opp større slakk (ineffektivitet) i kommuner eller (iii) begge deler. Borge og Haraldsvik (2006) finner for eksempel at rike kommuner har en mindre effektiv pleie- og omsorgssektor enn fattigere kommuner.

Vi har også med et trendledd i beregningene. Hensikten med dette er å eventuelt fange opp virkninger i tidsdimensjonen som ikke fanges opp av de øvrige variablene som inngår i modellen.

Til slutt er det verdt å bemerke at dataene vi skal benytte i Kostra er av varierende kvalitet. Spesielt gjelder det IPLOS-dataene som for det første er svært krevende å samle inn og dessuten er de av nyere dato enn data i Kostra for øvrig. Det er derfor all grunn til å bruke dataene med stor forsiktighet og dessuten gjøre rede for de svakheter man måtte finne.

## 6.3 Estimeringsresultater

---

Vi presenterer to sett av beregninger: Et sett som benytter brutto driftsutgifter som avhengig variabel, og et sett som benytter netto driftsutgifter. For øvrig er de to modellene identiske. Grunnen til at vi gjør dette er for å kunne skille mellom samfunns- og kommunaløkonomiske kostnader. Netto driftsutgifter er definert som brutto driftsutgifter fratrukket statlige tilskudd og gebyrer/vederlag. Netto driftsutgifter blir således den kostnaden som kommunen står overfor, mens brutto driftsutgifter blir den kostnaden samfunnet samlet sett står overfor. Vi skal se at resultatene i hovedsak er svært like, kvalitativt sett, uavhengig av om vi bruker den ene eller andre avhengige variabelen. Vi kommenterer derfor resultatene for bruttoberegningene og vil eventuelt kommentere spesielt der det er store avvik mellom beregningssettene. Likevel trenger vi dem begge ved beregning av brutto- og nettokostnadsbegreper seinere, og det er av den grunn hensiktsmessig å presentere begge sett av beregninger i tabellene som finnes i vedlegg III.

### 6.3.1 Resultater for produksjonsvariable

I dette avsnittet presenterer vi resultater for beregning av kostnadsfunksjonen som er gjengitt i detalj i vedlegg I. Funksjonen er som nevnt en såkalt hybrid translog som innebærer at kostnadene, som avhengig variabel, er logaritmisk transformert, mens det for produktvariablene (X-ene) er benyttet Box-Cox transformasjoner. Grunnen til at ikke-logaritmisk transformasjon benyttes på X-ene er at disse kan anta verdien 0, og logaritmen til 0 er ikke definert.

Box-Cox transformasjon innebærer, som omtalt i vedlegg I, at vi må anslå en verdi for den ukjente  $\lambda$ 'en. Ved bruk av iterasjoner har vi funnet at  $\lambda = 0,152$  gir god tilpasning til modellen som estimeres. Modellen i (V-1) estimeres ved bruk av vanlig minste kvadraters metode. I Tabell V-III-1 i vedlegg III presenteres estimeringsresultatene for de fem tjenesteproduktene med respektive andreordensledd og samspillsledd. Resten av modellresultatene presenteres i Tabell V-III-2 og Tabell V-III-3.

Med basis i økonomisk teori antar vi at kostnadsfunksjonen er stigende i produktargumentene, og dette viser også våre resultater helt entydig.<sup>17</sup> Alle de fem koeffisientene er signifikant positive, noe som altså betyr at høyere produksjon gir høyere kostnader uansett om man øker omfanget av ett, to eller alle fem produkter.<sup>18</sup>

Vi ser videre at tre av fem koeffisienter tilhørende de kvadrerte leddene er signifikant positive.<sup>19</sup> Det er bare koeffisientene til de kvadrerte av  $X_2$  og  $X_5$  som ikke er signifikant positive. At koeffisientene til andreor-

---

<sup>17</sup> I den drøftingen av resultater for produktkoeffisientene refererer vi ikke til elastisiteter eller lignede som gjør det enklere å tolke koeffisientenes størrelse. Det skyldes Box-Cox transformerte  $X$ 'er som gjør slike tolkninger kompliserte. Vi skal imidlertid i et eget avsnitt komme tilbake til egne beregninger av økonomiske størrelser som gjør den tallmessige tolkningen av resultatene enklere.

<sup>18</sup> Siden vi her estimerer med Box-Cox transformerte  $X$ 'er med en deterministisk  $\lambda=0,152$ , tas ikke hensyn til usikkerhet knyttet til anslaget på  $\lambda$ . Det innebærer at t-verdiene til tilhørende koeffisienter overvurderes, jf. Blackley m.fl. (1984). Førsteordenseffektene er likevel så sterke at de neppe ville mistet sin ut-sagnskraft ved bruk av stokastisk  $\lambda$ .

<sup>19</sup> Uttrykkene  $(X_i - \bar{X}_i)^2$  i Tabell V-II-1 der  $i=1, \dots, 5$ , er de kvadrerte leddene.

densleddene er signifikant positive innebærer at kostnadene tiltar i størrelse når  $X$  øker, alt annet like.

Så enkelt er det imidlertid ikke med den omfattende samspillstrukturen som vi benytter for å fange opp eventuelle samdriftsfordeler. Det betyr at en endring i for eksempel  $X_1$  ikke har konstant effekt på kostnadene. Effekten av en endring i for eksempel  $X_1$  vil være funksjon også av de andre produktkoeffisientene som er signifikant forskjellig fra 0. De samlede virkningene av en endring må således beregnes for det nivået på  $X$ -ene man vil evaluere effekten.

Dette er også hovedgrunnen til at andreordens- og samspillsledd er beregnet fra sitt empiriske snitt.<sup>20</sup> Det innebærer nemlig at man kan evaluere effekten av endringer i  $X$ -ene for gjennomsnittet i datamaterialet. Alle annenordens- og samspillsledd vil da være lik 0, og man står igjen kun med førsteordenseffektene.

Vi finner kun to statistisk signifikante samspillsvirkninger på 1 %-nivå av i alt ti mulige. Begge omfatter hjemmetjenester og begge er negative. For det første finner vi negativt samspill mellom langtidsopphold i institusjon og hjemmetjenester. En økning i hjemmetjenestene for et gitt nivå på langtidsopphold bidrar isolert sett til en mindre økning i kostnader enn dersom økningen hadde kommet i en av de tre andre tjenestekategoriene. Det samme er tilfelle for beboere i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning og hjemmetjenester. Disse resultatene tyder på at hjemmetjenester på den ene siden, og langtidsopphold og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning på den annen, er komplementære, dvs. at

---

<sup>20</sup> Uttrykkene  $(X_i - \bar{X}_i)(X_j - \bar{X}_j)$  i Tabell V-II-1 er samspillsleddene der  $\bar{X}_i$  er det empiriske gjennomsnittet for tjeneste  $i$ .



de gjensidig utnytter hverandres ressurser på en slik måte at det gir en gunstigere utvikling i samlede kostnader i sektoren.

### 6.3.2 Resultater for andre variable

I Tabell V-III-2 og Tabell V-III-3 presenteres estimeringsresultater for resten av variablene som inngår i den estimerte modellen, jf. relasjon (V-1) i vedlegg I. Disse består av hhv. faktorprisvariable, kvalitetsvariable, behovsvariable og andre variable av betydning.

Ser vi først på effekten av faktorpriser, er det kun lønnskostnader per årsverk som har en forventet, signifikant og positiv effekt. Denne effekten er signifikant på 1 %-nivå og kan tolkes som at en 10 % økning i lønnskostnader per årsverk, bidrar til en økning på mellom 2,5-3,0 % økning i kostnader målt som totale driftsutgifter i pleie- og omsorgssektoren. Det virker lavt når vi fra Tabell 4-1 vet at lønnskostnadene utgjør om lag 80 % av bruttodriftsutgifter. Vi har imidlertid ingen god forklaring på hvorfor effekten er såpass svak. De øvrige faktorprisvariablene er verken signifikante på et rimelig nivå eller har de forventede fortegn. Årsaken er sannsynligvis, for det første, at avskrivninger måles svært upresist og derfor er beheftet med målefeil av et slikt omfang at det er vanskelig å identifisere noen klar effekt. For det andre vil prisen på andre innsatsvarer per årsverk lide av liknende problemer siden den er bestemt residualt ved differansen mellom brutto driftsutgifter på den ene siden og lønnskostnader inkludert avskrivninger på den annen.

Vektoren av behovsvariable omfatter i alt åtte variable herunder demografiske variable som for eksempel andel innbyggere eldre enn 67 år, variable som gir informasjon om tyngden i tjenestebehovet som for ek-

sempel andelen tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov, og til slutt kjennetegnet med kommunen knyttet til bostedstetthet og reisebehov.

Det er i alt tre av behovsvariablene som sorterer under det vi har kalt demografiske forhold. For det første er det andelen av befolkningen som er 67 år og eldre. Denne ville man forvente har en positiv effekt på kostnadene siden behovet for og omfanget av omsorgstjenester øker når andelen av befolkningen over 67 år øker. Men siden vi jo kontrollerer for de fire tjenestealternativene  $X_1$ - $X_4$ , så er jo omfanget av tjenestene fanget opp her, og en positiv effekt er slett ikke opplagt. Våre resultater viser at kostnadene er lavere, alt annet like, når andelen 67 år og eldre øker. Det kan tolkes som at kommuner med større andel eldre er mer kostnadseffektive i omsorgsproduksjonen alt annet like. Den neste demografivariabelen er andelen av befolkningen som utgjøres av enslige 80 år og eldre. Den er signifikant, og også her må vi huske på at vi har kontrollert for tjenesteproduksjonen. Altså har vi igjen, alt annet like, at økt andel enslige 80 år og eldre bidrar til noe lavere kostnader. Andelen kvinner av alle personer 67 år og eldre har signifikant positiv effekt på kostnadene. Det betyr at når den eldre befolkningen i større grad utgjøres av kvinner, så øker kostnadene i pleie- og omsorgssektoren. Hva dette skyldes har vi imidlertid ingen god forklaring på.

De to neste behovsvariablene vi skal omtale, omfatter tyngden i omsorgsbehovet målt ved hhv. andelen hjemmeboere med høy timesats og andelen tjenestemottakere med omfattende tjenestebehov.<sup>21</sup> Begge disse

---

<sup>21</sup> Brukere med høy timesats omfatter summen av spesielt ressurskrevende brukere i kommunen, definert som mottakere som krever mer enn 35,5 timer/uke. Dette gjelder mottakere av tjenester i omsorgsboliger eller i privat

variablene er nært knyttet til tjenesteproduktene i analysen, for eksempel fordi det nok er en tendens til omfattende bistandsbehov i større grad løses innenfor rammen av institusjoner enn innen hjemmetjenester. Men dette er i endring og vi har derfor et behov for å beregne kostnader ved de ulike tjenesteproduktene som er kontrollert for ulikheter i bistandsbehov og det er nettopp disse to variablene vil bidra til å sørge for. Det betyr imidlertid også at effekten av disse variablene må tas hensyn til når en skal beregne kostnadene ved et tilbud med et gitt bistandsbehov. Siden begge disse variablene på et vis handler om omfanget eller intensiteten i tilbudet som ytes i pleie- og omsorgssektoren, forventer vi at effektene skal være signifikant positive. Det viser også våre resultater svært tydelig at er tilfelle.

Til slutt har vi to behovsvariable som er knyttet til kjennetegn ved den geografiske strukturen i kommunen. Det gjelder for det først gjennomsnittlig reisetid til kommunesenter og andel av befolkningen som bor i tettsted. Den første av disse antar vi bidrar til økte kostnader fordi lengre gjennomsnittlig reisetid innebærer økt transportbehov ved utførelse av spesielt hjemmetjenester. Andel av innbyggerne bosatt i tettsted antar vi har motsatt effekt, altså at kostnadene i kommuner med større andel av befolkningen bosatt i tettsteder har lavere kostnader til pleie- og omsorg alt annet like. Grunnen er at dette kan bidra til lavere transportbehov. Resultatene gir klar støtte til den første av de to hypotesene siden den tilhørende koeffisienten er signifikant positiv på 1 %-nivå. Den andre hypotesen finner vi imidlertid ingen støtte for siden den gir

---

hjem og omfatter derfor bare tjenesteproduktene  $X_3$ - $X_5$ . Den andre gjelder alle tjenestemottakere (funksjon 234, 253, 254, 261) som har omfattende bistandsbehov. Dokumentasjon av hvordan denne variabelen er konstruert, finnes i Gabrielsen m.fl. (2010).

motsatt resultat av forventet. Altså jo høyere andel innbyggere som bor i tettbygde strøk desto høyere kostnader i pleie- og omsorgssektoren.

Videre har vi en vektor av i alt seks kvalitets- eller kvalitetsrelaterede variable. Dette er alle variable som vi forventer bidrar til høyere kostnader av den enkle grunn at kvalitet koster. I forbindelse med kvalitetsarbeidskraft er imidlertid dette ikke helt entydig. Arbeidskraft av høyere kvalitet koster som oftest mer fordi de får høyere lønn. Og lønn måler vi separat som gjennomsnittlig lønnskostnader per årsverk. Dermed vil en kommunes kostnader, som følge av høy kvalitet på arbeidskraften, være fanget opp av lønnsvariabelen.

Den første kvalitetsvariabelen vi omtaler, er en som måler antall omsorgsboliger i kommunen. Dette er imidlertid ikke et presist mål på antall omsorgsboliger – da burde det i så fall med som egen type produksjon av hjemmetjenester. Det denne variabelen måler, er antall omsorgsboliger finansiert av Husbanken og den er derfor ikke uttømmende med hensyn til alle omsorgsboliger i kommunene. Dessuten er det en del målefeil knyttet til den. Med andre ord er det ikke opplagt at den burde vært med i beregningene. Som forventet bidrar en økt andel slike omsorgsboliger per innbygger 67 år og eldre til å øke kostnadene. Denne effekten er imidlertid ikke signifikant positiv på 1 %-nivå.

De tre neste variablene i kvalitetsvektoren er beslektede og alle er negative, dvs. at de bidrar til å redusere kostnadsnivået i sektoren. Alle er signifikant negative på 5 %-nivå ved bruk av brutto driftsutgifter som avhengig variabel, mens en er signifikant negativ på samme nivå når netto driftsutgifter brukes. Den første av dem måler andel årsverk med fagutdanning i brukerrettede tjenester og har en klar negativ effekt på kostnadene. Effekten er signifikant på 5 %-nivå ved beregning av brut-

to driftsutgifter og indikerer at fagutdanning bidrar til en mer effektiv ressursutnytting i sektoren. Det samme gjelder for andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet i brukerrettede tjenester. Vi finner også tilsvarende effekt for andelen fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer av alle årsverk i brukerrettede tjenester, og her er den estimerte parameteren signifikant på 5 % både med brutto og netto driftsutgifter som avhengig variabel.

Årsaken til at vi finner kostnadsbesparende effekter for disse variablene skyldes sannsynligvis at fagutdannede har bedre kompetanse til å lære opp brukerne til å klare seg på egen hånd, de ser på et tidligere stadium sykdomstegn slik at beboere og lignende tidligere kommer under behandling og bidrar dermed totalt sett til en lavere belastning på sektoren. Fagutdannede jobber altså mer effektivt og bidrar på den måten til at kommunen får et bedre tilbud, alt annet likt. Jf. ellers Langer (2009) og diskusjonen knyttet til analyseresultater for dekningsgrad i kap. 5.

Videre har vi med en variabel for antall sykefraværsdager per årsverk. Denne forventer vi har positivt fortegn, dvs. at kostnadene er høyere i kommuner med høyt sykefravær – ikke bare fordi det er dyrt med høyt sykefravær, men også fordi det er en indikasjon på at pleie- og omsorgssektoren er dårlig organisert og drevet. Vi finner imidlertid ingen støtte for denne hypotesen. Det gjør vi heller ikke for en variabel som fanger opp andel brukertilpassede enerom med bad/wc. Koeffisienten er riktignok positiv, men at den ikke er signifikant på et rimelig nivå for testen, er noe overraskende. Vi antar det skyldes at slikt tilbud er blitt rimelig godt utbygd i Norge i løpet av det siste tiåret, og det er derfor ikke tilstrekkelig variasjon i datamaterialet til å identifisere den ekstra kostnaden knyttet til denne kvalitetsstandard.

Vi har til slutt også med en variabel som samler en del ekstratjenester som ytes i kommunene. Det gjelder avlastning, støttekontakt, matombringing, omsorgslønn og trygghetsalarmer. Vi måler omfanget av dette som andelen av alle 67 år og eldre som mottar minst en av disse tjenestene. Dette kunne tenkes å være en egen tjenestekategori, men siden disse ofte kan gis til personer som også mottar en av de fem tjenestekategoriene, betrakter vi dette som en form for kvalitet i omsorgstilbudet, og forventer at jo flere som mottar slike av alle personer 67 år og eldre desto høyere kostnader i pleie- og omsorgssektoren. Resultatene viser imidlertid ingen klar sammenheng.

I Tabell V-III-3 presenterer vi resultater for andre variable som inngår i beregningene. Det gjelder for det første korrigerte frie inntekter per innbygger. Vi har med denne fordi den på en god måte fanger opp inntektsforskjeller mellom kommuner, og vi antar at kommuner med høye inntekter bruker mer ressurser på pleie- og omsorgssektoren enn kommuner med lavere inntekter. Det kan skyldes to forhold: For det første antar vi det skyldes et generelt høyere kvalitetsnivå på tjenestetilbudet som ikke er fanget opp av de kvalitetsvariablene som ellers inngår i analysen. For det andre antar vi kommuner med høyere inntekter også kan ha et høyere ”slakk” – altså at de driver noe mindre effektivt enn fattige kommuner, jf. Borge og Haraldsvik (2006). Og begge deler fører altså til økte kostnader. Vi finner klar støtte for hypotesen om at kommuner med høye frie inntekter per innbygger har høyere kostnader enn kommuner med lave inntekter. Ved en 10 % økning i frie inntekter øker utgiftene til pleie- og omsorgssektoren med ca 2-2,5 % avhengig av om vi bruker brutto- eller nettodriftsutgifter som avhengig variabel. I hvilke grad årsaken kan fordeles på den ene eller den andre av de to

forklaringene, har vi imidlertid ingen mulighet for å si noe om på bakgrunn av disse beregningene.

Til slutt har vi med et deterministisk trendledd og en variabel som måler andelen rom i private institusjoner. Den første av disse har vi med for å undersøke om det er systematiske endringer i kostnader over tid som ikke fanges opp av de variablene som ellers er med i beregningene. Vi finner at koeffisienten er signifikant positiv på 5 %-nivå. Kostnadene har i gjennomsnitt økt med mellom 1-1,5 % i perioden 2007-09. Andelen rom i private institusjoner ser ikke ut til å påvirke kostnadsnivået i kommunene.

## 6.4 Modellberegninger – kostnader, skala- og samdriftsfordeler for kommuner med ulik tjenesteprofil

---

### 6.4.1 Innledning

Vi skal i dette avsnittet kombinere bruk av de estimerte kostnadsfunksjonene med 7 av de 11 tjenesteprofilene som er beskrevet i kapittel 5. I tillegg gjennomfører vi beregninger for gjennomsnittskommunen. Hensikten med dette er å undersøke hvorvidt det er klare forskjeller i kostnader, skalautnyttelse og samdriftsfordeler mellom de forskjellige tjenesteprofilene. For eksempel vil det være av en viss interesse å undersøke om det er slik at kommuner som velger en tjenesteprofil med vekt på institusjonsplasser har høyere kostnader enn kommuner som har vektlagt hjemmetjenester osv.

Vi vil i presentasjonen av kostnadene presentere både brutto- og nettotall. Det vil si kostnader som er basert på beregninger av hhv brutto og netto driftsutgifter. Vi tenker oss da at beregninger som baserer seg på brutto driftsutgifter er det beste uttrykket for de samfunnsøkonomiske kostnadene, mens kostnadsanslag basert på analyse av nettodriftsutgifter viser de kommunaløkonomiske kostnadene. Denne vil således være et uttrykk for den kostnaden (prisen) kommunen står overfor i forbindelse med drift av omsorgsplasser eller hjemmetjenester. Hvorvidt det er ulike relative forskjeller mellom brutto- og nettokostnader vil kunne tolkes som endringer i kommunens incentiver, enten som følge av de statlige tilskudd som ytes eller de gebyrer og vederlag kommunene benytter seg av ved innhenting av betaling fra brukerne. Eller begge deler. Med endringer i kommunens incentiver menes tilfeller der nettokostnadene avviker prosentvis mer i forhold til brutto kostnader. La oss for eksempel anta at nettokostnadene til langtidsplasser er 50 % av brutto kostnader, mens tilsvarende for hjemmetjenester er 80 %. I så fall har tilskudd-, gebyr- og vederlagspolitikken til sammen bidratt til å gjøre langtidsplasser relativt sett billigere enn hjemmetjenester. Hvorvidt vi finner slike vridninger i incentivene, vil være av en viss interesse for vurdering av i hvilken grad kommunene tilpasser seg mulighetene for ekstern finansiering av omsorgstjenestene.

Når vi i de følgende avsnittene beregner kostnadsstørrelser mv. for de 7 profilene tar vi utgangspunkt i mediankommunen innenfor hver av de fire tjenesteproduktene  $X_1$ - $X_4$ , dvs. hhv. langtidsopphold, korttidsopphold, omsorgsbolig med heldøgnsbemanning og hjemmetjenester – alle for personer 67 år og eldre. Vi mener da å finne rimelige anslag på de relevante kostnads-, skala- og samdriftsstørrelsene som beskriver den typiske kommunen innen hver tjenesteprofil.



## 6.4.2 Anslag på skala- og samdriftsfordeler

I boksene 1 og 2 definerer vi de ulike skala- og samdriftsbegrepene som vi benytter i analysene. Det er hhv globale skalafordeler (ray economies of scale), produktspesifikke skalafordeler, globale samdriftsfordeler og produktspesifikke samdriftsfordeler. De to første måles ved hhv global skalaelastisitet og produktspesifikk skalaelastisitet, mens de to sistnevnte måles ved en global og en produktspesifikk samdriftskoeffisient.

Den globale skalaelastisiteten er et skalamål for alle produktene som inngår som del av produksjonen, dvs. alle produktene  $X_1$ - $X_5$ . Er for eksempel den globale skalaelastisiteten 1,5 betyr det at en 10 % økning i alle innsatsfaktorer (arbeid, kapital, innsatsvarer), øker produksjonen med 15 % i alle fem produkter. Under bestemte betingelser kan dette ved analyser av kostnadsfunksjoner, som vi gjennomfører, uttrykkes som at ved en 10 % økning i alle fem produkter vil vi, ved en skalaelastisitet på 1,5, få en økning i de totale kostnadene på 6,6 %.<sup>22</sup> Grunnen til at vi kan gjøre denne tolkningen, er at den globale skalaelastisiteten ved multiprodukt kostnadsfunksjoner er definert ved den inverse av summen av kostnadselastisitetene til hvert av de fem produktene. Siste kolonne i Tabell 6-1 viser de globale skalaelastisitetene for gjennomsnittskommunen samt mediankommunene for de 7 tjenesteprofilene. Uavhengig av hvilken tjenesteprofil vi vurderer er det ikke-utnyttede stordriftsfordeler i produksjon av omsorgstjenester i norske kommuner. Skalaelastisitetene er av størrelsesorden 1,03 til 1,13 som innebærer moderate ikke-utnyttede stordriftsfordeler. Ved en 10 % økning i alle

---

<sup>22</sup> For nærmere detaljer vedrørende skalaelastisiteter i multiproduktfunksjoner og multiprodukt kostnadsfunksjoner, se Baumol m.fl. (1988), avsnitt 3B-C.

de fem produktene vil økningen i totale kostnader være mellom ca 8,7 til 9,7 % avhengig av hvilken profil vi vurderer. Gitt den kommunestruktur og det bosettingsmønster man har i Norge, er ikke det særlig overraskende. Vi må huske på at de fleste av kommunene som representerer gjennomsnittskommunen, samt de 7 profilkommunene, er små.<sup>23</sup>

Tabell 6-1. Produktspesifikke (PS) og global (RES) skalaelastisitet etter tjenesteprofil og tjenesteprodukt.

<b>Profil</b>	<b>PS<sub>X1</sub></b>	<b>PS<sub>X2</sub></b>	<b>PS<sub>X3</sub></b>	<b>PS<sub>X4</sub></b>	<b>PS<sub>X5</sub></b>	<b>RES</b>
Gjennomsnitt	2,10	2,06	2,13	1,71	2,77	1,05
Heldøgnsbemanning og Hjemmetjenester	4,64	2,37	1,71	1,31	3,12	1,04
Korttidsopphold og hjemmetjenester	2,64	2,61	4,89	1,33	3,13	1,03
Korttidsopphold og heldøgnsbemanning	2,02	2,02	1,34	2,25	2,31	1,06
Korttidsopphold	2,08	2,51	2,02	1,87	2,62	1,05
Langtidsopphold	1,53	1,27	1,79	1,84	2,35	1,13
Heldøgnsbemanning	2,06	1,65	1,38	2,07	2,46	1,06
Hjemmetjenester	2,51	2,14	4,82	1,32	3,26	1,04

Antall innbyggere ligger på drøyt 2000 i den minste av dem og 8000 i den største, og at det er ikke-utnyttede stordriftsfordeler er derfor ikke overraskende. Til tross for at kommunene er små i Norge, kan stor-

<sup>23</sup> Gjennomsnittskommunene er definert på bakgrunn av gjennomsnittsverdier på de fem produktvariablene. Ved beregning av gjennomsnitt er det benyttet et kraftgjennomsnitt (powermeans) som ligger betydelig nærmere det geometriske gjennomsnittet enn det aritmetiske. Det innebærer at betydningen av de store kommunene får mindre vekt i beregningene og at kraftgjennomsnittet, i vårt tilfelle, er en del lavere enn det mer velkjente aritmetiske (vanlige) gjennomsnittet. Dermed er det også rimelig at vår gjennomsnittskommune er en mer typisk norsk kommune enn en gjennomsnittskommune basert på aritmetisk gjennomsnitt.

driftsfordelene utnyttes bedre enn det som i dag er tilfelle. På den annen side ville nok full utnyttelse av stordriftsfordelene i omsorgssektoren forutsette store endringer i befolknings- og kommunestruktur.

Vi har også beregnet de produktspesifikke skalaelastisitetene som måler om det er stordriftsfordeler eller -ulempen knyttet til en økning i produksjonen av ett av de fem produktene, gitt at de fire resterende holdes konstant. Det er grunn til å anta at vi vil få større utslag på disse elastisitetene avhengig av tjenesteprofil enn det tilfelle er for den globale elastisiteten. Grunnen er at profilen jo sier noe om den relative betydningen ulike produkter har i tjenestesammensetningen. ”Heldøgnsbemanning og hjemmetjenester” innebærer jo nettopp at disse to typer tjenester har større vekt her enn i en gjennomsnittskommune. Da er det også grunn til å tro at stordriftsfordelene i større grad er utnyttet for de produktene som bestemmer profilen, mens for de øvrige produktene er stordriftsfordelene dårligere utnyttet. Og siden stordriftsfordelene er bedre utnyttet vil de aktuelle kommunene også stå overfor en lavere kostnad per enhet produsert.

I den første linja i Tabell 6-1 vises de produktspesifikke skalaelastisitetene for de fem produktene. Vi ser at alle er betydelig større enn 1, dvs. at det er ikke-utnyttede stordriftsfordeler knyttet til hvert produkt i gjennomsnittskommunen. De er dessuten betydelig større enn den globale skalaelastisiteten, men her må en endring i et produkt relateres til endringer i den inkrementelle kostnaden for samme produkt – ikke til de totale kostnadene som for den globale skalaelastisiteten.

For hjemmetjenester er elastisiteten noe lavere enn for de øvrige (1,75). En 10 % økning i hjemmetjenesteproduksjon, gitt at de fire andre produktene holdes konstant, bidrar til dermed til en økning på 5,7 % i de

inkrementelle kostnadene for hjemmetjenester. For langtidsopphold finner vi tilsvarende en kostnadsøkning på snaut 5 %, som tilsvarer en skalaelasticitet på 2,09. For gjennomsnittskommunen er det altså store ikke-utnyttede stordriftsfordeler for alle produkter.

Det er ikke grunn til å undres over disse resultatene. Gjennomsnittskommunen er liten – ca 5000 innbyggere med et samlet omsorgstilbud for ca 300 personer i både institusjoner og hjemmetjenestene.

Ser vi de produktspesifikke elasticitetene etter tjenesteprofil er det med små unntak slik vi antok – altså at stordriftsfordelene er bedre utnyttet innen de tjenester som kommunene har vektlagt i profilen sin. Unntaket gjelder de profilene som omfatter korttidsopphold. Anslagene på elasticitetene for korttidsopphold er litt mindre stabile enn for de øvrige produktene. Dette må ses i sammenheng med kommunestørrelse og ikke minst at nivået på antallet personer som mottar korttidsopphold, er svært lavt i enkelte kommuner.<sup>24</sup>

Vi ser til slutt at også tjenester for personer under 67 år nesten gjennomgående har høyere skalaelasticitet enn de fire øvrige. Det betyr at de ikke-utnyttede stordriftsfordelene gjennomgående er større for denne tjenesten uten at vi kan gi noen god forklaring på hvorfor det er slik.

Vi skal avslutningsvis i dette avsnittet se nærmere på samdriftsfordeler og -ulemper i produksjon av omsorgstjenester. I boks 2 skiller vi mel-

---

<sup>24</sup> I IPLOS-dokumentasjonen står det at korttidsopphold omfatter ”heldøgnsbeboere innskrevet på korttidsopphold pr 31.12.” Dette kan være en kilde til feil i data fordi noen kommuner rapporterer antallet beboere innskrevet på akkurat den dato, mens andre kan ha summert antallet beboere over hele året. Dette kan bidra til å overvurdere produksjonen av korttidsplasser og dermed undervurdere gjennomsnittskostnadene.

lom globale og produktspesifikke samdriftseffekter. Det er globale samdriftfordeler dersom kostnadene ved å produsere alle fem produktene innenfor en organisasjon (kommune) er lavere enn ved at de fem produktene produseres hver for seg i hver sin organisasjon (for eksempel i fem spesialkommuner). Videre har vi produktspesifikke samdriftsfordeler knyttet til produkt *i* dersom kostnadene ved å produsere alle fem produktene innenfor en organisasjon er lavere enn dersom produkt *i* produseres for seg og de øvrige produseres i sammen.

Tabell 6-2. Produktspesifikke (PSc) og globale (GSc) samdriftsfordeler etter tjenesteprofil og tjenesteprodukt.

<b>Profil</b>	<b>PSc<sub>X1</sub></b>	<b>PSc<sub>X2</sub></b>	<b>PSc<sub>X3</sub></b>	<b>PSc<sub>X4</sub></b>	<b>PSc<sub>X5</sub></b>	<b>GSc</b>
Gjennomsnitt	-0,413	-0,044	-0,089	-0,557	-0,246	-0,468
Heldøgnsbemanning og hjemmetjenester	-0,340	-0,032	-0,142	-0,554	-0,236	-0,472
Korttidsopphold og hjemmetjenester	-0,393	-0,060	-0,015	-0,551	-0,264	-0,457
Korttidsopphold og heldøgnsbemanning	-0,374	-0,066	-0,161	-0,561	-0,258	-0,501
Korttidsopphold	-0,422	-0,078	-0,109	-0,553	-0,266	-0,446
Langtidsopphold	-0,377	-0,002	-0,015	-0,552	-0,178	-0,566
Heldøgnsbemanning	-0,384	-0,027	-0,163	-0,561	-0,232	-0,503
Hjemmetjenester	-0,400	-0,031	-0,015	-0,554	-0,243	-0,467

Uansett om vi ser på anslagene for globale eller produktspesifikke samdriftsfordeler, så viser våre resultater at det ikke er samdriftsfordeler i omsorgsproduksjonen i norske kommuner siden alle koeffisientene er negative. Sammenhengen mellom den globale skalaelastisiteten, de produktspesifikke skalaelastisitetene og samdriftskoeffisientene er av betydning, jf. Baumol m.fl (1988 s.74). For eksempel er det slik at produktspesifikke stordriftsulemper kan oppveies av samdriftsfordeler slik

at vi totalt sett har globale stordriftsfordeler. Motsatt vil det for eksempel være i vårt tilfelle der store ikke-utnyttede produktspesifikke stordriftsfordeler, sammen med samdriftsulemper, gjør at de globale ikke-utnyttede stordriftsfordelene er relativt små sammenliknet med de produktspesifikke. En kostnadmessig fornuftig tilpasning vil således være å redusere omfanget av samdrift og spesialisere seg innen færre omsorgstjenester. Å produsere fire eldreomsorgstjenester i hver kommune, og hver med et moderat omfang, ser derfor ut fra disse resultatene ikke å være fornuftig – i hvert fall ikke sett fra en rein kostnadmessig synsvinkel. Nå er det imidlertid neppe slik at man kun kan produsere én type tjeneste ut fra de behov som finnes i dag. Men mange kommuner klarer seg nok med to – én hjemmetjenestebasert og én institusjonsbasert.

### 6.4.3 Anslag på sentrale kostnadsstørrelser

Vi skal i dette avsnittet presentere anslag på gjennomsnittlige inkrementelle kostnader og marginalkostnader for de ulike tjenesteprofilene. Vi presenterer tall for alle de fire tjenesteprodukter  $X_1$ - $X_4$ . I tillegg har vi altså et femte produkt,  $X_5$ , som omfatter omsorgstjenester for personer yngre enn 67 år. Dette er jo ikke av primærinteresse for omsorg rettet mot eldre, men bør med for å komplettere kostnadsbildet innen pleie- og omsorgssektoren.

#### Gjennomsnittlige inkrementelle kostnader

Gjennomsnittlige inkrementelle kostnader (GIK) er det mest relevante gjennomsnittskostnadsbegrepet å bruke i forbindelse med multiprodukt

kostnadsfunksjoner. GIK for tjeneste  $i$  er definert som inkrementelle kostnader for tjeneste  $i$  delt på antallet av tjeneste  $i$ . Den inkrementelle kostnaden ved tjeneste  $i$  er definert som differansen mellom kostnadene ved å produsere alle fem tjenester og kostnadene ved å produsere fire av tjenestene bortsett fra tjeneste  $i$ . For å beregne den inkrementelle kostnaden må man derfor sette verdien av  $X_i$  til 0 i kostnadsfunksjonen.<sup>25</sup>

Det er viktig å nevne at kostnadsanslagene som kommer til uttrykk i de følgende tabellene ikke inkluderer kostnader knyttet til spesielt ressurskrevende brukere i kommunen og tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov. Som vi husker fra estimering av kostnadsfunksjonen, er disse skilt ut som egne variabler. De kostnadsanslagene som er presentert i det følgende må derfor korrigeres for hhv andel spesielt ressurskrevende brukere i kommunen og andel tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov. Dersom for eksempel alle hjemmetjenestemottakere i en kommune er spesielt ressurskrevende, innebærer det litt over en tredobling av kostnadene, alt annet likt, mens økningen i kostnader dersom alle tjenestemottakere har omfattende bistandsbehov, er ca 50 %, alt annet likt. Nå er det jo selvsagt ikke slik at alle mottakere er spesielt ressurskrevende, men når det gjelder denne gruppen vil for eksempel kommuner der 1/3 av hjemmetjenestemottakerne

---

<sup>25</sup> Dette kan i noen tilfeller innebære at man ”strekker strikken” noe langt i forhold til hva som er ønskelig statistisk sett. For  $X_4$  finnes ikke engang 0-observasjoner i datamaterialet og selv om det for  $X_1$ - $X_3$  finnes 0-observasjoner, er jo dette i datamaterialets ytterkant. Det vil derfor være større usikkerhet knyttet til anslag på kostnadsmål i ytterkant av datamaterialet enn i tyngdepunktet (gjennomsnittet).

utgjøres av spesielt ressurskrevende, innebære en kostnadsøkning på ca 50 %.

Ser vi på GIK for gjennomsnittskommunen, som er en norsk kommune med ca 5000 innbyggere, er nivået på kostnadene nokså høyt, spesielt for institusjonstjenester. Langtids- og korttidsopphold, samt heldøgnsbemannede omsorgsboliger har høyest gjennomsnittlig inkrementell kostnad (GIK) – i overkant av 1,1 mill. kroner per beboer. Det ser derfor ikke ut fra disse anslagene ut til å være mer økonomisk gunstig å satse på heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Man må imidlertid da huske på at det i gjennomsnittskommunene er langt flere beboere på institusjoner enn det er beboere i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, og siden det er store ikke-utnyttede produktspesifikke stordriftsfordeler er nok det en viktig årsak til at omsorgsboligene framstår som ”dyre” i forhold til institusjoner. Hjemmetjenester er klart laveste GIK, ca 550 000 kroner per tjenestemottaker.

At det er såpass stor forskjell på hjemmetjenester og omsorgsbolig med heldøgnsbemanning er også noe overraskende, men igjen henger nok det for en stor del sammen med at det gjennomsnittlige antallet som mottar hjemmetjenester er langt høyere enn de som mottar tjenester i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning. Siden det er ikke-utnyttede stordriftfordeler i begge produktkategoriene, vil den med størst produksjon framstå som billigst når vi sammenlikner GIK. Det ser vi klart når vi anslår kostnader for heldøgnsbemannede omsorgsboliger for den typiske kommunen som har satset på slike.

Korttidsopphold har samme samfunnsøkonomiske kostnad som langtidsopphold, noe som ikke er særlig uventet siden de langt på vei baserer seg på den samme ”produksjonsteknologien”. Det er imidlertid en



del måleproblemer knyttet til korttidsopphold. Bl.a. er det antall brukere per 31.12 som er målt. Siden beboere på korttidsopphold normalt ikke oppholder seg lenger enn 3 måneder i institusjonen, vil dette målet undervurdere årsproduksjonen. Et mer presist mål ville vært antall årsbeboere.<sup>26</sup>

Et slående trekk ved Tabell 6-3 er at GIK for de kommunene som satses på langtidsopphold, er høyere enn de er i gjennomsnittskommunen. En skulle forvente at kostnadene var lavere – i hvert fall når det er store ikke-utnyttede stordriftsfordeler i produksjonen. Men om en kommune har en relativ overvekt av langtidsplasser, betyr ikke det nødvendigvis en bedre utnyttelse av stordriftsfordeler dersom kommunen det er snakk om er liten. Og det er nettopp det som er tilfelle: Den typiske kommunen (mediankommunen) som har stor relativ andel langtidsplasser i sitt pleie- og omsorgstilbud, er samtidig også liten, selv i norsk målestokk med sine drøyt 2000 innbyggere. I tillegg er det også snakk om relativt rike kommuner. Satsing på langtidsplasser ser dermed også ut til å være forbundet med bedre kvalitet i omsorgstilbudet. For eksempel har den typiske kommunen blant de som har relativt størst vekt på langtidsopphold, kun drøyt 2 000 innbyggere og den har drøyt 40 000 kroner i frie inntekter per innbygger, mens gjennomsnittet i vårt materiale er 37 500 kroner.

---

<sup>26</sup> Det er dessuten en del andre mulige feilkilder knyttet til korttidsopphold som gjør anslagene for denne tjenestekategorien mindre robuste enn de øvrige, jf. forrige avsnitt.

Tabell 6-3. Gjennomsnittlige inkrementelle bruttokostnader etter tjenesteprofil og produkt i 1000 kroner.

<b>Profil</b>	<b>GIK<sub>X1</sub></b>	<b>GIK<sub>X2</sub></b>	<b>GIK<sub>X3</sub></b>	<b>GIK<sub>X4</sub></b>	<b>GIK<sub>X5</sub></b>	<b>C/X</b>
Gjennomsnitt	1122	1018	1150	556	310	312
Heldøgnsbemanning og hjemmetjenester	1924	1208	641	523	345	294
Korttidsopphold og hjemmetjenester	1317	809	2542	492	256	273
Korttidsopphold og heldøgnsbemanning	1519	750	517	722	272	282
Korttidsopphold	1048	631	930	504	250	303
Langtidsopphold	1489	1822	2542	1102	637	354
Heldøgnsbemanning	1414	1279	508	716	361	306
Hjemmetjenester	1253	1213	2542	518	320	291

For de tjenesteprofilene som har vekt på omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, ser vi at den typiske kommunen som satser på denne type omsorg, også oppnår en gunstigere GIK enn gjennomsnittskommunen. I alle disse kommunene ligger GIK godt under tilsvarende for gjennomsnittskommunen, uten at de skiller seg vesentlig fra gjennomsnittskommunen mht befolkningsstørrelse. Det ser imidlertid ut til at den typiske kommunen som har en overvekt av omsorgsboliger med heldøgnsbemanning i omsorgstilbudet sitt, gjennomgående har lavere frie inntekter enn gjennomsnittskommunen. Det ser med andre ord ut til at omsorgsboliger med heldøgnsbemanning er fattigkommunenes løsning på behovet for langtidsopphold i institusjon.

I kolonnen helt til høyre i Tabell 6-3 har vi også beregnet kostnaden per tjeneste i kommunen (C/X). Den er beregnet som samlede brutto driftsutgifter til pleie og omsorg delt på summen av antall tjenester  $X_1$ - $X_5$ . Vi kan kalle disse for globale gjennomsnittskostnader. Vi merker oss igjen at de som satser på langtidsopphold i institusjon har høye kostnader per tjeneste. Dels vet vi at det skyldes at langtidsopphold er

den dyreste tjenesten, men også dels at dette er små, rike kommuner, som har dårlige muligheter for å utnytte stordriftsfordelene i produksjonen av pleie- og omsorgstjenester.

Tabell 6-4. Kommunal (netto) gjennomsnittskostnads prosentvise avvik fra samfunnsøkonomisk (brutto) gjennomsnittskostnad.

<b>Profil</b>	<b>GIK<sub>X1</sub></b>	<b>GIK<sub>X2</sub></b>	<b>GIK<sub>X3</sub></b>	<b>GIK<sub>X4</sub></b>	<b>GIK<sub>X5</sub></b>	<b>C/X</b>
Gjennomsnitt	-19,4	-7,3	-13,1	-15,3	-14,9	-16,1
Heldøgnsbemanning og hjemmetjenester	-19,6	-7,3	-13,2	-15,4	-14,9	-15,2
Korttidsopphold og hjemmetjenester	-19,5	-7,4	-12,9	-15,4	-14,9	-15,7
Korttidsopphold og heldøgnsbemanning	-19,5	-7,5	-13,3	-15,2	-14,9	-15,5
Korttidsopphold	-19,3	-7,5	-13,2	-15,4	-15,0	-15,4
Langtidsopphold	-19,5	-7,1	-12,9	-15,0	-14,8	-17,9
Heldøgnsbemanning	-19,5	-7,2	-13,3	-15,2	-14,9	-16,1
Hjemmetjenester	-19,4	-7,3	-12,9	-15,4	-14,9	-16,3

I Tabell 6-4 presenterer vi tall som bygger på analyseberegninger basert på netto driftsutgifter. Vi tolker disse som uttrykk for den kostnaden som kommunene står overfor (kommunaløkonomisk kostnad) i motsetning til tallene i Tabell 6-3, som vi tolker som de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til ulike tilbud i pleie- og omsorgssektoren. Vi presenterer ikke nettotallene (kommunalkostnaden) i seg selv, men det prosentvise avviket fra bruttotallene (den samfunnsøkonomiske kostnaden). Det gir en best presentasjon av om og evt. hvordan nettotallene bidrar til å endre incentivene i sektoren. 100 fratrukket det prosentvise avviket fra brutto kostnad kan tolkes som kommunenes egenfinansieringsgrad. Er denne for eksempel 80 betyr det at kommunene selv må finansiere 80 % av driften av tilhørende tjeneste.

Et tydelig trekk ved tabellen er at det prosentvise avviket fra brutto kostnader er temmelig stabilt og uavhengig av hvilken tjenesteprofil, og dermed kostnadsnivå, vi ser på. Med andre ord gir disse tallene inntrykk av en viss stabilitet i anslagene vi har gjort med bakgrunn i kostnadsmodellen.

Det er langtidsopphold i institusjon som gir de laveste relative kommunaløkonomiske kostnadene. Det skyldes lov om helsetjenesten i kommunene som innebærer at kommunene, avhengig av regelverket beskrevet i kapittel 2, kan kreve vederlag fra beboere på langtidsopphold i institusjon. Med andre ord finansierer beboerne i noen grad selv sitt opphold i institusjon. Som vi ser utgjør den kommunaløkonomiske kostnaden drøyt 80 % av samfunnsøkonomisk kostnad avhengig av hvilken profil vi ser på. Tilsvarende andel for hjemmetjenester og omsorgsbolig med heldøgnsbemanning er mellom 85-90 %. Den kommunaløkonomiske kostnaden er derfor høyere for omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, relativt sett. Men, for samme nivå på produksjonen, har dette omsorgsalternativet, absolutt sett, lavere kostnadsnivå.

Ved sammenlikning av langtidsopphold og hjemmetjenester møter vi imidlertid på problemer i datagrunnlaget. For institusjonsplassene er utgifter og inntekter knyttet til institusjons-/bolokaler ivaretatt av kostrafunksjon 261. Og denne inngår i definisjonen av inntekter og utgifter til pleie- og omsorgssektoren i tillegg til funksjonene 234, 253 og 254. Tilsvarende funksjon for omsorgsboliger er imidlertid ikke med i denne definisjonen. Det kan her være nærliggende å vurdere funksjon 265, kommunalt disponerte boliger, som en mulig løsning på dette problemet, men i Kostraveilederen står det at:

*Boformer med heldøgns pleie og omsorg for eldre og funksjonshemmede (jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 6 og sosialtjenesteloven § 4-2 d, jf. også § 7-2 i forskrift til lov om sosiale tjenester) regnes som institusjoner, og driftsutgiftene for disse skal føres under funksjon 261 Institusjonslokaler.*

Det står imidlertid ikke eksplisitt at husleieinntekter skal føres under funksjon 261. Og nettopp det kan være et problem fordi vi, etter egne undersøkelser, har funnet at noen kommuner fører husleieinntekter for heldøgnsbemannede omsorgsboliger under funksjon 265. Forholdet mellom nettokostnadene for disse og langtidsopphold vil derfor være misvisende fordi egenfinansieringsgraden for omsorgsboliger med heldøgnsbemanning overvurderes når ikke alle leieinntekter fanges opp. Med andre ord er den kommunale kostnaden ved heldøgnsbemannede omsorgsboliger sannsynligvis lavere enn det som framkommer i våre beregninger.<sup>27</sup>

Korttidsopphold har en høyere egenfinansieringsgrad enn øvrige tjenester – ca 95 %. Det skyldes at kommunenes mulighet for å ta vederlag/gebyr er langt mindre for korttids- enn for langtidsopphold. Personer på korttidsopphold er normalt på vei tilbake til sin egen bolig etter et sykehusopphold. Kommunen kan derfor ikke heve vederlag for opphold på samme måte som i forbindelse med langtidsopphold, men må begrense seg til statlig fastsatt døgnset (125 kroner i 2009, jf. avsnitt

---

<sup>27</sup> Vi har reestimert kostnadsmodellen når funksjon 265 inngår i definisjonen av utgifter til pleie og omsorg. Dette gir som ventet en noe lavere egenfinansieringsgrad for de heldøgnsbemannede omsorgsboligene, men resultatene er også tydelig preget av det her inngår inntekter fra andre tjenesteområder enn pleie og omsorg. Vi har derfor holdt oss til definisjonen som er gitt i Kostra.

2.3.3). Vi vil derfor forvente at den kommunale kostnaden er lavere enn bruttokostnad, men sannsynligvis ikke mye lavere. Mulige målefeil i denne variabelen ( $X_2$ ) gjør nok dessuten anslagene for denne ytterligere usikre sammenliknet med langtidsopphold, jf. fotnote 24.

### Grensekostnader

Vi har til slutt også to tabeller som presenterer grensekostnader (MC) for de fem produktene, jf. Tabell 6-5 samt netto grensekostnaders avvik fra brutto grensekostnader, jf. Tabell 6-6. Som følge av definisjonene av stordriftfordeler og at det i hovedsak er store ikke-utnyttede stordriftsfordeler, vil jo grensekostnadene ligge lavere enn GIK. Ved ikke-utnyttede stordriftsfordeler vil derfor kostnaden ved å tilby plass til en ekstra bruker være lavere enn gjennomsnittskostnaden for de brukerne som allerede mottar omsorgsplasser.

Tabell 6-5. Brutto grensekostnader (MC) etter tjenesteprofil og produkt i 1000 kroner.

<b>Profil</b>	<b>MC<sub>X1</sub></b>	<b>MC<sub>X2</sub></b>	<b>MC<sub>X3</sub></b>	<b>MC<sub>X4</sub></b>	<b>MC<sub>X5</sub></b>
Gjennomsnitt	533	495	540	326	112
Heldøgnsbemanning og hjemmetjenester	415	509	375	399	111
Korttidsopphold og hjemmetjenester	499	310	520	371	82
Korttidsopphold og heldøgnsbemanning	754	371	385	321	118
Korttidsopphold	503	251	461	270	95
Langtidsopphold	973	1439	1422	600	271
Heldøgnsbemanning	686	775	369	346	147
Hjemmetjenester	500	568	528	393	98

Tabell 6-6. Kommunal (netto) grensekostnads prosentvise avvik fra samfunnsøkonomisk (brutto) grensekostnad.

<b>Profil</b>	<b>MC<sub>X1</sub></b>	<b>MC<sub>X2</sub></b>	<b>MC<sub>X3</sub></b>	<b>MC<sub>X4</sub></b>	<b>MC<sub>X5</sub></b>
Gjennomsnitt	-20,6	-6,8	-12,8	-13,3	-14,5
Heldøgnsbemanning og hjemmetjenester	-26,1	-7,9	-10,7	-11,8	-24,9
Korttidsopphold og hjemmetjenester	-18,7	-8,0	-4,5	-16,3	-7,3
Korttidsopphold og heldøgnsbemanning	-20,5	-12,7	-17,0	-12,0	-16,6
Korttidsopphold	-20,0	-16,0	-15,3	-13,6	-13,2
Langtidsopphold	-19,6	0,7	-11,5	-15,2	-7,2
Heldøgnsbemanning	-22,0	-5,7	-14,9	-9,8	-20,9
Hjemmetjenester	-19,9	-1,0	2,6	-15,2	-10,0

Vi husker fra netto GIKs avvik fra brutto at avviket relativt sett var stabilt til tross for at det var store forskjeller i GIK. Dette gjelder ikke i samme grad for grensekostnadene. Her er det forskjeller avhengig av tjenesteprofil, kanskje med unntak for langtidsopphold, som med et par unntak, ligger nokså stabilt rundt 20 % lavere i forhold til brutto grensekostnad.

#### **6.4.4 Langtidsplasser vs heldøgnsbemannede omsorgsboliger – en simulering med tentative resultater basert på bruttokostnader**

Selv om den estimerte modellen har enkelte mangler i sin spesifisering og dessuten, at datamaterialet vi benytter har stort forbedringspotensial, kan det være interessant å bruke modellen til å simulere en situasjon der alle langtidsplasser i gjennomsnittskommunen gjøres om til plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger og vice versa. Dette innebærer med andre ord økt spesialisering i pleie- og omsorgssektoren uavhengig av hvilke vei omgjøringen foregår.

I den forbindelse støter vi på et seleksjonsproblem som følge av at de som er i et langtidsopphold er der nettopp fordi pleiebehovet er stort, mens de som er i heldøgnsbemannede omsorgsboliger er i slike nettopp fordi pleiebehovet ikke er like stort. For å komme dette problemet i møte utnytter vi informasjonen knyttet til maksimal timesats i hjemmetjenestene. Vi antar at dersom langtidsopphold og heldøgnsbemannede omsorgsboliger skal kunne sammenliknes kostnadmessig, så bør kostnadene i sistnevnte korrigeres i tråd med at alle i langtidsopphold er å betrakte som spesielt ressurskrevende – altså at de får pleie tilsvarende maksimaltimesats (35,5 timer per uke).

Tabell 6-7 oppsummerer resultatene fra simuleringen. Vi ser for det første at gjennomsnittskostnadene for begge tjenester faller ved omgjøringen, som følge av den økte spesialiseringen. Av samme grunn ser vi dessuten at de totale kostnadene faller ved omgjøring uavhengig av retning. Men det er åpenbart at kostnadene faller betydelig mer ved omgjøring av alle langtidsplasser til plasser i heldøgnsbemannede om-



sorgsboliger. Totalostnadene faller fra 94 millioner til 85 millioner ved omgjøring til langtidsopphold, mens den faller til 52 millioner ved omgjøring til opphold i heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Men det er før vi gjør korreksjon for ulikt pleiebehov i de to tjenstekategoriene.

Tabell 6-7. Kostnadsvirkninger av omgjøring av langtidsplasser til beboere heldøgnsbemannede omsorgsboliger og omvendt.

	<i>Alle heldøgns- plasser omgjøres til langtidsopp- hold</i>	<i>Alle langtidsopp- hold omgjøres til heldøgns- plasser</i>	<i>Gjennomsnittskom- munen</i>
Beboere, langtidsopphold	55	0	43
Beboere, heldøgnsbemannede omsorgsboliger	0	55	12
Gjennomsnittskostnader, langtidsopphold 1000 kroner	934	0	1122
Gjennomsnittskostnad, heldøgn, 1000 kroner	0	420	1150
Brutto kostnader, mill. kroner	85	52	94
Brutto kostnader, korrigert, mill. kroner	85	72	94

Av de tre hjemmebaserte tjenestene,  $X_3$ - $X_5$ , utgjør heldøgnsbemannede omsorgsboliger ( $X_3$ ) ca 20 % når alle langtidsopphold er flyttet dit. Siden regresjonskoeffisienten til maksimal timesats i regresjonsberegningene gjelder alle tre tjenestene, må effekten på totale kostnader vektet med den andelen  $X_3$  utgjør – altså ca 20 %. Vi får da  $0,2 * 1,0 + 0,8 * 0,059 = 0,2472$ . Tallet 0,059 er gjennomsnittet i materialet (gjennomsnittlig andel hjemmetjenestemottakere med høy timesats) som vi antar er likt for  $X_4$  og  $X_5$ , og vi behandler derfor disse som ett produkt.

Når vi veker regresjonskoeffisienten med denne vekten, finner vi at å øke andelen med høy timesats i heldøgnsbemannet omsorgsbolig til 100 %, bidrar til en økning i totale brutto kostnader på ca 38 %. De korrigerte totale kostnadene ved en omgjøring av langtidsopphold til heldøgnsbemannede omsorgsboliger blir dermed ca 72 millioner kroner – altså fortsatt godt under kostnadene ved omgjøring motsatt vei på 85 millioner kroner. Ved flytting av personer på langtidsopphold til heldøgnsbemannede omsorgsboliger, vil kostnadene stige som følge av økt bistandsbehov. Men denne økningen må være på mer enn 60 % før samlede kostnader blir høyere enn en situasjon der personene er i langtidsopphold.

# 7. Kvalitet

## 7.1 Innledning og sammendrag

---

Denne delen av undersøkelsen tar primært sikte på å undersøke om kommunenes tjenesteprofil påvirker innbyggernes opplevelse av tilgjengelighet og kvalitet. Er det slik at bestemte tjenesteprofiler gir ulik tilgjengelighet eller kvalitet på tjenestene? Er det for eksempel slik at kommuner som har satset mest på sykehjemsplasser, har flere tilfredse brukere enn kommuner som satser på hjemmetjenester? Eller er det slik at kommuner som satser på omsorgsboliger, i større grad ivaretar innbyggernes trygghetsbehov og ønsket om å bo lengst mulig hjemme?

Analysene viser at tjenesteprofilen har større betydning for innbyggernes vurderinger av kvaliteten på tjenestene enn det har for brukerne/pårørende. Noe av forklaringen på dette kan være at innbyggernes oppfatninger i større grad påvirkes av inntrykk fra media og folkesnakk generelt, mens brukernes oppfatninger i større grad påvirkes av faktiske erfaringer med tjenestene. Det er derfor grunn til å legge mest vekt på resultatene av analysene til de som faktisk har erfaringer med tjenestene.

En hovedkonklusjon på bakgrunn av de analysene vi har gjennomført, er at tjenesteprofilen i liten grad påvirker brukerne/pårørendes vurderinger av kvaliteten på tjenestetilbudet. Analysene viser likevel en tendens til at både innbyggerne generelt og brukere/pårørende er mer fornøyd med tjenestene i kommuner hvor de har prioritert omsorgsboliger og langtidsplasser, eller aller helst kombinasjonen av de to. I kommu-

ner hvor de prioriterer korttidsplasser, er det derimot lavere brukertilfredshet, spesielt blant innbyggerne generelt. Det gjelder i utgangspunktet også for brukerne, men når vi kontrollerer for kommunens dekningsgrad og økonomi, forsvinner denne effekten. Det betyr at den relativt lave brukertilfredsheten i kommuner med mye korttidsplasser, langt på vei kan forklares med at disse kommunene også har en lavere dekningsgrad (dvs. at det er færre i kommunen som mottar tjenester).

Analysene viser at det også er andre faktorer som betyr noe for brukertilfredsheten. Spesielt gjelder det dekningsgraden. Jo flere av innbyggerne over 67 år som mottar tjenester, desto mer fornøyd er både innbyggerne og brukerne. Det er også slik at kommunens økonomi i seg selv virker positivt på brukertilfredsheten. De faktorene som virker negativt på brukertilfredsheten er bl.a. antall liggedager på sykehuset og sykefravær i pleie- og omsorgssektoren. Det er rimelig å anta at begge disse faktorene sier noe om kvaliteten og kapasiteten i den kommunale pleie- og omsorgssektoren.

I kapitlet har vi også, med bruk av et annet datamateriale, undersøkt om tjenesteprofilen påvirker brukere av hjemmetjenesten spesielt. Denne analysen viser at jo mer kommunene satser på langtidsplasser på bekostning av hjemmetjenestene, desto mindre fornøyd er brukerne av hjemmetjenestene. Videre finner vi at jo mer kommunene satser på omsorgsboliger, jo mer fornøyd er brukerne. Denne effekten finner vi imidlertid bare på et av kvalitetsmålene (prosesskvalitet).

Disse resultatene må imidlertid nyanseres. I analysen av tjenesteprofiler finner vi nemlig at det er positive effekter av å kombinere bestemte typer tjenester. Dette gjelder:

- Hjemmetjenester + heldøgnsbemannede omsorgsboliger

- Hjemmetjenester + langtidsplasser
- Heldøgnsbemannede omsorgsboliger + korttidsplasser
- Langtidsplasser + korttidsplasser

En mulig forklaring på disse resultatene er at brukerne som mottar tjenester langt nede i tjenestetrappa, er mer tilfreds dersom et stort omfang av hjemmetjenester kombineres med omsorgsboliger og langtidsplasser. Det at brukerne av hjemmetjenestene også er mer fornøyd i kommuner hvor man kombinerer mye heldøgnsbemannede omsorgsboliger og korttidsplasser, kan forklares med at disse normalt er mer tilgjengelige for brukere av hjemmetjenestene enn det langtidsplasser er. Dette har sammenheng med at omsorgsboligene og korttidsplassene ligger nærmere hjemmetjenesten i tjenestetrappa samtidig som at omsorgsboligene normalt er organisert sammen med hjemmetjenesten. Det er noe vanskeligere å forklare hvorfor brukerne av hjemmetjenesten er mer fornøyd i kommuner som kombinerer mye korttidsplasser og langtidsplasser. Noe av forklaringen kan imidlertid være at tilgjengeligheten til mye korttidsplasser, som ofte er et springbrett inn til institusjonsplassene, bidrar til å skape en viss trygghet blant brukerne av hjemmetjenesten.

Til tross for at analysene viser statistisk signifikante effekter av tjenesteprofilen på brukertilfredsheten med tjenestene, skal vi likevel ikke overdrive den substansielle betydningen tjenesteprofilen har. Med andre ord, betyr ikke de signifikante resultatene nødvendigvis at det er interessante substansielle forskjeller mellom kommuner som prioriterer tjenester høyt oppe i tjenestetrappa og andre kommuner. Et gjennomgående inntrykk er nemlig at tjenesteprofilen betyr relativt lite for brukertilfredsheten. Andre faktorer som betyr mer enn tjenesteprofilen er

dekningsgrad, kommunens økonomi (korrigerede frie inntekter), sykehusopphold blant de eldre innbyggerne og sykefraværet blant medarbeiderne i pleie og omsorgssektoren.

## 7.2 Litt om data og metode

---

For å belyse disse spørsmålene har vi benyttet oss av to ulike brukerundersøkelser og koblet dem sammen med kommunedata som primært er hentet fra Kostra. Den ene brukerundersøkelsen er Difis (Direktoratet for forvaltning og IKT) nasjonale brukerundersøkelse fra 2009. Fra denne har vi hentet ut variabler om innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten til tjenestene og tilfredsheten med tjenestene generelt. Den andre brukerundersøkelsen er satt sammen av flere kommuneundersøkelser som er gjennomført i regi av kvalitetskommuneprogrammet i KS. Fra denne undersøkelsen har vi benyttet tre indikatorer som måler resultat kvalitet, prosesskvalitet og strukturkvalitet, jf. KS (2008).

Analysene som gjennomføres kan deles i tre: I den første har vi tatt for oss forholdet mellom tjenesteprofil og tilgjengelighet, og i den andre delen sammenhengen mellom tjenesteprofil og brukertilfredshet. Begge disse analysene baserer seg på Difis brukerundersøkelse. I den tredje delen har vi sett på sammenhengen mellom tjenesteprofil og de tre kvalitetsindikatorerne som inngår i KS-undersøkelsen.

Alle analysene baserer seg på følgende analysemodell:

$$Y = a + b_1T + b_2R + b_3K + b_4B + b_5M + b_6X + e \quad (6-1)$$

der  $Y$  er henholdsvis brukertilfredshet, tilgjengelighet eller kvalitetsindikatorerne i KS-undersøkelsen. Disse variablene utgjør altså de avhengige variablene i de ulike analysene. Videre har vi en vektor av tjenesteprofiler,  $T$ , samlet ressursinnsats ( $R$ ) og dessuten to vektorer som dels består av kvalitetsindikatorer ( $K$ ) og dels av behovsindikatorer ( $B$ ). Vi har også med en vektor av andre kommunespesifikke egenskaper ( $M$ ) og vi dessuten inkludert en vektor bestående av enkelte bakgrunnsvariabler fra brukerundersøkelsene ( $X$ ), nærmere bestemt alder, inntekt, utdanningsnivå og kjønn. Til slutt har vi med et stokastisk restledd,  $e$ , som vi antar er identisk og uavhengig normalfordelt.

### 7.3 Opplevelse av tilgjengelighet til tjenestene

---

Formålet med denne delen er å undersøke om det er sammenheng mellom kommunenes prioritering av tjenester og innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten til tjenestene. Vi har gjennomført fire ulike analyser. I de to første analysene undersøker vi sammenhengen mellom kommunenes prioriteringer av de fire tjenesteproduktene og innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten til tjenestene. I den ene av disse tar vi utgangspunkt i hele utvalget i Difi-undersøkelsen, dvs. både brukere/pårørende som har erfaring med de aktuelle tjenestene, og andre som ikke har erfaring. I den andre benytter vi kun utvalget av brukere/pårørende.

De to siste analysene tar utgangspunkt i tjenesteprofilene som er presentert i kapittel 5. Her benytter vi de samme data som i de to første, men der tjenesteprofilen er utformet på en annen måte. Også her gjen-

nomføres en analyse med hele utvalget og en analyse med et utvalg bestående av bare brukere/pårørende av pleie- og omsorgstjenestene.

### 7.3.1 Tjenesteprodukt og opplevd tilgjengelighet

Som nevnt i kapittel 5, fokuserer vi på hjemmetjenester, heldøgnsbemannede omsorgsboliger, samt korttidsavdeling og langtidsavdeling på sykehjem. Siden summen av disse produktene i hver kommune til sammen utgjør 100 %, er variabelen som måler andel hjemmetjenester utelatt som referansekategori. Denne tjenesten fungerer dermed som en referanse i forhold til de øvrige variablene som inngår i modellen.

I forbindelse med analysene presenterer vi to modeller. I den første modellen (modell 1) har vi ikke kontrollert for dekningsgrad og kommunens frie inntekter. Dette har sammenheng med at disse to variablene påvirker tjenesteprofilen, dvs. at både kommunens frie inntekter og dekningsgrad er positivt korrelert med andelen langtidsplasser i kommunen, jf. kapittel 5.

Tabell 7-1 Sammenhengen mellom tjenesteprodukt og opplevd tilgjengelighet. Alle innbyggere. T-verdier i parentes.<sup>a</sup> N=6 153.

<b>Variabelbenevnelse</b>	<b>Modell 1</b>	<b>Modell 2</b>
(Constant)	5.485 (13.480)	4.020 (8.984)
Andel beboere på langtidsopphold (av alle brukere av PO)	0.017 *** (4.115)	0.010 ** (2.437)
Andel beboere på korttidsopphold (av alle brukere av PO)	-0.017 ** (-2.027)	-0.010 (-1.143)
Andel beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger (av alle brukere i PO)	0.009 *** (3.185)	0.009 *** (3.104)
Dekningsgrad (mottakere av omsorgs-		0.036 ***



<b>Variabelbenevnelse</b>	<b>Modell 1</b>	<b>Modell 2</b>
tjenester av alle innb. eldre 67 år		(4,392)
Andel 67 år og mer av befolkning	-0,008 (-0,692)	0,001 (0,057)
Liggedager på sykehus (per innbygger 67 år og mer)	-0,286 *** (-3,902)	-0,288 *** (-3,932)
Andel tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov	-1,353 *** (-3,328)	-0,734 * (-1,778)
Andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole	-0,202 (-0,494)	-0,272 (-0,654)
Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet	0,485 (0,909)	0,342 (0,640)
Andel årsverk fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterap., sosionomer	-0,209 (-0,155)	-0,439 (-0,328)
Antall sykefraværsdager per årsverk i alt	-7,794 *** (-6,414)	-6,771 *** (-5,566)
Korrigerte frie inntekter per innbygger		0,030 *** (5,789)
Brutto driftsutgifter per innbygger	0,030 *** (3,916)	-0,009 (-1,016)
Brukerbetaling per bruker, praktisk bistand, i 100 kr	0,002 (1,181)	0,001 (1,091)
Brukerbetaling per bruker, institusjon, i 1000 kr	0,000 (-0,214)	0,001 (0,958)
Antall innbyggere i 1000 personer	-0,001 *** (-6,919)	-0,001 *** (-8,073)
Gjennomsnittlig reisetid til kommunesenteret	-0,116 (-2,020)	-0,189 *** (-3,268)
Kjønn	0,101 *** (2,579)	0,103 *** (2,637)
Alder	0,005 *** (3,901)	0,005 *** (3,975)
Utdanning	-0,036 ** (-1,968)	-0,034 * (-1,904)
Samlede brutto årsinntekt (før skatt)	-0,051 *** (-4,964)	-0,053 *** (-5,145)
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,053	0,062

a) Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell 7-1 viser sammenhengen mellom tjenesteproduksjonen og brukertilfredsheten for alle respondentene.<sup>28</sup> I den første modellen har vi kontrollert for følgende sett av bakgrunnsvariabler: *Behovsindikatorer* (andel av befolkningen over 67 år, antall liggedager på sykehuset av befolkningen over 67 år), *personalressurser* (andelen med videregående og høyskole-/universitetsutdannelse, personal med spesialutdannelse og sykefravær), *økonomi* (brutto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger og brukerbetaling), *kommunespesifikke kjennetegn* (innbyggertall og avstander) samt *individuelle kjennetegn* ved respondentene (kjønn, alder, utdanning, inntekt).

Begge modellene viser at prioriteringen av langtidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger (på bekostning av hjemmetjenester) har en positiv effekt på innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten. Med andre ord, desto mer kommunen prioriterer sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, desto mer fornøyd er innbyggerne med tilgjengeligheten.

I den andre modellen ser vi at effektene av langtidsplasser svekkes noe, men den er fremdeles signifikant positiv. Dette skyldes at vi her kontrollerer for tjenesteomfanget og kommunens korrigerede frie inntekter per innbygger. Forklaringen er at deler av effekten (i modell 1) ikke skyldes tjenesteprofilen i seg selv, men at kommuner som satser på langtidsplasser og omsorgsboliger har mer omfattende tjenester, noe som igjen har bakgrunn i kommunens økonomi (frie inntekter per innbygger). Det at respondentene er mer positive i kommuner med mye

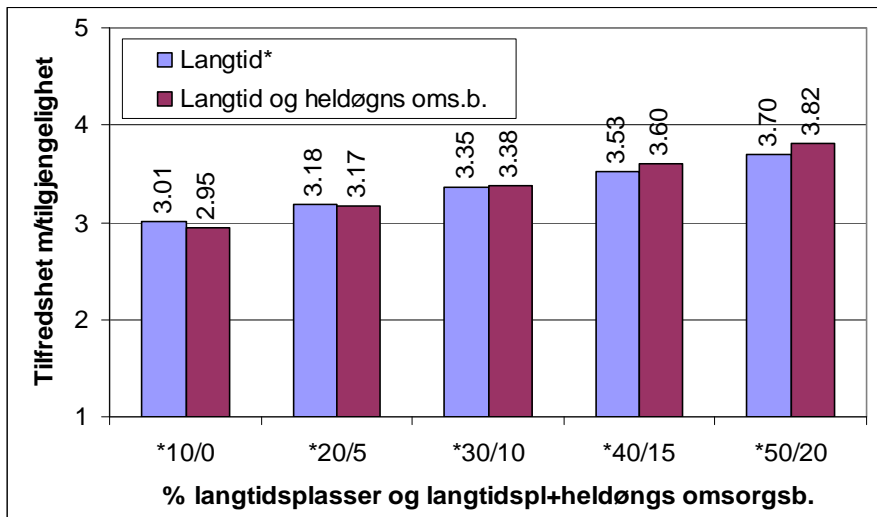
---

<sup>28</sup> Tilfredsheten måles på en skala fra 1-7 der 7 er svært god tilgjengelighet og 1 er svært dårlig tilgjengelighet.

langtidsplasser, skyldes altså delvis at dette er kommuner som yter tjenester til mange, noe som muliggjøres gjennom et større økonomisk handlingsrom. Men selv når vi kontrollerer for disse forholdene, ser vi at prioritering av langtidsplasser påvirker innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten positivt.

I modell 1 finner vi en negativ effekt av andelen korttidsplasser: jo flere korttidsplasser kommunen har (på bekostning av hjemmetjenester), desto mindre tilgjengelig oppleves tjenestene å være. Dette bryter således med de øvrige resultatene som viser at kommune med tjenester høyt oppe i tjenestetrappa, øker opplevelsen av tilgjengelighet. Noe av forklaringen på dette kan være at korttidsplasser ofte kombineres med hjemmetjenester og at brukerne som benytter korttidsplasser, i realiteten opplever å ha behov for eller primært ønsker permanent sykehjemsopphold. I så fall er det rimelig at man også opplever tilbudet som lite tilgjengelig til tross for at man har tilgang på mye korttidsplasser.

I modell 2 ser vi videre at den negative effekten av korttidsplasser forsvinner. Dette har igjen bakgrunn i omfanget av tjenestene, dvs. at kommuner med mye korttidsplasser gjennomgående har en lav dekningsgrad (andel brukere av befolkning over 67 år). Den negative effekten i modell 1, skyldes således først og fremst at kommuner som har mye korttidsplasser også har en lavere dekningsgrad, noe som, ikke uventet, påvirker tilfredsheten med tilgjengelighet.



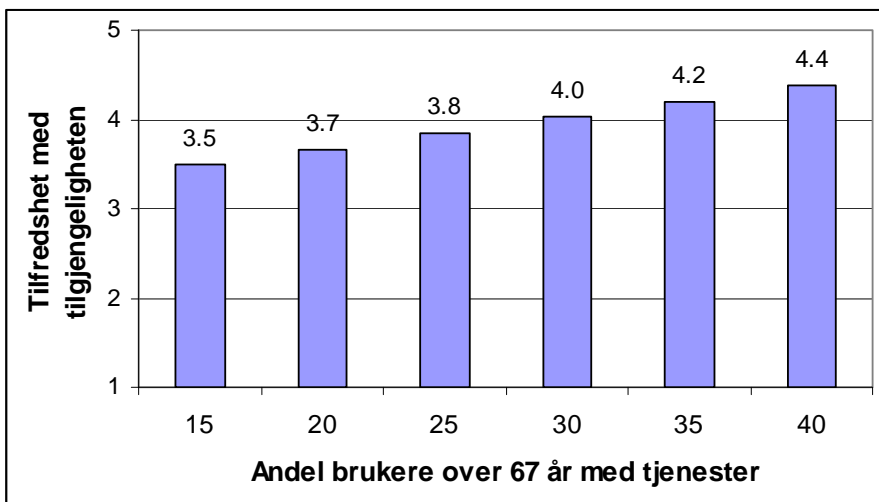
Figur 7-1 Estimert tilfredshet ved endring av andelen langtidsplasser og langtidsplasser sammen med heldøgnsbemannede omsorgsboliger (estimert fra modell 1).

Figur 7-1 viser hvordan brukertilfredsheten endres når vi endrer andelen langtidsplasser og andelen langtidsplasser i tillegg til andelen heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Den første søylen viser endringen i estimert tilfredshet med tilgjengeligheten ved en endring i andelen langtidsplasser. En kommune med 10 % av brukerne på langtidsplass, vil da ha en estimert tilfredshet med tilgjengeligheten på 3,01 (på en skala fra 1-7). Økes denne andelen til 50 %, ser vi at den estimerte tilfredshetsskåren øker til 3,70. Estimaten forutsetter at andelen heldøgnsbemannede omsorgsboliger og korttidsplasser holdes konstant på henholdsvis 6 % og 7 % og at en økning/reduksjon i langtidsplasser, øker/reducerer andelen med hjemmetjenester tilsvarende.

Den andre søylen viser endringen i brukertilfredsheten ved endring i både andelen langtidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger. En kommune med 10 % langtidsplasser og ingen heldøgnsbemannede

omsorgsboliger får her en estimert tilfredshet med tilgjengeligheten på 2,95. Økes andelen langtidsplasser til 50 % og andelen heldøgnsbemannede omsorgsboliger til 20 %, får vi en estimert tilfredshet på 3,82. Med andre ord, i kommuner med mye langtidsplasser og omsorgsboliger – dvs. tjenester som ligger høyt oppe i tjenestetrappa – oppleves tilgjengeligheten til tjenestene å være klart bedre enn i kommuner som prioriterer hjemmetjenester. Figuren over er beregnet på bakgrunn av modell 1 i Tabell 7-1. Der finner vi at forskjellene i brukertilfredshet i hovedsak skyldes dekningsgraden. Når vi kontrollerer for dekningsgrad, ser vi dessuten at effekten av langtidsplasser ble svekket.

Det er ellers flere av de uavhengige kontrollvariablene som har effekt på brukernes opplevelse av tilgjengeligheten. Vi ser som nevnt at dekningsgraden har en positiv effekt, noe som betyr at jo flere av innbyggerne over 67 år som mottar tjenester, desto mer fornøyd er innbyggerne.



Figur 7-2 Estimert brukertilfredshet avhengig av dekningsgraden (andel brukere over 67 år med tjenester).

Figuren over viser de estimerte verdiene for tilfredsheten med tilgjengeligheten avhengig av hvor stor andel av brukerne som mottar tjenester. I gjennomsnitt gir kommunene tjenester til noe over 25 % av innbyggerne over 67 år. Vi ser da at den estimerte tilfredsheten er på 3.8. Dekningsgraden varierer imidlertid fra noe under 15 % og opp til 40 %. Innenfor dette intervallet ser vi at brukertilfredsheten varierer fra hele 3.5 til 4.4. Med andre ord betyr dekningsgraden relativt mye for innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten til tjenestene.

Tabell 7-1 viser også at det er en negativ sammenheng mellom antall liggedager på sykehus for de over 67 år og hvor fornøyd de er med tilgjengeligheten. I utgangspunktet har vi tatt med denne variabelen som indikator for pleiebehovet i kommunen. Den negative sammenhengen her kan imidlertid tyde på at antall liggedager på sykehus også kan være et mål på tilgjengeligheten til eller kapasiteten i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Det er nemlig ikke uvanlig at pasienter blir liggende på sykehus etter utskrivingsdato pga manglende kapasitet i kommunene (Møller og Flermoen 2009).

Tabellen viser også at antall sykefraværsdager i pleie- og omsorgstjenesten påvirker opplevelsen av tilgjengeligheten negativt. En forklaring på dette kan være at kommunene ikke tar inn vikarer i samme omfang som sykefraværet, noe som igjen kan påvirke tilgjengeligheten til tjenestene. Samtidig kan vi ikke se bort i fra at høyt sykefravær kan være uttrykk for dårlig arbeidsmiljø og/eller høyt arbeidspress i kommunene, noe som igjen påvirker tjenestene negativt.

Vi ser videre at befolkningsstørrelse påvirker innbyggernes opplevelse av tilgjengeligheten negativt. Dette er i tråd med hva vi finner i andre

undersøkelser. Forklaringen på dette kan enten være ulike forventinger i små og store kommuner eller at tjenestene generelt er bedre i små enn i større kommuner. Sannsynligvis er det her snakk om elementer av begge deler.

Til slutt finner vi også at gjennomsnittlig reisetid til kommunesentret påvirker oppfatningen av tilgjengeligheten negativt. Dette er for så vidt ikke overraskende siden pleie- og omsorgstjenestene normalt er sentralisert i kommunene og store avstander vil dermed naturlig nok ha betydning for den opplevde tilgjengeligheten blant innbyggerne.

Tabellen V-IV-1 i vedlegg IV viser den samme analysen som over, men med utvalget av brukere/pårørende, dvs. de som har erfaring med de aktuelle tjenestene. Tabellen er forkortet i den forstand at bakgrunnsvariablene inngår i analysene, men de er av plasshensyn utelatt fra tabellen.

I den første modellen finner vi som over, at andelen på langtidsopphold påvirker tilfredsheten med tilgjengeligheten positivt. Når vi kontrollerer for dekningsgrad og kommunens frie inntekter, får vi ingen signifikant effekt. Her kommer det med andre ord tydeligere frem at den positive effekten av langtidsplasser først og fremst skyldes at kommuner med mye langtidsplasser også tilbyr tjenester til relativt mange av kommunens innbyggere.

På samme måte ser vi at den negative effekten av korttidsopphold svekkes når vi kontrollerer for kommunens økonomi og dekningsgrad. Som nevnt over, har dette bakgrunn i at kommuner med mye korttids-plasser gjennomgående har lav dekningsgrad.

Effekten av heldøgnsbemannede omsorgsboliger er signifikant positiv i begge modellene. Dvs. at jo mer kommunen har av heldøgnsbemannede omsorgsboliger på bekostning av hjemmetjenester, desto mer fornøyd er brukerne. Siden effekten ikke endres nevneverdig fra modell 1 til modell 2, betyr det at denne tjenesten i liten grad påvirkes av kommunens økonomi og av dekningsgraden.

Når vi tar hensyn til dekningsgrad og kommunens økonomi, finner vi at tjenesteprofilen har liten betydning for brukenes opplevelse av tilgjengelighet. Som nevnt over, er imidlertid tilfredsheten større desto mer langtidsplasser kommunen har, men dette skyldes langt på vei at kommuner med mye langtidsplasser også ofte har høyere dekningsgrad. Og grunnen til at de scorer høyt på begge disse skyldes igjen bedre økonomi. Vi finner likevel en positiv effekt av å satse på omsorgsboliger, selv når vi kontrollerer for dekningsgrad og økonomi. Hva er så grunnen til dette? Noe av forklaringen kan være at slike boliger oppleves å være mer tilgjengelige enn institusjonsplasser. En annen forklaring kan være at mye av utbyggingen av omsorgsboliger har skjedd de siste årene, hvilket betyr at kommuner med mye omsorgsboliger i realiteten har økt ressursinnsatsen og kapasiteten, noe vi ikke fanger opp i modellene siden disse kostnadene fordeler seg over flere år eller fordi kostnadene ikke inngår i kommuneregnskapet (for eksempel hvis omsorgsboligene drives av et boligbyggelag eller en boligstiftelse).

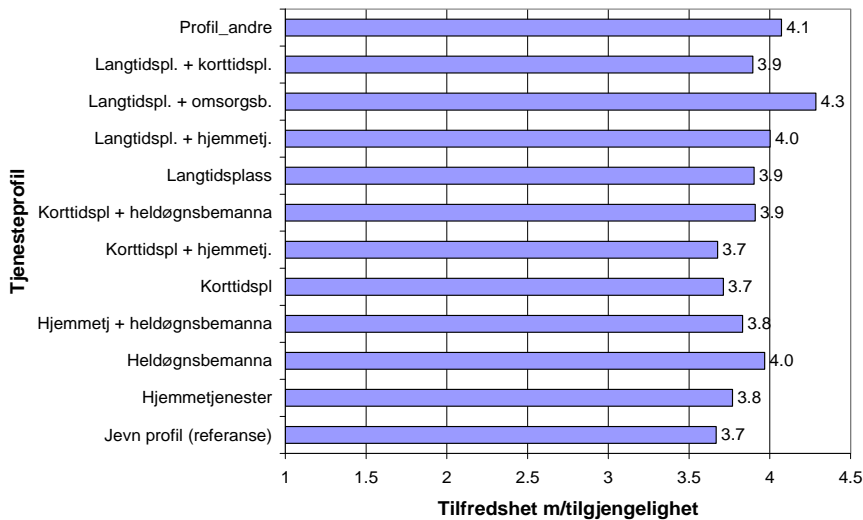
### **7.3.2 Tjenesteprofil og opplevd tilgjengelighet**

I dette avsnittet har vi undersøkt sammenhengen mellom tjenesteprofilen og innbyggernes tilfredshet med tilgjengeligheten til pleie- og omsorgstjenestene. Her har vi byttet ut tjenesteproduktene med tjeneste-



profiler, noe som betyr at kommunene er klassifisert etter hvilke tjenester de har prioritert (jf. kapittel 5). Sammenligningsgrunnlaget er kommuner med såkalt jevn profil, dvs. kommuner som ikke har prioritert bestemte tjenester fremfor andre.

Tabell V-IV-2 viser sammenhengen mellom tjenesteprofil og tilfredshet med tilgjengeligheten. Det fremgår av analysen at kommuner som har satset spesielt på heldøgnsbemannede boliger, samt kommuner som har mye langtidsplasser kombinert med hjemmetjenester eller omsorgsboliger, har de mest tilfredse brukerne. Det er kombinasjonen av langtidsplasser og omsorgsboliger som har størst positiv effekt. Disse kommunene har en skåre som ligger 0,6 høyere enn kommuner med jevn profil. Det er for øvrig interessant å observere at kommuner som har satset på kombinasjoner av langtidsplasser og omsorgsboliger, har en høyere brukertilfredshet enn de som kun har satset på langtidsplasser. Det kan bety at omsorgsboligene representerer en tjeneste mellom ordinære hjemmetjenester og institusjonstjenestene, som for bestemte grupper ivaretar både ønsket om å bo i eget hjem og den trygghetsfølelsen som institusjonene gir.



Figur 7-3 Estimerte forskjeller i innbyggernes opplevde tilgjengelighet til pleie og omsorgstjenester mellom kommuner med ulik tjenesteprofil (estimert fra modell 2). N=6153.

Figur 7-3 viser estimerte verdier på tilfredsheten med tilgjengeligheten til tjenestene for grupper av kommuner med ulik tjenesteprofil. Som det fremgår av tabellen over, er det gjennomgående kommuner med mye langtidsplasser og kommuner som kombinerer dette med andre tjenester som skårer høyt. Den største forskjellen finner vi mellom kommuner som har satset på korttidsplasser (eventuelt i kombinasjon med mye hjemmetjenester) og kommuner som har satset på langtidsplasser og omsorgsboliger. I det første tilfellet er tilfredshetsskårene på 3,7 og i det andre på 4,3.

Tabell V-IV-3 viser sammenhengen mellom tjenesteprofil og tilfredshet med tilgjengeligheten for utvalget av brukere og pårørende. Vi ser her at de aller fleste positive effektene vi fant i analyse med alle respondentene ikke lenger er signifikante. Det eneste som er igjen, er den positive

effekten av kombinasjonen langtidsplasser og omsorgsboliger. Vi finner i tillegg en svak effekt i kommuner som har satset på heldøgnsbemannede omsorgsboliger. På samme måte som i forrige analyse, viser denne at profilen betyr lite for brukerne eller pårørendes tilfredshet med tjenestene. Samtidig ser vi også her at det er omsorgsboliger som har en viss betydning, eventuelt i kombinasjon med langtidsplasser. De to analysene av henholdsvis tjenesteprodukter og tjenesteprofiler er således forholdsvis konsistente.

## 7.4 Brukertilfredshet

---

I dette avsnittet har vi undersøkt sammenhengen mellom kommunenes sammensetning av tjenester og brukertilfredsheten i kommunene. På samme måte som over, måles tjenestene på to måter, dvs. som uavhengige *tjenesteprodukter* og som *tjenesteprofiler*. Disse variablene er nærmere beskrevet i kapittel 5.

Også disse analysene er gjort på to ulike utvalg: Alle innbyggere i kommunen og brukere/pårørende av hjemme- og institusjonstjenester. Siden det utvilsomt er mange ulike forhold som kan tenkes å påvirke tilfredsheten ved tjenestene, har vi også inkludert flere kontrollvariabler i modellene. Disse er knyttet til tjenestebehov, ressursbruk, andre kvalitetsindikatorer og ulike individuelle bakgrunnsvariabler.

### 7.4.1 Tjenesteprodukt og kvalitet

Tabell 7-2 presenteres resultater fra regresjonsanalysen der vi undersøker hvorvidt kommunenes prioriteringer av de ulike tjenesteproduktene påvirker den samlede tilfredsheten blant innbyggerne generelt.

Tabell 7-2. Sammenhengen mellom tjenesteprodukt og opplevd kvalitet. T-verdier i parentes. Signifikante resultater på 5 % nivå er uthevet.<sup>a</sup> N=7 144.

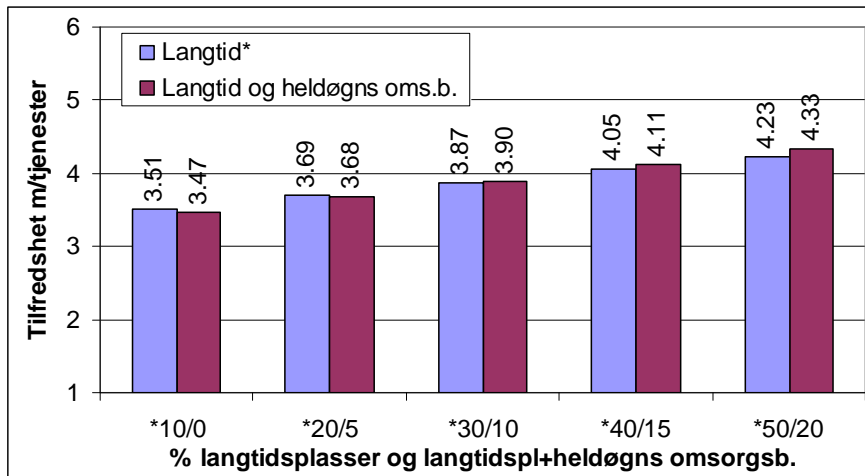
<b>Variabelbenevnelse</b>	<b>Modell 1</b>		<b>Modell 2</b>	
Konstantledd	5,173 (14,615)		4,273 (10,844)	
Andel beboere på langtidsopphold (av alle brukere av PO)	0,018 (4,861)	***	0,014 (3,652)	***
Andel beboere på korttidsopphold (av alle brukere av PO)	-0,021 (-2,895)	***	-0,016 (-2,211)	**
Andel beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger (av alle brukere i PO)	0,007 (2,819)	***	0,007 (2,769)	***
Dekningsgrad			0,021 (2,947)	***
Andel 67 år og mer av befolkning	-0,003 (-0,259)		0,004 (0,399)	
Andel liggedøgn av befolkning 67+	-0,274 (-4,214)	***	-0,271 (-4,156)	***
Andel tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov	-1,055 (-2,907)	***	-0,716 (-1,942)	**
Andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole	0,533 (1,505)		0,479 (1,333)	
Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet	0,399 (0,852)		0,312 (0,662)	
Andel årsverk fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeut, sosionomer	-0,528 (-0,447)		-0,650 (-0,551)	
Andel sykefraværsdager per årsverk i alt	-6,855 (-6,364)	***	-6,212 (-5,737)	***
Kommunale frie inntekter			0,018 (3,887)	***

<b>Variabelbenevnelse</b>	<b>Modell 1</b>		<b>Modell 2</b>	
Brutto driftsutgifter pr innbygger	0,023 (3,287)	***	-0,002 (-0,214)	
Brukerbetaling pr bruker, praktisk bi-stand, i 100 kr	0,001 (0,756)		0,001 (0,741)	
Brukerbetaling pr bruker, institusjon, i 1000 kr	-0,001 (-1,366)		-0,001 (-0,457)	
Antall innbyggere i 1000 personer	-0,001 (-10,342)	***	-0,002 (-10,709)	***
Gjennomsnittlig reisetid til kommunesenter	-0,039 (-0,759)		-0,079 (-1,543)	
Kjønn	-0,014 (-0,409)		-0,012 (-0,361)	
Alder	0,010 (8,989)	***	0,010 (9,005)	***
Utdanning	-0,027 (-1,712)	*	-0,026 (-1,681)	*
Inntekt	-0,030 (-3,449)	***	-0,030 (-3,494)	***
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,080		0,083	

a) Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell 7-2 viser resultater som langt på vei samsvarer med analysen av tilgjengelighet. Av tabellen fremgår det at andelen langtidsplasser og omsorgsboliger har en positiv effekt på brukertilfredsheten. Samtidig viser tabellen at andelen korttidsplasser har en negativ effekt. Til forskjell fra undersøkelsen av tilgjengelighet, finner vi imidlertid at den negative effekten av korttidsplasser er signifikant også når vi kontrollerer for dekningsgrad og kommunens økonomi (modell 2). En mulig forklaring på dette er at korttidsplasser i kombinasjon med hjemmetjenester ofte er et substitutt for mer permanente boformer som langtidsplass og omsorgsbolig. Dersom brukernes preferanser er omsorgsbolig eller langtidsplass, mens tilbudet de får er hjemmetjenester og avlast-

ning på korttidsplass, kan dette forklare den negative effekten av korttidsplasser.



Figur 7-4. Estimert tilfredshet med tjenestene ved endring av andelen langtidsplasser og langtidsplasser sammen med heldøgns omsorgsboliger. Alle innbyggere (estimert fra modell 1).

Figur 7-4 viser hvordan brukertilfredsheten endres når vi endrer andelen langtidsplasser og andelen langtidsplasser i tillegg til andelen heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Den første søylen viser endringen i estimert tilfredshet med tjenestene ved en endring i andelen langtidsplasser. En kommune med 10 % av brukerne på langtidsplass, vil da ha en estimert tilfredshet med tjenestene på 3,51 (på en skala fra 1-7). Økes denne andelen til 50 %, ser vi at den estimerte tilfredshetsskåren øker til 4,23. Estimaten forutsetter at andelen omsorgsboliger og korttidsplasser holdes konstant på henholdsvis 6 % og 7 % og at en økning/reduksjon i langtidsplasser øker/reducerer andelen med hjemmetjenester tilsvarende. Hvis vi samtidig endrer både langtidsplassene og

omsorgsboligene fra en andel på hhv 10 % og 0 % til en andel på 50 % og 20 % øker tilfredshetskåren fra 3,47 til 4,33.

På samme måte som for tilgjengeligheten er disse estimatene beregnet ut fra modell 1 i Tabell 7-2. Det betyr at noe av effekten av langtidsplasser på den estimerte brukertilfredsheten skyldes kommunens dekningsgrad. Når vi tar hensyn til dette, svekkes, som tidligere, den unike betydningen av andelen langtidsplasser.

Det er flere av kontrollvariablene som har signifikant effekt på brukertilfredsheten. Som forventet finner vi at dekningsgraden har en positiv effekt på brukertilfredsheten. Jo flere som mottar tjenester av innbyggerne over 67 år, desto mer fornøyd er brukerne. På samme måte som for tilgjengeligheten, finner vi også her at antall liggedøgn på sykehuset påvirker tilfredsheten negativt. En rimelig tolkning av dette er at liggedøgnene er uttrykk for kommunenes evne til å ta imot utskrevne pasienter fra sykehuset, eventuelt kommunenes evne til selv å håndtere ulike former for behandling.

Vi finner også at sykefraværet påvirker brukertilfredsheten negativt, på samme måte som den påvirker tilgjengeligheten negativt. Det er derfor rimelig å tolke dette dit hen at sykefravær sier noe om arbeidsmiljø eller arbeidsbelastningen som igjen påvirker tjenestene.

Tabell 7-3 Sammenhengen mellom tjenesteprodukt og opplevd kvalitet. T-verdier i parentes. Signifikante resultater på 5 %-nivå er uthevet. Utvalg: brukere og pårørende.<sup>a</sup> N=2 063.

<b>Variabelbenevnelse</b>	<b>Modell 1</b>		<b>Modell 2</b>	
Konstantledd	4,669 (6,853)		3,773 (4,951)	
Andel beboere på langtidsopphold (av alle brukere av PO)	0,018 (2,449)	**	0,015 (1,989)	**
Andel beboere på korttidsopphold (av alle brukere av PO)	-0,034 (-2,373)	**	-0,024 (-1,624)	
Andel beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger (av alle brukere av PO)	0,009 (1,828)	*	0,010 (1,976)	**
Tjenesteomfang og frie inntekter			x	
Andre bakgrunnsvariabler	x		x	
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,095		0,098	

<sup>a)</sup> Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.



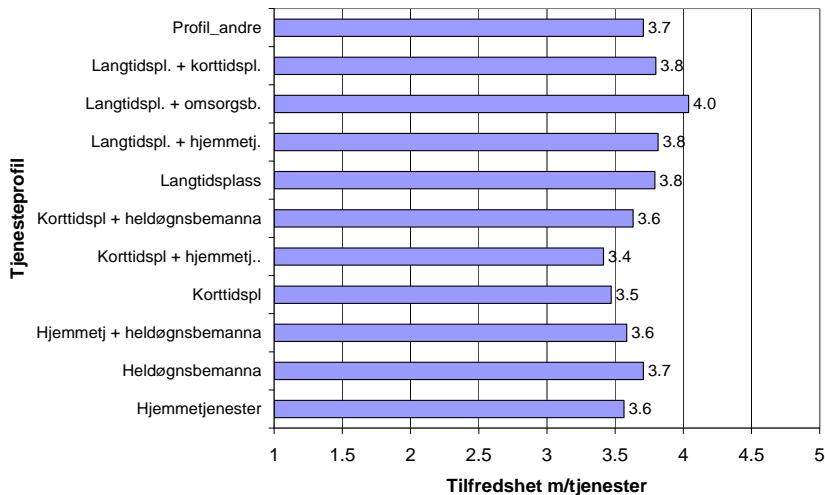
Tabell 7-3 viser virkningen av tjenesteproduktene på brukertilfredsheten for utvalget av brukere og pårørende. Som vi har sett ovenfor viser denne analysen en positiv effekt av å prioritere langtidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Til forskjell fra analysen av tilgjengelighet, ser vi her at andelen langtidsplasser har en positiv effekt også når vi kontrollerer for dekningsgrad og kommuneøkonomi i modell 2. Det betyr at vi i forhold til den generelle tilfredsheten har en mer genuin positiv effekt av det å satse på langtidsplasser. Generelt kan vi derfor si at brukerne er mer tilfreds med tjenestetilbudet desto mer kommunen prioriterer tjenester høyt oppe i tjenestetrappa på bekostning av de ordinære hjemmetjenestene.

## 7.4.2 Tjenesteprofil og kvalitet

På samme måte som analysen av tjenesteprofil og opplevd tilgjengelighet, har vi her undersøkt sammenhengen mellom tjenesteprofil og brukertilfredshet. Sammenligningsgrunnlaget er også her kommuner med jevn profil (jf. kap. 5). Utvalget består både av brukere/pårørende og ikke-brukere.

Tabell V-IV-4 i vedlegg IV viser ganske entydig at kommuner som har prioritert langtidsplasser, eventuelt sammen med andre typer tjenester, har signifikant høyere brukertilfredshet enn kommuner som prioriterer andre tjenester. Spesielt ser vi at profilen ”langtidsplass + heldøgnsbemannede omsorgsboliger” skiller seg positivt ut. Ingen av profilene som kjennetegnes av en høy andel korttidsplasser – alene eller i kombinasjon med andre tjenester – er signifikante. Det er særlig interessant å observere at kombinasjonen av korttidsplasser og hjemmetjenester, en tjenesteprofil som utvilsomt ivaretar innbyggernes ønske om å bo

hjemme lengst mulig, ikke har spesielt stor betydning for brukertilfredsheten.



Figur 7-5 Estimerte kvalitetskårer på ulike tjenesteprofiler. Alle respondenter (estimert fra modell 2). N=7 144.

Figur 7-5 viser de estimerte brukertilfredshetsverdiene på de ulike tjenesteprofilene. Her fremgår det som vist over, at spesielt kommuner som har satset mye på både langtidsplasser og omsorgsboliger har en høy skåre (4.0). Motsatt finner vi en relativt lav skåre i kommuner som har satset på hjemmetjenester og korttidsplasser (3.4).

Tabell V-IV-5 viser sammenhengen mellom tjenesteprofil og brukertilfredshet for utvalget av brukere og pårørende. Vi ser her at den eneste signifikante effekten er kombinasjonen av langtidsplasser og heldøgnsbemannede boliger, dvs. det samme som vi også fant i analysen av tilgjengelighet. Det betyr med andre ord at tjenesteprofilen i liten grad påvirker brukere og pårørendes tilfredshet med tjenestene, bortsett fra i

de tifellene der man har prioritert både langtidsplasser og omsorgsboliger.

## 7.5 Brukertilfredshet – data fra KS

---

I denne delen har vi benyttet surveydata samlet inn av KS (Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) for å undersøke effekten av tjenesteprofil på brukertilfredsheten blant brukerne av hjemmetjenesten. Undersøkelsen omfatter 140 kommuner. Siden kommunene som inngår er kommuner som selv har valgt å være med i KS sitt effektiviseringsnettverk, er de ikke nødvendigvis representative for landet som helhet. Samtidig varierer utvalget i hver kommune forholdsvis mye og samsvarer ikke nødvendigvis med kommunestørrelsen. Vi har derfor veid utvalget i hver kommune i forhold til innbyggerstørrelse. Samtidig har vi utelatt kommuner med mindre enn 15 respondenter. Dette for å unngå at små utvalg skal påvirke forholdsmessig mye etter at utvalget er veid. Vi har også valgt å ta ut Oslo fra utvalget fordi antall respondenter her er forholdsvis stort.

I analysene har vi tatt for oss kvalitetsindikatorerne resultat, prosess og struktur (KS 2008). De tre indikatorene er beregnet på bakgrunn av ulike spørsmål i spørreundersøkelsen og inneholder følgende:

Resultat:

- Om tjenestene har god kvalitet
- Om de gir en bedre hverdag slik at du kan bo hjemme
- Om du får den hjelpen du har behov for

## Prosess:

- Brukermedvirkning, dvs. om brukerne tas med på råd i utformingen av tjenesten
- Om brukerne behandles med respekt

## Struktur:

- Tilgjengelighet
- Informasjon

I utgangspunktet er det rimelig å forvente at brukerne av hjemmetjenesten i kommuner som prioriterer tjenester lengre nede i tjenestetrappe (hjemmetjeneste og omsorgsboliger), er mer fornøyd enn i kommuner som prioriterer institusjonstjenester. Samtidig skal vi heller ikke se bort fra at kommuner som prioriterer tjenester langt nede i tjenestetrappe, har et trangere nåløyne inn til institusjonsplassene, noe som kan bidra til at det oppstår misforhold mellom brukernes preferanser og de tjenestene de mottar i hjemmetjenesten. Dersom brukerne i hjemmetjenesten i større grad har preferanser for institusjonsplasser, er det rimelig at dette også påvirker brukertilfredsheten negativt.

Tabell 7-4. Sammenhengen mellom tjenesteprodukt og opplevd resultat kvalitet, prosesskvalitet og strukturkvalitet. Brukere av hjemmetjenesten. T-verdier står i parentes. Forkortet tabell.<sup>a</sup>

<b>Variabelbenevnelse</b>	<b>Resultat (modell 2)</b>	<b>Prosess (modell 2)</b>	<b>Struktur (modell 2)</b>
Konstantledd	3,4509 (25,4572)	3,3284 (24,1739)	3,3819 (22,6024)
Andel beboere på langtidsopphold (av alle brukere av pleie- og omsorgstje-	-0,0021* (-1,8848)	-0,0035*** (-3,1209)	-0,0054*** (-4,4320)

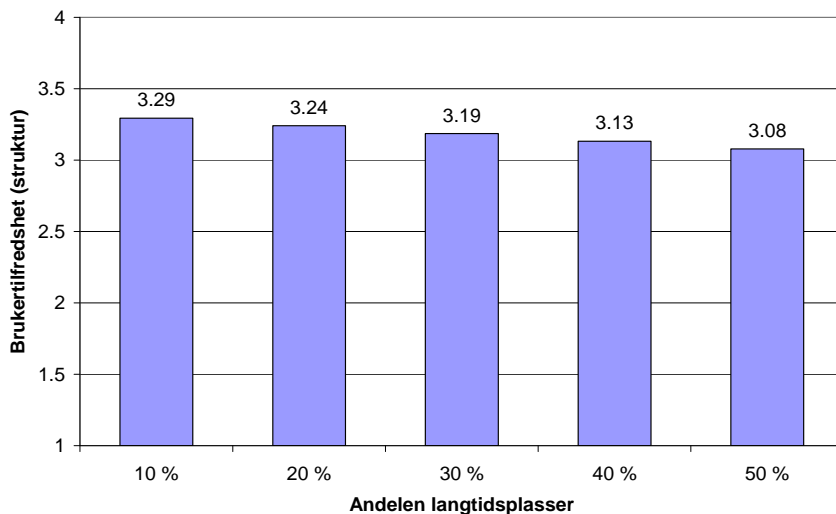
nester)			
Andel beboere på korttidsopphold (av alle brukere av pleie- og omsorgstjenester)	0,0002 (0,0600)	0,0023 (0,6284)	-0,0041 (-1,0311)
Andel beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger (av alle brukere av pleie- og omsorgstjenester)	0,0011 (1,5839)	0,0017** (2,2914)	-0,0011 (-1,4239)
Tjenesteomfang og frie inntekter	x	x	x
Andre bakgrunnsvariabler	x	x	x
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,019	0,034	0,035
N	10 943	10 902	10 906

a) Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell 7-4 viser sammenhengen mellom tjenesteprofil og de tre kvalitetsmålene. Vi ser at jo mer langtidsplasser kommunen har, desto mindre fornøyd er brukerne av hjemmetjenestene. Dette gjelder spesielt i forhold til prosess- og strukturkvalitet, dvs. forhold som dreier seg om respektfull behandling, brukermedvirkning, tilgjengelighet og informasjon. Dette støtter således antagelsen om at prioritering av tjenester høyt oppe i tjenestetrappa, kan ha konsekvenser for kvaliteten på tilbudet lenger nede.

Modellen viser også at det er en positiv sammenheng mellom prioriteringen av omsorgsboliger og prosesskvalitet (medvirkning og behandling med respekt). Dette kan ha sammenheng med at omsorgsboligkonseptet i seg selv kan påvirke adferden til medarbeiderne i pleie- og omsorgssektoren. Til sammenligning med institusjonsplassene i kommunenes sykehjem, som er pleiernes ”hjemmearena”, er omsorgsboligene

brukernes private hjem, noe som sannsynligvis medfører at pleierne i større grad tar hensyn til beboerne her enn på et sykehjem. Flere av våre informanter i den kvalitative undersøkelsen har påpekt nettopp dette.



Figur 7-6. Estimert brukertilfredshet (strukturelle kvalitet) ved endring av andelen langtidsplasser. Brukere av hjemmetjenesten.

Figuren over viser de estimerte effektene på brukertilfredsheten, dvs. strukturell kvalitet som innebærer tilgjengelighet og informasjon. Vi ser her at en kommune med 10 % langtidsplasser (hvilket innebærer 75 % hjemmetjenester), har en skåre på 3,3, mens en kommune med 50% langtidsplasser har en skåre på 3,1.

Tabell V-IV-6 viser sammenhengen mellom tjenesteprofilene og den opplevde kvaliteten til brukerne av hjemmetjenesten. De tre modellene viser resultatene for resultatkvalitet, prosesskvalitet og strukturkvalitet.

Alle estimatene er målt i forhold til referansekommunene som har en jevn profil, dvs. at de ikke har prioritert bestemte tjenester.

Det første som slår oss er at de signifikante effektene alle er positive. Med andre ord betyr det at innbyggere i kommuner som har en høy prioritering av visse tjenester, skårer høyere enn de som har en jevn fordeling. Vi ser at dette gjelder følgende profiler:

- Heldøgnsbemannede omsorgsboliger
- Heldøgnsbemannede omsorgsboliger + hjemmetjenester
- Korttidsplasser + heldøgnsbemannede boliger
- Langtidsplasser + hjemmetjenester
- Langtidsplasser + korttidsplasser

Det er for øvrig interessant at innbyggerne i kommuner som prioriterer hjemmetjenester eller hjemmetjenester i kombinasjon med korttidsplasser, ikke har signifikant høyere skåre enn innbyggerne i referansekommunene. Strategien med å kombinere hjemmetjenester med korttidsplasser, for at innbyggerne skal kunne bo lengre hjemme, ser med andre ord ikke ut til å gi spesielt positive resultater på brukertilfredsheten.

Det som derimot ser ut til å gi effekt blant innbyggerne som mottar hjemmetjenester, er prioriteringen av heldøgnsbemannede omsorgsboliger og denne typen boliger kombinert med mye hjemmetjenester.<sup>29</sup>

Innbyggere i kommuner som prioriterer heldøgnsbemannede boliger og korttidsplasser, gir også en høy skåre på kvaliteten. Noe av forklaringen på at omsorgsboligene ser ut til å gi bedre opplevd kvalitet, kan

---

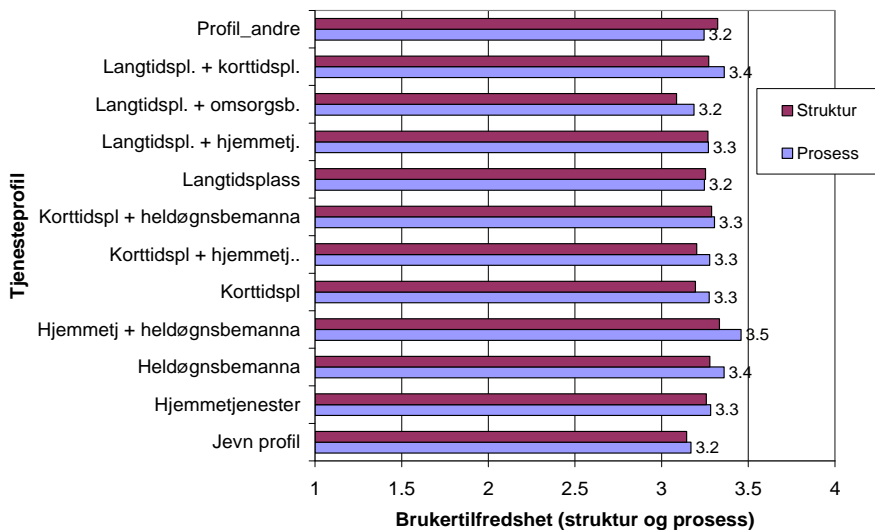
<sup>29</sup> I kategorien heldøgnsbemannede omsorgsboliger og hjemmetjenester inngår kun en kommune med et veid utvalg på 95 respondenter (uveid 79). I de øvrige kategoriene inngår det 5 eller flere kommuner.

være at de representerer et tryggere alternativ enn den ordinære hjemmetjenesten. Det kan også være at hjemmetjenestebrukerne i kommuner med mye omsorgsboliger opplever disse som mer tilgjengelige enn det hjemmetjenestebrukerne opplever at institusjonsplassene er i kommuner som prioriterer institusjonsplasser. Årsaken er at hjemmetjenesten og omsorgsboligene har tettere koblinger i og med at de er organisert sammen og ofte har samme bemanning.

Det er videre interessant å observere at hjemmetjenestebrukerne i kommuner med mye korttidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger, skårer høyere enn hjemmetjenestebrukerne i kommuner med jevn profil. Forklaringen kan være noe av det samme som over, nemlig at dette er tjenester som brukerne av de ordinære hjemmetjenestene i første rekke kommer i kontakt med ved behov for tjenester ut over det den ordinære hjemmetjenesten klarer. Det kan med andre ord se ut som om prioritering av de tjenestene som ligger nærmest den tjenesten man selv har, gir positive utslag på den opplevde kvaliteten.

Denne forklaringen stemmer imidlertid ikke helt når vi finner at innbyggene i kommune med mye langtidsplasser og korttidsplasser, eller kommuner som kombinerer langtidsplasser og hjemmetjenester, også har en positiv effekt på brukertilfredsheten. Disse resultatene står i kontrast til den forrige analysen av tjenesteproduktene som viste at prioriteringer av langtidstjenester har en negativ effekt på brukertilfredsheten. En mulig forklaring er at brukerne opplever større trygghetsfølelse innenfor denne modellen i og med at korttidsplassene ofte er et springbrett inn til en langtidsplass. Det er derfor mulig at denne profilen gir brukerne av hjemmetjenestene opplevelsen av økt trygghet og tilgjengelighet.





Figur 7-7. Estimerte kvalitetskårer (struktur og prosess) på ulike tjeneste profiler. Brukere av hjemmetjenesten.

Figuren over viser de estimerte skårene på struktur- og prosesskvalitet for de ulike profilene. Vi ser at det er forholdsvis små forskjeller. Den største forskjellen i forhold til prosesskvalitet finner vi mellom den jevne profilen med skår på 3.2 og kombinasjonen hjemmetjenester og heldøgnsbemannede omsorgsboliger med en skår på 3.5.



# 8. Kvalitativ undersøkelse av kostnader og kvalitet

## 8.1 Innledning

---

I dette kapitlet skal vi se nærmere på pleie- og omsorgstilbudet for eldre i seks case-kommuner. Formålet er å undersøke om og eventuelt hvordan tjenesteprofilen har betydning for tilbudet til brukerne. Mer spesifikt er vi opptatt av om enkelte tjenesteprofiler har bedre kapasitet og kan tilby bedre kvalitet på tjenestene enn andre.

Mens vi i kapittel 7 benyttet kvantitative brukerundersøkelser for å måle kvaliteten på tjenestene, benytter vi her primært et kvalitativt datamateriale om hvordan medarbeiderne i pleie- og omsorgssektoren opplever kapasiteten og kvaliteten på tjenestene. Kvalitet vurderes her i forhold til om tjenestene er i stand til å dekke brukernes primær- og sekundærbehov. Primærbehovene omfatter det å få hjelp til slike ting som å stå opp, vask og stell, spise og gå på toalett. Sekundærbehovene omfatter andre tjenester som går ut over dette, bl.a. sosiale aktiviteter, fysiske aktiviteter, tid til mestring etc.

De seks kommunene er valgt ut med tanke på at de skal være så like som mulig bortsett fra tjenesteprofilen. Innledningsvis gir vi derfor en kort beskrivelse av kommunene i forhold til enkelte sentrale måleparametere hentet fra Kostra, herunder tjenesteprofilen. Videre gir vi en mer utdypende beskrivelse av hvordan tjenestene er innrettet og organisert i de seks kommunene. Dernest analyseres likheter og forskjeller mellom de seks kommunene. Hovedspørsmålet blir således å gå nær-

mere inn på spørsmålene om tjenesteprofilen betyr noe for kvaliteten på tjenestene som tilbys.

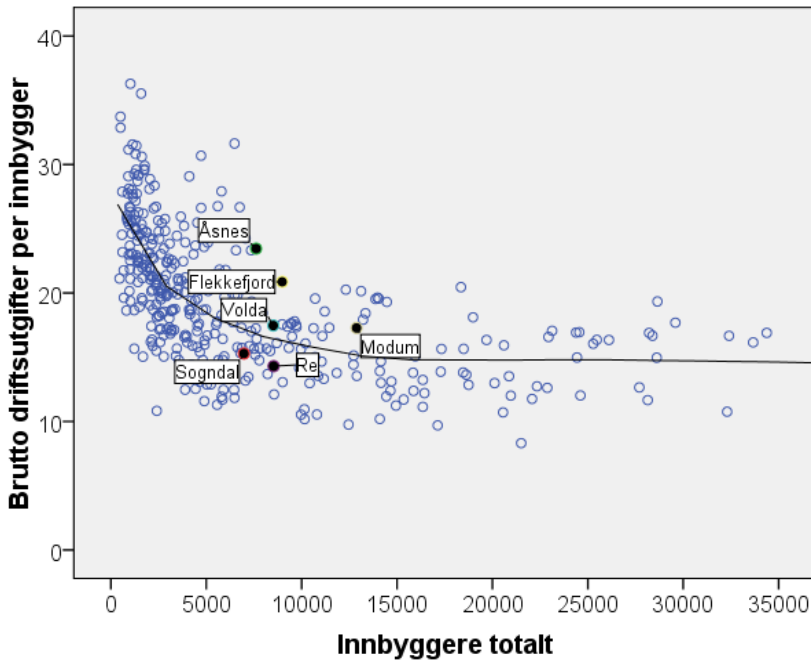
## 8.2 Beskrivelse av kommunene

I dette avsnittet gir vi en kort beskrivelse av de seks kommunene med bakgrunn i tall fra Kostra. Formålet er å identifisere hvilke strukturelle betingelser som er like og ulike i de seks kommunene.

Tabell 8-1. Kjennetegn ved kommunene i utvalget (Kostratall fra 2009)

	Åsnes	Modum	Re	Flekk- fjord	Sogndal	Volda	Andre
Innbyggere totalt	7610	12872	8527	8975	6968	8509	11000
Andel brukere per innb over 67 år	26 %	27 %	25 %	27 %	27 %	25 %	26 %
Andel innbyggere over 67 år	21 %	14 %	11 %	16 %	13 %	14 %	15 %
Andel innbyggere over 80 år	8.4 %	5.3 %	4.0 %	6.3 %	4.7 %	5.8 %	5,6 %
Brutto driftsutgifter per innbygger	23.447	17.283	14.301	20.865	15.284	17.470	19.430
Andel innbyggere som bor i tettsted	26 %	69 %	42 %	71 %	65 %	67 %	50 %

Tabell 8-1 viser at de seks kommunene varierer i innbyggerstørrelse mellom 7000 og 13 000, dvs. at de representerer mellomstore kommuner i norsk sammenheng.

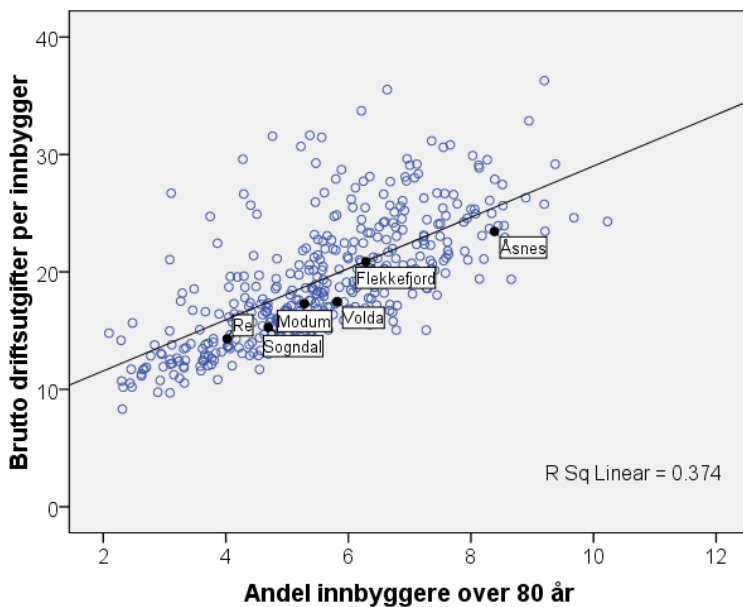


Figur 8-1. Antall innbyggere og brutto driftsutgifter per innbygger (2009)

Det er også slik at større kommuner har lavere driftsutgifter per innbygger enn mindre kommuner. Figur 8-1 viser at våre case-kommuner befinner seg i et grenseland mellom de minste kommunene med gjennomgående høye driftsutgifter og større kommuner med lavere driftsutgifter. Vi ser også at variasjonene i driftsutgiftene er noe større enn det enn det variasjonen i innbyggerstørrelsen skulle tilsi. På den ene siden finner vi at Sogndal og Re har relativt lave driftsutgifter, mens Åsnes og delvis Flekkefjord har relativt høye.

Tabell 8-1 viser videre at andelen brukere som mottar pleie- og omsorgstjenester, ligger på mellom 25 % og 27 %. Dekningsgraden i de seks kommunene ligger dermed nært opp til gjennomsnittet for landet

som er på 26 %.<sup>30</sup> Det er større variasjon mellom kommunene i forhold til andelen innbyggere over 67 år, noe som vil være et mål på tjenestebehovet i kommunen. Denne variasjonen gjenspeiler seg imidlertid i utgiftsnivået til kommunen.

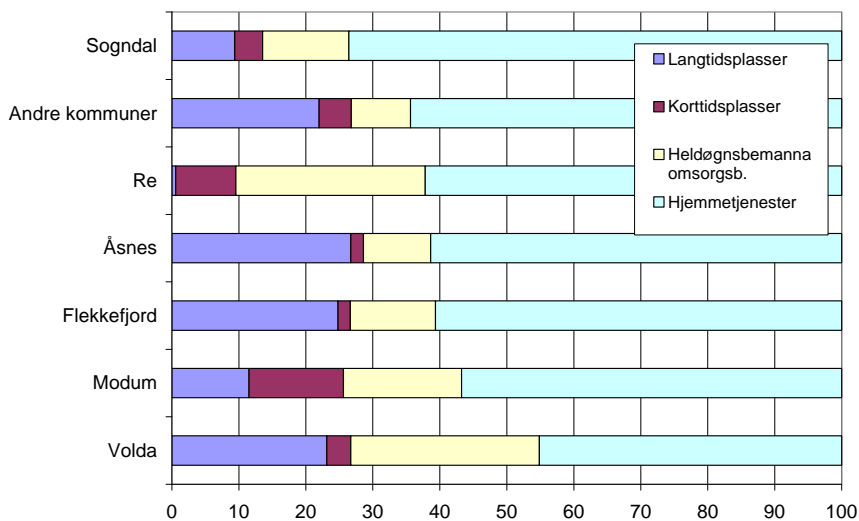


Figur 8-2. Andel innbyggere over 80 år og brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester (2009)

Figur 8-2 viser at andelen eldre påvirker kostnadsnivået, dvs. at jo større andel eldre, desto høyere driftsutgifter. Åsnes skiller seg fra de øvrige kommunene ved å ha relativt stor andel eldre, og tilsvarende høye brut-

<sup>30</sup> Det er for øvrig stor spredning i dekningsgraden mellom alle kommuner. De mest typiske kommunene (dvs. variasjonen mellom 1. og 3. kvartil) varierer mellom 22 og 30 %.

to driftsutgifter. På den andre siden finner vi Re hvor det er relativt få over 80 år, og samtidig klart lavere driftsutgifter. Med andre ord er det rimelig å anta at variasjonen i ressursinnsatsen mellom kommunene langt på vei skyldes variasjoner i tjenestebehovet.



Figur 8-3. Tjenesteprofilen i case-kommunene.

Til slutt har vi sett nærmere på hvordan de seks kommunene fordeler seg i forhold til beboere/tjenestemottakere i ulike pleie- og omsorgstjenester. Sogndal med sine relativt lave driftsutgifter per innbygger, relativt lav andel eldre og med høyt kvalifisert bemanning, har valgt en tjenesteprofil med *stort omfang av hjemmetjenester*.

Re har med sine relativt lave driftsutgifter per innbygger, liten andel eldre og normalt kvalifisert bemanning, valgt en tjenesteprofil med *mye omsorgsboliger, relativt mange korttidsplasser og ingen langtidsplasser*. Re har med andre ord flere tjenestemottakere på et høyere omsorgsnivå

enn Sogndal, men har erstattet langtidsplassene med en kombinasjon av omsorgsboliger og korttidsplasser.

Åsnes med sine høye driftsutgifter per innbygger, mange eldre og med en normal kvalifisert bemanning, har en profil som bærer preg av å ha *mange tjenestemottakere med langtidsplasser*. Samtidig er det få korttidsplasser i kommunen. Åsnes har en tilsvarende andel tjenestemottakere på et høyere omsorgsnivå, men til forskjell fra Re, har Åsnes mye langtidsplasser i stedet for omsorgsboliger og korttidsplasser.

Flekkefjord med noe høyere driftsutgifter per innbygger enn det befolkningen skulle tilsi (sammenlignet med de fem andre kommunene), og med relativt lite høyskole/universitetsutdanna personale, har valgt en profil lik Åsnes med *mange langtidsplasser*. Forskjellen mellom Flekkefjord og Åsnes er derfor ikke først og fremst tjenesteprofil, men at Åsnes har flere eldre enn i Flekkefjord (selv om Flekkefjord også har relativt sett mange eldre).

Modum, som kan sies å ha et normalt kostnadsnivå, men også med relativt få høyskoleutdanna, har valgt en profil med *mye korttidsplasser*. Kommunen har en noe større andel på høyt tjenestenivå enn både Flekkefjord, Åsnes og Re. Sammenlignet med Åsnes og Flekkefjord, kan det se ut som at korttidsplassene i Modum har kommet som erstatning for langtidsplassene i de to førstnevnte kommunene. Samtidig er det en noe større andel omsorgsboliger i Modum.

Volda, som preges av å ha forholdsvis lave kostnader, men høy utdanned personell, har valgt en profil som innebærer at store deler av brukerne fanges opp av *langtidsplasser og omsorgsboliger*. Med andre ord er Volda den kommunen som har klart størst andel brukere på et høyere omsorgsnivå. Sammenlignet med Flekkefjord og Åsnes, har Volda



tilsvarende andel institusjonsplasser, men en klart større andel omsorgsboliger som kommer i stedet for mye av hjemmetjenesten i de to førstnevnte kommunene.

## 8.3 Organisering av tjenestetilbudet

---

I denne delen gir vi en mer utfyllende beskrivelse av hvordan tjenestetilbudet i case-kommunene er organisert. For hver av de seks kommunene beskriver vi først hvordan tjenestene er organisert, hvordan de er dimensjonert og ikke minst hvordan de er koordinert. Til slutt i avsnittet sammenfatter vi likheter og forskjeller mellom kommunene.

### 8.3.1 Volda

Pleie- og omsorgssektoren i Volda kommune har en flat struktur, der avdelingslederne på sykehjemmet, soneledere i hjemmetjenesten samt ledere av tjenester for funksjonshemmede og psykisk helse, rapporterer direkte til pleie- og omsorgssjef.

Sykehjemmet er lokalisert i 2. og 3. etasje i Volda omsorgssenter og består av fire avdelinger med totalt 76 plasser. Hver avdeling er inndelt i to mindre bogrupper med ni eller to enkeltrom. Fire bogrupper er tilrettelagt for demente, hvorav to bogrupper er skjermet. Tre av de øvrige bogrupperne er for langtidsbeboere, mens en gruppe har fire rehabiliteringsplasser. Bortsett fra disse rehabiliteringsplassene har ikke sykehjemmet avsatt faste plasser til korttidsopphold. For øvrig består Volda omsorgssenter av blant annet dagsenter for eldre, kafé, sentralkjøkken og administrasjon.

Hjemmetjenesten er inndelt i fire geografiske soner. Sone 2, 3 og 4 utfører pleie både i private hjem og i heldøgnsbemannede omsorgsboliger, mens sone 1 er en ren ”ute-sone”. I sonene med bemannede omsorgsboliger vil noen ansatte være fast tilknyttet omsorgsboligene, mens andre veksler på å jobbe ute og inne. Det finnes i alt fire heldøgnsbemannede omsorgsboliger for eldre:

- *Barstadtunet* er lokalisert i nær tilknytning til omsorgssenteret og består av 24 enheter. En av avdelingene er spesielt tilrettelagt for demente.
- *Fjordsyn* er tidligere Volda sykehjem og består av 34 enheter fordelt på tre avdelinger.
- *Folkestadtunet* og *Nilletun/Mork* er begge lokalisert utenfor Volda sentrum. Nilletun/Mork har 26 beboere, mens Folkestadtunet har 14 beboere med et noe lettere pleiebehov.

Kommunen disponerer også 19 omsorgsboliger som blir betjent av hjemmesykepleien etter enkeltvedtak.

I Volda har de en vedtaksnemnd som avgjør inntaket av nye søkere til institusjon og hjemmebaserte tjenester. Sonelederne i hjemmetjenesten og avdelingslederne på sykehjemmet rullerer på å delta på inntaksmøter i vedtaksnemnda. Øvrige representanter er pleie- og omsorgssjef, saksbehandler, tilsynslege og eventuelt fysioterapeut og ergoterapeut. Før møtet i vedtaksnemnda har de også et formøte der alle avdelingslederne møtes for å orientere om sine brukere. I Volda finner vi med andre ord et organ som involverer det vi kan kalle kjernetjenestene (hjemmetjeneste, omsorgsboliger og institusjonsplasser) og der alle vedtak fattes i dette møtet.

### 8.3.2 Sogndal

Pleie- og omsorgssektoren i Sogndal omfatter drift av Sogndal omsorgssenter, omsorgsboliger i Fjærland og Sogndal sentrum, rehabilitering og aktivisering, hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Enheten har i underkant av 150 ansatte og blir ledet av pleie- og omsorgssjef.

Sogndal omsorgssenter har en sentral beliggenhet i Sogndal sentrum, og omfatter sykehjem, 32 heldøgnsbemannede omsorgsboliger og 15 andre omsorgsboliger tilknyttet hjemmetjenesten. Den økonomiske rammen tilsier drift av 25 sykehjemsplasser, men antall pasienter er som regel 34. De ekstra sengene brukes i hovedsak til korttidsopphold, og målet er at 40 % av plassene til enhver tid skal være forbeholdt pasienter på avlastnings- og korttidsopphold. Sykehjemmet består av én avdeling, noe som betyr at langtids- og korttids plassene ikke er fysisk skilt fra hverandre.

De heldøgnsbemannede omsorgsboligene ligger i en nyere fløy av omsorgssenteret. Her er beboerne inndelt i fire grupper av åtte pasienter, og man forsøker å samle de demente beboerne i en egen etasje. De øvrige 15 omsorgsboligene på senteret var tidligere et aldershjem som nå har blitt ombygd til omsorgsboliger tilknyttet hjemmesykepleien.

Hjemmetjenesten i Sogndal er inndelt i tre soner etter geografi, og hver av disse er ledet av en avdelingssykepleier. I tillegg til å yte pleie i private hjem og boligene på omsorgssenteret, disponerer kommunen flere omsorgsboliger som er betjent av hjemmetjenesten. Det totale antallet omsorgsboliger i kommunen er 117.

I Sogndal har de en tverrfaglig samarbeidsgruppe (TSG) som skal ha en koordinerende rolle innenfor pleie- og omsorgstjenesten og mellom pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Gruppen består av pleie- og omsorgssjefen, en representant fra sosialtjenesten og to soneledere fra hjemmebasert omsorg. TSG håndterer både søknader om hjemmehjelp, hjemmesykepleie, tildeling av omsorgsboliger, støttekontakt, omsorgslønn, personlig assistent, alarmtelefon, matombringning og transportordning. Gruppen har faste møter hver uke.

### 8.3.3 Re

Virksomhetsleder for pleie- og omsorg i Re kommune har i alt 15 avdelinger og avdelingsledere under seg, blant annet hjemmehjelp og hjemmesykepleie, omsorgsboliger og bofellesskap, Re sykehjem, tjenester for funksjonshemmede og psykisk helsearbeid. I 2005 valgte kommunen å legge ned langtidsplasser på sykehjem, slik at det eneste institusjonstilbudet for de eldre er korttidsavdelingen på Re sykehjem. Sykehjemmet har 20 plasser fordelt på to avdelinger: demens/palliasjon og avlastning/rehabilitering. De ansatte vil være knyttet til en av disse avdelingene, men hjelper også til på andre avdelinger dersom det er behov.

Kommunen har et stort antall omsorgsboliger, differensiert etter ulike typer pasientgrupper:

- *Krakken Bo- og Pleiesenter* tilbyr et langvarig botilbud til 20 personer med et omfattende pleiebehov (tidligere sykehjem).

- *Våletunet* består av 25 omsorgsboliger for noe friskere eldre. Disse boligene er tilknyttet sykehjemmet og er bemannet av bakvakten på sykehjem på natterstid.
- *Vestjordnet* er heldøgnsbemannede omsorgsboliger primært tilrettelagt for demente. Her er 20 beboere inndelt i mindre grupper med fellesarealer tilhørende hver enhet.
- *Brårasenteret omsorgsboliger* er 20 omsorgsboliger for eldre som i utgangspunktet skal klare seg selv. Boligene er bemannet på dagtid, og er tilknyttet hjemmesykepleiens vaktsentral på natterstid.

Hjemmetjenesten i Re er inndelt i to soner, øst og vest. I tillegg til enhetsledere for hjemmehjelp og hjemmesykepleie er hver sone administrert av en soneleder som koordinerer pasientlister, vaktlister etc.

I Re kommune har de et eget tiltaksteam som behandler søknader for sykehjemsplasser og omsorgsboliger. I teamet sitter det to sykepleiere, hvilket betyr at det nærmest må betraktes som et fagteam. Hjemmetjenesten i Re fatter egne vedtak for de som bor i private boliger. Et tredje tiltaksteam behandler søknader for funksjonshemmede. I følge virksomhetsleder er planen å slå disse tre gruppene til ett tiltaksteam som har ansvar for alle tre områder. Formålet med dette er å få en bedre koordinering på tvers av de tre områdene.

### 8.3.4 Åsnes

I Åsnes kommune er pleie- og omsorgstjenestene underlagt to virksomhetsledere for henholdsvis sykehjem og hjemmetjenester. Syke-

hjemmet har 92 godkjente plasser, men har drevet med inntil 10 pasienter i overbelegg de siste årene. Institusjonen består av fire avdelinger som igjen er inndelt i 9 team med hver sin teamleder: 4 team er tilrettelagt for demente, 3 team har somatisk syke pasienter, 1 team er avsatt til rehabilitering, korttids- og avlastningsopphold, mens 1 team er til palliativ behandling. I rehabiliteringsavdelingen er 3 senger satt av til korttidspasienter, mens ytterligere 3 senger er øremerkede for hjemmesykepleien som organiserer rullerende avlastning.

Åsnes kommune har også et aldershjem som er hjemlet som institusjon, men underlagt hjemmetjenesten. Hof aldershjem har 24 beboere fordelt på to avdelinger, men har hatt 1-2 i overbelegg de siste årene. Pleiebehovet er relativt likt på de to avdelingene, men man forsøker å plassere de demente i en egen avdeling. Aldershjemmets daglige leder har også ansvar for 9 omsorgsboliger (Heimly). I tillegg er bestyrerboligen til aldershjemmet tatt i bruk som et bofellesskap for 5 eldre (Bestebo). Bofellesskapet er bemannet av hjemmesykepleien på dagtid og tilknyttet aldershjemmets ringesystem på nattetid. Underlagt hjemmetjenesten er også 8 heldøgnsbemannede omsorgsboliger spesielt tilrettelagt for psykiatriske pasienter (Flisabo), samt et heldøgnsbemannet bofellesskap med 32-33 beboere (Sønsterud). Hjemmesykepleien er delt inn i to soner med hver sin soneleder. Inndelingen er både basert på geografi og antall brukere i hver sone.

I Åsnes kommune møtes 13 enhetsledere til "samarbeidsmøte" hver annen uke for å vurdere fordelingen av plasser i omsorgsbolig, aldershjem og sykehjem. I følge virksomhetsleder gir serviceerklæringene overordnede retningslinjer for hvem som har rett på å søke, men gruppen kan ha vanskeligheter for å bruke prioriteringssystemet når etter-

spørsmål etter boliger og plasser er høyt. Kommunen planlegger imidlertid å opprette en tildelerenhet som vil ta i mot alle søknader og ha det fulle ansvaret for å fordele plasser og tjenester etter behov.

### 8.3.5 Flekkefjord

Pleie og omsorgstjenesten i Flekkefjord har en pleie- og omsorgssjef med ansvar for både hjemmetjenester og institusjonstjenester. Hjemmetjenesten og institusjonstjenesten har videre hver sin avdelingsleder.

Hjemmetjenestene omfatter både hjemmesykepleie og hjemmehjelp og er organisert i 5 geografiske soner og en fagspesifikk sone. Hver sone har sin egen soneleder. De fem geografiske sonene er sektorinndelt slik at de strekker seg geografisk i fem sektorer ut fra kommunens sentrum. Sonelederne har også ansvar for omsorgsboliger som befinner seg i de respektive sektorene. Den sjettede sektoren som består av fysioterapi- og ergoterapitjenester, har ansvar for hele kommunen.

Kommunen har to boligkompleks med heldøgnsbemanna omsorgsboliger. Det største er Sunneheimen som har 31 boliger hvorav to av boligene benyttes til korttidsplasser som disponeres av hjemmetjenesten. Sunneheimen var tidligere et aldershjem og bygningen har fire etasjer, heis og fellesareal og spisested i første etasje. Den egner seg derfor lite til personer med aldersdemens. I tillegg til Sunneheimen har kommunen også 11 heldøgnsbemannede omsorgsboliger på Hidra som er en øy i Flekkefjord kommune.

I tillegg til de heldøgnsbemannede omsorgsboligene, har kommunen et større boligkompleks med ca 25 ordinære omsorgsboliger uten fast bemanning og uten fellesareal. Beboerne her mottar ordinære hjemme-

tjenester. Ut over dette disponerer kommunen også seks boliger i et kompleks drevet av en stiftelse (Lingården). Kommunen har også et eget hus med 5 leiligheter for brukere med psykiatriske lidelser. Dette ligger imidlertid utenfor ansvarsområdet til hjemmetjenesten.

Institusjonstjenestene i Flekkefjord er lokalisert i et større bygningskompleks som ble påbygd og modernisert i 2005. I alt har sykehjemmet 89 sengeplasser fordelt på seks enheter. Fire av enhetene er til langtidspasienter, hvorav to er skjermede enheter for demente. En av avdelingene er for både lett demente og funksjonssvake, men der det ikke er behov for skjerming. Den fjerde avdelingen er for pasienter som funksjonssvake, men mentalt friske. Med andre ord er det en arbeidsdeling på sykehjemmet mellom avdelingene avhengig av helsetilstanden til beboerne. I tillegg til langtidsavdelingene har sykehjemmet også en egen korttidsavdeling med 11 plasser. Ved sykehjemmet har de også en aldersavdeling (aldershjem) som drives i sambruk med sykehjemmet, dvs. at aldersavdelingen og sykehjemmet har en felles ledelse. Aldersavdelingen har 11 boliger og beboerne her er noe mer funksjonsfriske enn beboerne ved sykehjemsavdelingen.

I Flekkefjord behandles søknader om pleie- og omsorgstjenester i et eget inntaksmøte som avholdes en gang i uken. Her sitter leder for pleie- og omsorgstjenestene, leder for hjemmetjenestene, leder for institusjonstjenestene og en rehabiliteringssykepleier. I tillegg til tiltaksmøtene, er det også møter mellom hjemmetjenesten og korttidsavdelingen en gang i uken. Her fungerer rehabiliteringssykepleieren som en koordinator mellom sykehus, korttidsavdeling og hjemmetjenesten. I hjemmetjenesten er det den enkelte sonelederen som tar imot søknader, gjør en vurdering og fatter vedtak om tjenester sammen med leder for



hjemmetjenesten. Siden hjemmetjenesten selv vurderer søknadene om tjenester, har de til en viss grad også muligheter til å regulere inntaksvilkårene. Det er likevel slik at de aller fleste søknader innvilges og oppleves å være berettiget.

### 8.3.6 Modum

I Modum kommune er pleie- og omsorgstjenestene underlagt helse- og sosialetaten. Hjemmetjenestene ledes av en seksjonsleder for hjemmetjenesten og institusjonstjenestene av seksjonsleder for institusjonstjenestene. Innenfor de to tjenesteområdene har de enhetsledere for de ulike avdelingene. På undersøkelsestidspunktet var de i ferd med å omorganisere lederstrukturen.

Institusjonstjenesten i Modum består av Modumheimen sykehjem med dagsenter. Sykehjemmet består av fem avdelinger. To av avdelingene er tradisjonelle langtidsavdelinger med 18 sengeplasser i hver avdeling. Videre har de én avdeling med 15 langtidsplasser og en lindrende enhet med 5 sengeplasser (kan også bli brukt til ordinære korttidspasienter). Til slutt er det to avdelinger for personer med demens/psykiatri som til sammen har 23 plasser. I alt har sykehjemmet omtrent 79 sengeplasser.

I samme område som sykehjemmet ligger også to bofellesskap som er underlagt sykehjemmets daglig leder. Dette er et heldøgnsbemannet bofellesskap med 16 demente beboere, og et bofellesskap med 10 boenheter for mindre hjelpetrengende eldre. I tillegg har kommunen etablert et eget rehabiliteringssenter (Frydenberg) med totalt 18 plasser. Denne enheten har egen virksomhetsleder og er etablert med tanke på samhandlingsreformen.

Hjemmetjenesten består av to heldøgnsbemanna bofellesskap (Geithus bo- og dagsenter og Vikersund bo- og dagsenter) og hjemmetjenesten som er organisert i to soner. Totalt omfatter disse to bofellesskapene nesten 80 boenheter. I tillegg inngår også en egen korttidsavdeling med 12 korttids-/avlastningsplasser i det ene bofellesskapet. De heldøgnsbemannede boligene er skilt ut fra den øvrige hjemmetjenesten både ved at de har egen leder og egen bemanning. I tillegg har kommunen et stort antall omsorgsboliger som er bemannet av den ordinære hjemmetjenesten. Totalt har kommunen 288 omsorgsboliger, inkludert boliger for psykisk utviklingshemmede.

Inntaksprosedyrene i Modum er på undersøkelsestidspunktet under endring. Frem til i dag har de hatt en tiltaksenhet som har bestått av to saksbehandlere og en leder. Tiltaksenhetens oppgave har vært å ta imot søknader, gjøre befaringer og skrive innstillinger til et ledermøte som avholdes en gang i uken. Tiltaksenhetens rolle har med andre ord vært å utforme innstillinger, mens ledermøtet har fattet de endelige beslutningene.

### **8.3.7 Forskjeller og likheter mellom kommunene**

Denne gjennomgangen har vist at innretningen av pleie- og omsorgstjenestene varierer en god del mellom de seks kommunene. Bl.a. ser vi at omfanget av langtidsplasser varierer en god del. Mens Re ikke har ordinære langtidsplasser, har Sogndal omtrent 25 og de øvrige kommunene mellom 76 og 98 plasser. I kommunene som har mange langtidsplasser, ser vi også at alle har egne enheter for demente. I Modum og Flekkefjord ser vi også at de organisatorisk har lagt henholdsvis et bo-

fellesskap og aldershjemmet inn under sykehjemmet. Til sammenligning er aldershjemmet i Åsnes underlagt hjemmetjenesten.

Tabell 8-2. Organiseringen av tjenestetilbudet i de seks case-kommunene

	Hjemmetjenesten	Held.omsorgsbolig/aldershjem	Sykehjem: langtid	Sykehjem: korttid
Sogndal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 geografiske soner, to i Sogndal og en i Fjærland.</li> <li>• Ca 250 brukere, hvorav 180 over 67 år.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 32 bemannede boliger i tilknytning til sykehjemmet</li> <li>• Totalt antall omsorgsboliger i kommunen er 117</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 plasser, men antall pasienter er som regel 34</li> <li>• Kun én avdeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har som mål av 40 % av plassene skal være avsatt til korttidsopphold</li> </ul>
Re	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 geografiske soner, øst og vest</li> <li>• Ca 300 brukere, hvorav 150 over 67 år.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 bemannede boliger differensiert etter ulike pasientgrupper</li> <li>• 20 boliger tilrettelagt for demente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen langtidsplasser på institusjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 plasser fordelt på 2 avdelinger: demens/palliasjon og avlastning/rehab</li> </ul>
Åsnes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 geografiske soner</li> <li>• Ca 400 brukere, hvorav 260 over 67 år.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalt 56 bemannede/delvis bemannede boliger underlagt hjemmetjenesten</li> <li>• Aldershjem med 24 beboere, tilknyttet hjemmetjenesten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 92 plasser fordelt på 4 avdelinger: demens, somatikk, palliativ, rehabilitering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 plasser for korttidsopphold/rehabilitering</li> <li>• 3 plasser øremerket avlastning</li> </ul>
Flekkefjord	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 geografiske soner i sektorer fra kommunesentret</li> <li>• 1 enhet med fysioterapeut og ergoterapeut</li> <li>• Ca 380 brukere, hvorav 230 over 67 år.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To bofellesskap med 31 boliger og 11 boliger (ombygd aldershjem)</li> <li>• Aldershjem med 11 beboere, tilknyttet sykehjemmet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 98 plasser fordelt på 4 langtidsplasser, hvorav to er skjermet</li> <li>• Aldershjem med 11 plasser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 plasser for både avlastning, rehabilitering og korttidsopphold</li> </ul>
Modum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 geografiske soner, nord og sør</li> <li>• Ca 450 brukere, hvorav 280 over 67 år</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To heldøgnsbemannede bofellesskap med totalt 80 boenheter.</li> <li>• Kommunen har ellers mye omsorgsboliger som betjenes av hjemmetjenesten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 79 plasser fordelt på 5 avdelinger, hvorav to er for demens/psykiatri.</li> <li>• Bofellesskap med 16 plasser for demente og 10 ordinære plasser er underlagt sykehjemmet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 korttids-/avlastningsplasser i et av bofellesskapene</li> <li>• Lindrende enhet med 4 korttidsplasser</li> <li>• Ledige plasser på sykehjem benyttes til korttidsopphold ved akutte behov</li> <li>• Rehabiliteringssenter med 18 plasser</li> </ul>
Volda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 geografiske soner hvorav 3 soner har ansvar for bemannede omsorgsboliger</li> <li>• Ca 280 brukere, hvorav 140 over 67 år.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 108 bemannede omsorgsboliger</li> <li>• Tilbyr også avlastning i omsorgsboliger, men har ikke avsatt faste boliger til dette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 76 plasser fordelt på 4 avdelinger</li> <li>• To av avdelingene er tilrettelagt for demente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 rehabiliteringsplasser</li> <li>• Tilbyr korttid/avlastning i enkelte avdelinger dersom det er behov</li> </ul>

Antallet omsorgsboliger med heldøgnsbemanning varierer en god del mellom kommunene. Færrest finner vi i Sogndal hvor de kun har 32 boliger. I Åsnes og Flekkefjord har de også relativt få boliger (henholdsvis 56 og 41). I begge disse kommunene har de imidlertid også aldershjem, noe som gjør at Åsnes til sammen har vel 80 boliger og Flekkefjord 53 boliger. De tre kommunene med flest boliger er Modum (80), Re (85) og Volda (108). På samme måte som ved langtidsavdelingene, finner vi at de fleste kommunene forsøker å rendyrke egne bofellesskap for demente. Unntaket er Flekkefjord, men her har de tilgjengelig to avdelinger for demente på sykehjemmet. Det er også verdt å merke seg at spesielt Modum og Sogndal har mange omsorgsboliger som håndteres av den ordinære hjemmetjenesten.

Antall korttidsplasser og organiseringen av disse varierer en del mellom kommunene. I Re kommune finner vi den største korttidsavdelingen med 20 plasser som er fordelt mellom en gruppe for demens/palliasjon og en gruppe for avlastning/rehabilitering. Størrelsen på korttidsavdelingen må imidlertid ses i sammenheng med at Re ikke har ordinære langtidsplasser. På samme måte som i Re, har de også en egen korttidsavdeling i Flekkefjord, men med færre plasser. I de øvrige kommunene finner vi at korttids plassene er færre og/eller mer integrert i sykehjemmet for øvrig. Dette gjelder spesielt i Sogndal der de ikke har egne korttidsplasser, men har som mål at 40 % av sykehjemsplassene skal benyttes til korttidsopphold. Ved sykehjemmene i Åsnes, Modum og Volda har de tilsvarende fleksible ordninger, men i de to sistnevnte kommunene har de i tillegg andre mer spesialiserte korttidsplasser (til rehabilitering og lindrende behandling). Det spesielle med Modum er at de har etablert et eget rehabiliteringssenter med hele 18 korttidsplasser, noe som har bidratt til at kommunene samlet sett har økt antall korttids-

plasser det siste året. I Modum har det også relativt mange korttids-plasser tilknyttet de heldøgnsbemannede omsorgsboligene (12 plasser). Tilsvarende finner vi også i Flekkefjord, men i et langt mindre omfang (2 boliger).

Alle kommunene har et eget organ som har ansvar for å behandle søknader og koordinere tjenestene. Det varierer imidlertid hvordan disse organene er utformet. Variasjonene dreier seg for det første om størrelsen, dvs. hvor mange som deltar på møtene. I Åsnes har de et bredt organ hvor hele 13 tjenester er representert. I de øvrige kommunene er det som regel en smalere representasjon begrenset til ledere for institusjonstjenester og hjemmetjenester. For det variasjon i hvilke tjenester som er representert. Igjen kan vi trekke frem Åsnes som et eksempel hvor mange ulike tjenester er involvert. I Volda finner vi også en bred representasjon som omfatter både tilsynslege og fysioterapeut/ergoterapeut. Det spesielle i Sogndal er at dette organet omfatter både pleie- og omsorgstjenestene og sosiale tjenester. For det tredje varierer det hvor integrerte de ulike inntaksprosedyrene er. I Re finner vi for eksempel at de opererer med tre tiltaksteam for henholdsvis hjemmetjenesten, institusjonstjenesten/omsorgsboliger og for funksjonshemmede. Tilsvarende finner vi også i Flekkefjord at den enkelte soneleder fatter selvstendige vedtak på søknader om hjemmetjenester.

Det er ulike erfaringer med måtene å organisere behandlingen av søknader og derigjennom koordineringen av tjenestene. Den brede sammensatte gruppen de har i Åsnes bærer preg av at det er vanskelig å ta beslutninger og at hver av representantene kjemper for sine respektive interesser eller brukere. I Sogndal finner vi motsatsen som er mer toppstyrt. Her antyder imidlertid enkelte informanter at avdelingslederne på

sykehjemmet og omsorgsboligene også burde vært representert og således hatt innflytelse på hvilke beboere som skal flytte inn eller ut. Med andre ord ser vi her at det er en balansegang mellom det å ha et representativt organ med bred deltakelse og en mer sentralisert koordineringsfunksjon. I det første tilfellet kan det være vanskelig å ta helhetlige beslutninger, og i det andre tilfellet antydes det at det tilflytes for lite informasjon fra tjenestene til det besluttende organ.

Erfaringene fra Volda bringer også inn spørsmål om informasjonsgrunnlaget i beslutningsprosessene. Her etterlyses det nemlig mer oppsøkende virksomhet i forkant av hvert inntak, slik at man med større sikkerhet kan gi pasientene det tjenestetilbudet som samsvarer best med deres behov. På grunn av raskere utskriving fra sykehuset blir ofte sykehuspasienter høyst prioritert, og de blir ofte plassert der det er ledig plass, selv om dette ikke nødvendigvis er det riktige tilbudet for vedkommende.

Til slutt kan vi trekke frem Flekkefjord der inntrykket er at inntaksteamet fungerer godt som et koordinerende organ for flyten av brukere/pasienter mellom tjenestene. Dette synes å ha sammenheng med at man har klart å balansere hensynet til representasjon og beslutningsdyktighet. Samtidig foregår det mye uformell kommunikasjon og koordinering utenfor disse møtene, bl.a. gjennom rollen til rehabiliterings- sykepleieren. I den sammenheng må det nevnes at inntaksteamet har et godt samarbeid med lokalsykehuset, noe som innebærer at sykehuset er fleksibelt mht utskriving av pasienter.

## 8.4 Situasjonen i de ulike tjenestene

---

### 8.4.1 Innledning

I de kvalitative undersøkelsene har vi intervjuet ledere og medarbeidere i de seks kommunene med tanke på å få nærmere innsyn i hvordan de opplever kapasiteten i og kvaliteten på tjenestene som tilbys. I utgangspunktet hadde vi her en antagelse om at kommuner som prioriterte tjenester langt ned i tjenestetrappa, ville oppleve mer press på tjenestene enn kommuner med en jevnere fordeling eller med mer heldøgnsbemannede omsorgsboliger og institusjonsplasser. Til tross for at de seks kommunene har utformet tjenestene på ulike måter, finner vi likevel at informantene har opplevd mye av de samme kapasitetsutfordringene. De generelle utfordringene kan oppsummeres i følgende fire punkter:

- I alle kommunene etterlyses det flere langtidsplasser, spesielt i forhold til demente.
- Gjennomgående oppleves arbeidspresset som større i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene enn i de øvrige tjenestene.
- I større eller mindre grad opplever man at korttidsplassene har en tendens til å bli fylt opp med langtidspasienter.
- Arbeidsmengden i hjemmetjenesten varierer mye over tid og er derfor lite forutsigbar.

Men hvorfor finner vi at erfaringene stort sett er de samme i alle kommunene, når vi i utgangspunktet har trukket ut kommuner med såpass



forskjellige tjenesteprofiler? Gitt at dekning av langtidsplasser er et viktig kriterium for vellykket eldreomsorg, hvorfor er da ikke omsorgssituasjonen i Flekkefjord, Åsnes og Volda, som har mye langtidsplasser, bedre enn i de andre case-kommunene? Hva med Re og Sogndal? Hva er det disse kommunene gjør, som likevel får eldreomsorgen til å fungere, til tross for at de har få eller ingen langtidsplasser i sykehjem? I de påfølgende avsnittene, der vi går nærmere inn på de ulike tjenestene, skal vi forsøke å svare på disse spørsmålene.

### 8.4.2 Langtidsplasser

Til tross for at andelen langtidsplasser varierer ganske mye i de seks case-kommunene, er det likevel slik at de fleste informantene i samtlige kommuner etterlyser flere sykehjemsplasser, spesielt langtidsplasser. Vi finner også at det er personer som står i kø – offisielt eller uoffisielt – for å få en langtidsplass på sykehjemmet. I Åsnes var det på undersøkelsestidspunktet 31 personer som stod på venteliste på aldersbolig eller sykehjemsplass og i Volda var det åtte som ventet på sykehjemsplass. Selv om mange av disse allerede hadde et tilbud i omsorgsbolig, illustrerer det at det er en viss etterspørsel etter sykehjemsplasser. Alle kommunene opererer imidlertid ikke med slike ventelister. Bakgrunnen for dette er praksisen med å avslå søknader dersom det ikke er plass, og heller tilby et alternativt tilbud fra hjemmetjenesten i eget hjem eller i omsorgsbolig. I en av de andre kommunene beskrives denne praksisen på følgende måte:

”Så er det noen ganger vi skriver avslag, men beholder søknaden. Det kan være en som er i omsorgsbolig som vi ser absolutt burde

hatt plass, men med å bemanne opp der, så kan vi likevel sikre et forsvarlig tilbud.”

Sitatet viser med andre ord at man unngår ventelister ved å gi et alternativt og, i følge informanten, et forsvarlig tilbud.

Et gjennomgående inntrykk er at det primært er behov for sykehjems-plasser for en voksende gruppe demente. Selv i en kommune som Flekkefjord, hvor de har relativt mye sykehjems-plasser, er det et ønske fra ledelsen om å utvide sykehjemmet for å kunne ta imot flere demente.

Selv om arbeidsbelastningen på sykehjemmene kan være stor, er den likevel forholdsvis stabil og forutsigbar. Dette har sammenheng med at de fysiske forholdene normalt vil begrense antall senge-plasser. Pleie-behovet kan riktignok variere, men i all hovedsak har beboerne ved lang-tidsavdelingene et stort pleiebehov. Siden det i forskriften for sykehjem heter at sengerommene som hovedregel skal være enerom, er det også begrenset hvor fleksible sykehjemmene kan være i forhold til å utvide antall senge-plasser. Dette skiller dermed institusjonstjenestene fra hjemmetjenesten, noe en informant uttrykker på følgende måte:

”Vi får ofte høre at vi har det så lett fordi vi bare kan si at det er fullt. Men det er noe med det å jobbe i en hjemmetjeneste som betyr at det faktisk ikke er noen vegger, for alle har et hjem og alle har en seng i et hjem. Men de veggene vi har her [på sykehjemmet] går det ikke an å flytte på. Det er jo også et krav om at du skal ha enerom ...”

De fleste kommuner opererer likevel i noen grad med overbelegg. Samtidig er det grenser for hvor langt man kan utvide kapasiteten ved sykehjemmene, noe som gir mer forutsigbarhet enn i hjemmetjenesten.

Denne forutsigbarheten bidrar sannsynligvis også til at arbeidssituasjonen og kvaliteten på tjenestene stort sett oppleves som tilfredsstillende på sykehjemmene. Riktignok gis det uttrykk for at arbeidsmengden ved sykehjemmene kan variere over tid, men situasjonen synes å variere lite mellom kommunene. I alle kommunene fremgår det at beboerne får dekket sine primærbehov. Samtidig ser vi også at beboerne på langtidsavdelingene langt på vei også får en del tilbud om sosiale aktiviteter. Et eksempel er Volda hvor det er forholdsvis mye aktivitet rundt beboerne på sykehjemmet, bl.a. trim, utflukter, konserter, sangkvelder, barnehaugesøk med mer. I enkelte tilfeller vises det imidlertid til at den fysiske utformingen kan påvirke bomiljøet negativt, for eksempel i Sogndal hvor de ikke har noe fellesrom for beboerne.

### 8.4.3 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten befinner seg nederst i tjenestetrappa. Det betyr at det er hjemmetjenesten som må ta på seg de oppgavene som andre tjenester lengre oppe i tjenestetrappa ikke har kapasitet til. Det betyr også at denne tjenesten må være fleksibel i forhold til hvor mange tjenestemottakere den kan omfatte og hvor mye tjenester hver enkelt mottar. Det som ellers kjennetegner hjemmetjenesten er at etterspørselen etter deres tjenester er varierende og mindre forutsigbar enn i de øvrige tjenestene. Den variable arbeidsbyrden skyldes dels at antallet nye brukere varierer over tid, dels at det dukker opp nye brukere med stort pleiebehov og dels at det antall personer som skrives ut fra sykehus og korttidsavdelinger kan variere. Det betyr også at hjemmetjenesten i større grad enn de øvrige tjenestene må håndtere mer svingninger i arbeidsmengden.

Et gjennomgående trekk ved hjemmetjenesten i alle kommunene er at de nærmest til enhver tid har brukere som har behov for et høyere tjenestenivå, dvs. omsorgsbolig med heldøgnsbemanning eller sykehjemsplass. Siden kommunene har begrenset med slike plasser, blir konsekvensen at hjemmesykepleien til tider må strekke seg svært langt for å legge til rette for at de eldre kan bo hjemme lengst mulig. Flere informanter gir også uttrykk for at den medisinske behandlingen som utføres i private hjem, stadig blir mer omfattende.

Kommunene har imidlertid utviklet ulike strategier for å håndtere situasjoner der de må forholde seg til sterkt pleietrengende brukere og samtidig en variabel og uforutsigbar arbeidssituasjon. Flekkefjord kan her stå som et illustrerende eksempel på hvordan hjemmetjenesten håndterer en slik situasjon. Vi finner her at dette håndteres på minst tre måter.

For det første har kommunen regulert etterspørselen ved å sette grenser for hva brukerne kan få av tjenester. I Flekkefjord vil for eksempel personer som selv er i stand til å komme seg til lege, ikke få hjelp av hjemmetjenesten til å stelle sår. Et annet eksempel er at man sluttet med å kjøre ut matvarer til brukeren og fikk heller i stand en ordning med en lokal kjøpmann som kjørte ut varer. En annen måte å regulere etterspørselen på, i det minste på kort sikt, er å inngå avtaler med sykehuset om utsettelse av pasientutskrivning.

For det andre reguleres svingningene ved å utnytte ressursene mer fleksibelt, både i tid og rom. I Flekkefjord gjøres dette ved at de både har fast bemanning i sonene og en gruppe som jobber på tvers av sonene. Det betyr at de på den ene siden kan utnytte både sektorspesifikk kompetanse og på den andre siden bruke generalistene mer fleksibelt på tvers av sektorene. Et annet eksempel er at hjemmetjenesten forsøker å

optimalisere ressursbruken over tid, noe som innebærer at man tar ut ferier og fridager i perioder hvor det er mindre å gjøre. Kort sagt utnyttes den ”slakken” som oppstår i organisasjonen når det er mindre å gjøre, til å fylle kapasitetsbehovet når det er mer å gjøre. I Flekkefjord ble dette omtalt som ”å sette vakter i banken”. I Modum finner vi en tilsvarende ordning der en av sonelederne forteller at de har en minimumsbemanning på seks stillinger, men i tillegg to stillinger i bakhånd når det topper seg.

For det tredje håndteres svingninger i tjenestene ved å tilføre mer ressurser ved behov, dvs. i form av å leie inn ekstra vikarer. Dette alternativet er imidlertid mulig først når de to første strategiene er utnyttet. På spørsmål om muligheten for å gå ut over budsjetttrammene, svarer en av lederne for hjemmetjenestene slik:

”I perioder så går ikke det, men da tar vi inn ekstra. Vi er så fleksible vi bare kan, men jeg har også et ansvar for å gi innbyggerne en forsvarlig hjelp, og når de har krav på den etter en faglig vurdering, så har de krav på den. Så vet jeg at økonomien er stram og det skal kuttes, men det er sånn vi gjør det.”

Vi finner også tilsvarende eksempler fra de øvrige fem kommunene. Den mest vanlige strategien er å avgrense tjenesteomfanget til hver enkelt. Flere av de ansatte i hjemmetjenesten i Volda fremhever for eksempel at de er flinke på kontinuerlig evaluering av brukernes behov, og nedtrapping av tjenester dersom brukernes helsetilstand forbedres. I Re kommune forteller informantene at de ikke nødvendigvis gjør ”det lille ekstra” for brukerne når de er på besøk, for på den måten å synliggjøre hvorvidt vedtaket faktisk står i samsvar med brukernes behov og pleiernes kapasitet. Vi finner likevel at det kan variere mellom

kommunene i hvilken grad de er bevisst på å avgrense tjenestene. På spørsmål til en ansatt i hjemmetjenesten om det er satt noen grenser for hva de ikke skal gjøre, får vi følgende svar:

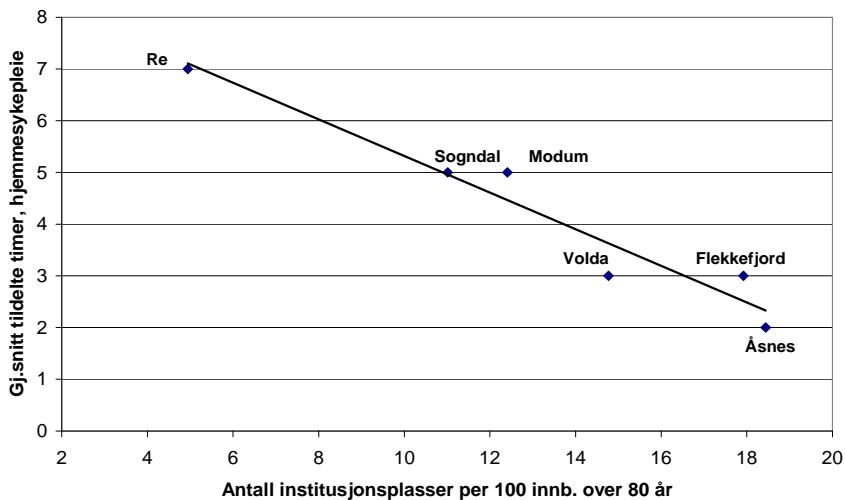
”Så strengt er det ikke og vi ruller nok hår ... og vi klipper negler ... det er også litt forskjell mellom de eldre og yngre. Jeg tenker at det hører med til stellet jeg.”

Selv om hjemmetjenesten er en fleksibel tjeneste, er det likevel visse begrensninger for hva hjemmetjenesten kan håndtere. Det er spesielt to grupper som nevnes. Den ene er demente og den andre er de ensomme, noe sitatet under viser:

”Vi kan hjelpe dem med mat, vask og dusj, men vi kan ikke hjelpe dem med ensomhet og det at de er redde kan vi ikke hjelpe med. Da kan bofellesskap være mer aktuelt.”

Vi skulle kanskje forventet at arbeidsbyrden var større i hjemmetjenesten i Sogndal siden de her har forholdsvis lite omsorgsboliger og institusjonsplasser. På bakgrunn av intervjuene har vi imidlertid ikke inntrykk av det. Hva er det så som forklarer at det fungerer rimelig godt i Sogndal til tross for at såpass mange av brukerne mottar hjemmetjenester?

En naturlig forklaring er at Sogndal legger inn mer ressurser per beboer i hjemmetjenesten. Det vil si at kommunene som vektlegger tjenester nede i tjenestetrappa (og med trangt nåløyne til institusjonstjenestene) må kompensere med økt ressursinnsats til hver enkelt i hjemmetjenesten. Figuren nedenfor underbygger en slik forklaring.



Figur 8-4. Antall institusjonsplasser (per 100 innb over 80 år) og tildelte timer hjemmesykepleie i case-kommunene.

Figuren viser sammenhengen mellom omfanget av institusjonsplasser i kommunen og gjennomsnittlig antall timer tildelt per bruker i hjemmesykepleien. Det går tydelig frem at Re kommune som ikke har langtidsplasser, kun korttidsplasser, i snitt har langt flere tildelte timer enn de øvrige kommunene. Det er imidlertid ikke bare Re som føyer seg inn i dette mønsteret. Sogndal og Modum som også har relativt lite institusjonsplasser, havner omtrent midt på treet i antall tildelte timer. Samtidig er det mindre omfattende hjemmetjenester blant de tre kommunene som har mest institusjonstjenester. Dette tyder derfor på at et trangt nåløyne oppover i tjenestetrappa, kompenseres med mer omfattende tjenester lengre nede.

En forklaring på at hjemmetjenesten i Sogndal fungerer såpass godt som den gjør, er med andre ord at man øker ressursinnsatsen til de mest pleietrengende. Samtidig har også Sogndal noen strukturelle for-

trinn fremfor de andre kommunene. Et forhold er at det er færre eldre i Sogndal enn i de øvrige kommunene, men som nevnt tidligere, er ressursinnsatsen i pleie- og omsorgssektoren også dimensjonert i forhold til dette. Det som derfor kanskje er viktigere er at Sogndal har langt færre enslige eldre enn de øvrige kommunene. Av de over 80 år, er det bare 58 % som er enslige i Sogndal og 62 % i Re, mens i de øvrige kommunene er andelen mellom 67 % og 72 %. Det kan bety at omsorgsbehovet for de hjemmeboende i Sogndal, i større grad ivaretas av pårørende (ektefeller). Det kan også se ut som at kommunen har tilpasset seg denne situasjonen ved å styrke ulike tjenester som kommer hjemmeboende til gode. I Sogndal brukes bl.a. mer omsorgslønn og støttekontakt overfor eldre enn i de andre kommunene. I følge pleie- og omsorgssjefen driver de også mye forebyggende arbeid, bl.a. i form av at støttekontaktene har som oppgave å stimulere de eldre til fysisk aktivitet. Leder for hjemmesykepleien mener også at kvaliteten på hjemmetjenestene er høy i og med at en stor del av bemanningen er sykepleiere. Dessuten kan det legges til at sykefraværet er spesielt lavt blant medarbeiderne i pleie- og omsorgssektoren i Sogndal. Det er også færre sykehusinnleggelse blant de eldre i Sogndal, noe som enten kan bety at pleiebehovet i utgangspunktet er mindre blant de hjemmeboende, eller at satsingen på det forebyggende faktisk har hatt en virkning.

Siden Re kommune ikke har langtidsplasser, skulle vi også forvente at dette ville ha ringvirkninger i de øvrige tjenestene. Inntrykket er imidlertid at arbeidssituasjonen i hjemmetjenesten her ikke skiller seg vesentlig fra hjemmetjenesten i andre kommuner. Figuren over viser at innsatsen per beboer i hjemmetjenesten er klart høyere enn i de øvrige kommunene, noe som rimeligvis er en effekt av at Re ikke har langtidsplasser. I følge informanter fra hjemmetjenesten i Re er det mange



tungt pleietrengende personer som bor hjemme, noe som sannsynligvis også bidrar til at mer av omsorgsoppgavene blir overlatt til pårørende. Likevel opplever de å gi forsvarlige tjenester:

”Jeg synes vi klarer å håndtere det. ... Men uten omsorgsboligene hadde vi ikke klart det. ... Sånn som jeg tenker innimellom så ruller jeg litt på hvem jeg knapper inn tida hos ... Blir det ufor-  
svarlig, så gir vi nok klare meldinger sånn at det blir tatt videre. Men jeg er ikke tvil om at det ville blitt en annen hverdag for de pårørende dersom vi hadde hatt et sykehjem.”

Samtidig har Re det til felles med Sogndal at det er færre eldre i kommunen og samtidig færre enslige eldre. Med andre ord kan det bety at de også i Re har en befolkningssammensetning som gjør det enklere å drive hjemmetjenesten. Det at Sogndal og Re har færre enslige eldre i kommunen, betyr også at det er større muligheter for å bruke hjemmetjenesten mer, ikke minst ved hjelp av rullerende avlastningsplasser. I begge disse kommunene ser vi også at dette er mulig, spesielt i Re. Mens man her har satset mye på korttidsavdelingen, ser vi at Sogndal i større grad støtter opp med andre typer tjenester som støttekontakt og omsorgslønn.

I Åsnes, som har mange langtidsplasser, finner vi derimot at hjemmetjenesten sliter med stort sykefravær og vansker med å finne vikarer. Det etterlater et inntrykk av at arbeidsbelastningen i hjemmesykepleien er noe større i Åsnes enn i de øvrige kommunene. I kontrast til både Sogndal og Re har Åsnes flere eldre og en langt høyere andel enslige eldre. Dessuten er det en langt mer spredt bosetting i Åsnes enn i de

øvrige kommunene.<sup>31</sup> Forutsetningen for å drive hjemmetjenester i Åsnes synes derfor å være dårligere enn i de øvrige kommunene. Intervjuene tyder også på at Åsnes har mer omfattende hjemmetjenester per beboer enn det grafen over viser. I Åsnes har man i mindre grad satt grenser for hva slags tjenester den enkelte skal få, slik vi har sett det i andre kommuner. For det første omtales vedtakene som venstrehåndsvedtak, dvs. at de blir mer en formalitet enn en beskrivelse av faktisk tjenestebehov. For det andre fremgår det av intervjuene at tjenestene til hver enkelt er mer omfattende enn i andre kommuner. Det som kanskje er vel så viktig, og som skiller Åsnes fra både Modum, Re og Sogndal, er at de har færre og dårligere fungerende korttidsplasser, noe vi kommer nærmere inn på i neste avsnitt.

#### 8.4.4 Korttidsplasser

En felles utfordring i alle kommunene synes å være at korttids plassene på sykehjemmene blir fylt opp med langtidsopphold. I hovedsak skyldes dette at de som legges inn for et korttidsopphold, i løpet av oppholdet, vurderes som såpass pleietrengende at man ikke anser det som forsvarlig å sende dem hjem igjen. Samtidig er erfaringen i kommunene at liggetiden på sykehusene har blitt kortere, noe som igjen bidrar til økt behov for korttidsplasser når pasienter skrives ut fra sykehuset. Gjennomgående hevder informantene derfor at det er behov for flere

---

<sup>31</sup> I Modum kommune har de for øvrig redusert det merarbeidet som spredt bosetting innebærer for hjemmetjenesten, ved at de har bygd mye ubemannede omsorgsboliger sentralt i kommunen de siste årene.

korttidsplasser på sykehjem eller i omsorgsbolig, eventuelt at de skjermes for beboere med langtids plass.

Det kan i den forbindelse være hensiktsmessig å skille mellom tre funksjoner som korttidsplassene ivaretar:

- (i) **Rehabilitering eller etterbehandling som innebærer korttidsopphold for å trene seg opp etter skade eller sykdom.** Det er da som regel bruddskader, slag eller ulike muskelsykdommer det er snakk om, og pasientene er ofte nylig er utskrevet fra sykehus. Disse gruppene vil som regel være reelle korttidspasienter som flytter ut etter et kortvarig rehabiliteringsopphold.
- (ii) **Avlastning av pårørende.** Dette innebærer at hjemmeboende er på rullerende opphold for å avlaste pårørende som ellers står for den daglige omsorgen. Denne gruppen vil normalt være i en situasjon der pleiebehovet er økende, noe som innebærer at avlastning i praksis representerer en overgangsperiode før det oppstår behov for en varig plass i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning eller langtidsavdeling.
- (iii) **Å gi hjemmeboende behandling eller omsorg i en kortere periode.** I praksis vil dette ofte dreie seg om å avklare et pleiebehov, noe som ofte ender opp med en konklusjon om at det er behov for langtids plass eller bemannet omsorgsbolig. Med andre ord kan vi si at dette representerer et springbrett til en fast langtids plass.

Presset på korttidsplassene varierer mellom de seks kommunene, noe som ser ut til å ha sammenheng med hvordan kommunene har organi-

sert korttidsplassene. Vi kan her skille mellom Åsnes, Volda og Sogndal som har fleksible korttidsplasser – dvs. at plassene ikke er øremerket korttidsopphold – og Modum, Flekkefjord og Re der korttidsplassene er lokalisert til egne enheter.

I de tre førstnevnte kommunene, hvor de kan benytte sykehjemsplassene fleksibelt til korttidsopphold, har de i praksis få korttidsplasser. Dette kommer også til uttrykk blant medarbeiderne i hjemmetjenesten som viser til at det er behov for mer korttidsplasser. Noe av forklaringen er at det er stor etterspørsel etter langtidsplasser og at korttidsoppholdene ofte fungerer som springbrett til en langtidsplass. I følge informanter fra både Volda og Åsnes blir mange av de hjemmeboende så dårlige at når de først får tilbud om et korttidsopphold eller avlastningsopphold, blir de gjerne boende i lengre tid og ”låser” dermed korttidsplassene. Med andre ord tyder dette på at der man har få korttidsplasser, ender de lett opp med å bli et springbrett til langtidsplassene, og dermed også til at liggetiden blir lengre. Omløpshastigheten på plassene avhenger da av når det blir ledig langtidsplasser eller plasser i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning.

Selv om Sogndal har samme ordning som i Åsnes og Volda, opplever imidlertid hjemmetjenesten i Sogndal at det er noe enklere å få tilgang til korttidsplasser enn i de to andre kommunene:

”I og med at vi får hjelp fra sykeheimen ganske kjapt hvis at ... selv om det er fullt der, så løser det seg som regel.”

Det kan være flere forklaringer på dette. Et forhold her er at Sogndal ikke har de samme fysiske begrensningene som i andre kommuner. Mens kommunen i utgangspunktet opererer med 25 sykehjemsplasser, har de mulighet til å utvide dette med 9 plasser (totalt 34), noe de for-

søker å benytte til korttidsopphold. Den fleksible bruken av korttids-plasser er med andre ord mer begrenset av budsjettet og bemanningen enn av fysiske begrensninger. I følge pleie- og omsorgssjefen har de også hatt ”kontinuerlige budsjettoverskridelser” de siste årene. Årsaken til dette misforholdet mellom fysisk kapasitet og budsjett beskriver han på følgende måte:

”Vi er nok ofre for budsjett taktikk. De er ofte sånn at man skal levere et budsjett i balanse, og så kommer det budsjettoverskridelser fra pleie i omsorg – som følge av lovpålagte oppgaver ingen kan ta de på. Vi har jobbet bevisst med å få balanse mellom rammebetingelser og faktisk driftsnivå, men vi er ikke i mål ennå. Det er et overordnet mål for rådmann, økonomiavdeling og oss at vi skal i balanse, men i inneværende år er vi ikke der.”

I de tre øvrige kommunene som har organisert korttidsplassene i egne enheter, opplever de også at korttidsplassene fylles opp av langtidspasienter. Samtidig er inntrykket at korttidsplassene fungerer mer etter intensjonen i disse kommunene.

I Flekkefjord viser en av informantene til at de klarer å ha en viss rulling på korttidsavdelingen, og at de er raske til å ta imot pasienter fra sykehuset. Likevel er det ofte slik at man må prioritere mellom de som hjemmetjenesten anmoder om plass for, og personer som har behov for rehabilitering etter for eksempel et lårhalsbrudd. I lengre perioder fylles imidlertid plassene opp av personer som legges inn på korttidsplass eller avlastning. Dette gjelder spesielt demente pasienter. I følge en informant, har de flere innlagt på korttidsplass som de vet ikke vil klare seg hjemme:

”Vi har nå tre faste [langtidsvedtak] og resten er i utgangspunktet rehabiliteringsplasser. Men vi ser at det er noen av dem som drar ut i tid, og som vi ser at vi ikke vil få hjem ... Det er pga at de er ganske demente, eller for eksempel at de ikke klarer å komme seg etter et lårhalsbrudd.”

Noe av forklaringen på at demente fyller opp korttidsplassene i Flekkefjord, kan ha sammenheng med at de ikke har andre omsorgsboliger som er spesielt tilrettelagt for denne gruppen. Korttidsavdelingen vil dermed spille en viktigere rolle som springbrett for disse til en sykehjemsplass enn de gjør i andre kommuner hvor det finnes alternative demensplasser i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Det som imidlertid avhjelper situasjonen i Flekkefjord, er at hjemmetjenesten har avsatt tre avlastningsplasser ved en av omsorgsboligene, plasser som hjemmetjenesten langt på vei kontrollerer selv.

Noe av forklaringen på at korttidsavdelingen i Re fungerer rimelig godt, har sannsynligvis å gjøre med størrelsen (20 plasser) og at de har skilt plassene i to pasientgrupper. Samtidig viser informanter til at de også her har hatt opp til 10 personer på korttidsavdelingen som ligger og ventet på omsorgsbolig. En erfaring med pasientflyten fra korttidsplasser til omsorgsboliger er imidlertid at det oppstår en viss treghet rundt ut- og innflytting i omsorgsboliger, noe som kan bidra til å forlenge oppholdet på korttidsavdelingen. Dette henger sammen med at tidligere beboere eller pårørende av dem har relativt langt tid på seg til å flytte ut av boligen, i det minste sammenlignet med den tiden det tar å ta inn nye beboere på et sykehjem. En annen erfaring fra Re er at korttidsavdelingen ikke egner seg like godt for demente. I følge en av informantene er flytting til og fra korttidsavdelingen ingen god behandling:

”Jeg synes det er slett behandling for en dement person å holde på å flytte frem og tilbake. Det er den dårligste behandlingen man kan gi dem. De blir mer forvirret ved hver flytting. De er på dagopphold og suser rundt og vet ikke hvor noe er. ... Det fungerer godt for de som er hjemme og trenger avlastningen, men for de demente er det en slett behandling.”

Det spesielle i Modum er at kommunen har etablerte 18 nye korttidsplasser i et eget rehabiliteringssenter øremerket rehabilitering. En del av disse plassene ble flyttet fra sykehjemmet, noe som innebar at det ble færre korttidsplasser på sykehjemmet, men samlet sett flere plasser.

Den umiddelbare virkningen av dette var at korttidsplassene på sykehjemmet ble fylt opp av personer på avlastningsplass og ordinær korttidsplass. Hjemmetjenesten opplevde derfor at de fikk færre og ikke flere korttidsplasser. I praksis ble det imidlertid totalt flere korttidsplasser, men en større andel av disse var nå øremerket til rehabilitering, og det ble færre avlastnings- og springbrettsplasser igjen.

Dette illustrerer dermed at avlastningsplasser og ordinære korttidsplasser har en mer direkte avlastende effekt på hjemmetjenesten. Årsaken er at de ofte leder til en varig langtidsplass, dvs. at de fungerer som en mellomstasjon i prosessen med å overflytte tungt pleietrengende (og ressurskrevende) brukere fra hjemmetjenesten til institusjonstjenesten.

Omtrent ett år etter at rehabiliteringssentret startet opp, ser likevel hjemmetjenesten tegn på at også rehabiliteringsplassene bidrar til å avhjelpe arbeidsbelastningen i hjemmetjenesten. Årsaken til dette er imidlertid at brukerne av rehabiliteringssentret faktisk er friskere når de kommer hjem igjen etter et rehabiliteringsopphold.

Med andre ord, mens avlastnings- og springbrettsplassene avlaster ved å overføre brukere til et annet tjenestenivå, bidrar rehabiliteringsplassene til å avlaste ved å redusere pleiebehovet. Vi kan dermed si at i det første tilfellet reduseres ikke pleiebehovet for tjenestene samlet sett, men man velger et mer effektivt pleienivå. I det andre tilfellet er det derimot snakk om å redusere pleiebehovet ved at brukerne blir eller holder seg friskere. Dette er også i tråd med målsettingen til rehabiliteringssenteret som i følge lederen er:

”Gevinsten bør være å forebygge aldringsprosessen ... eller få folk i bedre fysisk form, og du kan også bidra med nettverksbygging slik at folk kan trives i sitt eget hjem og beholde den livskvaliteten du selv setter pris på lengre. Det har vi stor tro på virker positivt.”

I følge en av lederne vi har intervjuet, er begrunnelsen for å integrere korttidsplassene med langtidsplassene, slik det har gjort det i Åsnes, Volda og Sogndal, at arbeidsoppgavene blir mer varierte og interessante for medarbeiderne. Samtidig peker en annen av lederne på at denne ordningen er politisk bestemt, og at noe av bakgrunnen for dette kan være at kommunen får mindre inntekter av en korttidsplass enn en langtidsplass. Vi har imidlertid ingen opplysninger som tyder på at tjenestene har instruksjoner om å begrense bruken av korttidsplasser. Problemet synes heller å være den konstante etterspørselen etter langtidsplasser. Samtidig skal vi heller ikke se bort i fra at økonomi kan ha en viss betydning i prioriteringene mellom bruk av korttids- og langtidsplasser.

Arbeidssituasjonen på korttidsavdelingene er noe annerledes enn på langtidsavdelingene. De ansatte som arbeider med korttidspasienter



opplever at arbeidstempoet er høyt, men arbeidet beskrives også som utfordrende og faglig sett attraktivt med varierte arbeidsoppgaver og mye medisinsk pleie. Samtidig er kompetansespennet de skal dekke over, en større utfordring. Med andre ord er kapasitetsutfordringen her vel så mye knyttet til medarbeidernes kompetanse som til bemanningen som sådan. I følge en informant er det stort behov for å få veiledning og kunnskap om de ulike pasienttypene de har for å gi dem en forsvarlig oppfølging. I Re har de imidlertid valgt å dele korttidsavdelingen i to grupper for henholdsvis palliative og demente i den ene gruppen, og rehabilitering i den andre gruppen. Inntrykket er at dette bidrar til å redusere kompetansespennet for den enkelte medarbeider.

Det som skiller korttids plassene fra den ordinære hjemmetjenesten, er at fleksibiliteten er mindre i forhold til å håndtere økt press på tjenestene. De fleste kommunene vi besøkte, forsøker likevel å være fleksible slik at de til tider tillater overbelegg. Dobbeltrom, stuer og bad blir brukt til korttidsopphold dersom det er behov for det. Et eksempel er Sogndal der de har flere senger enn ”offisielle” plasser, samtidig som de forsøker å ha 1-2 senger ledige til enhver tid dersom akutsituasjoner skulle oppstå.

Generelt er inntrykket at korttids plassene har betydning for hvordan situasjonen er i de seks kommunene, dvs. at virksomme korttids plasser bidrar til å avlaste hjemmetjenesten. Dette ser vi tydeligst i Re, men også i Flekkefjord og Sogndal. I Modum har de vært gjennom en om-disponering av korttids plassene, men også her oppleves de å være en avlastning for hjemmetjenesten. Samtidig kan noe av utfordringene de har, spesielt i Åsnes og delvis i Volda, forklares med at de har få korttids plasser som i tillegg ofte blir belagt med langtidspasienter. I begge

disse kommunene kan vi se at hjemmetjenesten mangler en velfungerende korttidsavdeling som en viktig støttetjeneste. Dette kan delvis forklare at det er offisielle ventelister på langtidsopphold i disse kommunene.

### 8.4.5 Omsorgsboliger med heldøgnsbemanning

På samme måte som for langtidsopphold, er det generelt sett større etterspørsel etter omsorgsboliger med heldøgnsbemanning enn det kommunene kan tilby. Samtidig er det et gjennomgående inntrykk at kapasitetsutfordringene oppleves som størst i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene. Selv om mange av beboerne er relativt oppegående når de flytter inn i omsorgsboligene, blir de naturlig nok svakere over tid, uten at bemanningen ved boligene øker tilsvarende. Siden beboerne i omsorgsboligene ”tross alt har tak over hodet”, slik flere informanter beskriver det, blir de også ofte boende i omsorgsboligene fordi hjemmeboende og korttidspasienter prioriteres foran disse brukerne ved inntak til sykehjemsplasser. I følge flere av pleierne er også de nye beboerne svakere enn de var tidligere, som følge av at hjemmesykepleien gir de eldre mulighet til å bo hjemme lengre. Informantene fra omsorgsboligene forteller også at en stadig tynge brukergruppe omfatter flere demente beboere, noe som oppleves som spesielt utfordrende.

Sett i forhold til pleiebehovet på beboerne i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene, oppleves bemanningen å være for lav. Den lave bemanningen medfører at pleierne i utgangspunktet har liten tid til hver enkelt beboer, samtidig som alvorlig demente mennesker kan ha behov for nærmest kontinuerlig tilsyn. I følge informanter fra omsorgsboliger som er spesielt tilrettelagt for demente, etterlyses det i tillegg mer kom-

petanse om demenspleie. Med andre ord tilsier dette at det er et gap i omsorgsboligene mellom pleiebehovet på den ene siden og bemanning og kompetansebehovet på den andre.

Arbeidspresset i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene må også sees i sammenheng med at boligene ikke er definert som institusjon, men private hjem. Goder som rengjøring og legetilsyn er derfor ikke inkludert i husleien, noe som medfører at flere praktiske arbeidsoppgaver blir pålagt pleierne. Samtidig forteller informantene at innsatsen fra pårørende er svært varierende. For pårørende kan det være vanskelig å forstå de praktiske forskjellene mellom omsorgsbolig og sykehjem, og mange mener de har ”gjort nok” når de endelig får innvilget omsorgsbolig med heldøgnsbemanning til familiemedlemmet.

En av sykepleierne i omsorgsboligene i Sogndal forteller at hun bruker ”utrolig mye tid” hver uke på å kontakte beboernes ulike fastleger, bestille resepter, og til tider også følge beboere til legesenteret. En av informantene fra Volda hevder videre at de ansatte i omsorgsboligene bruker nærmere tre timer daglig på renhold av boligene. I Re kommune hevder de ansatte at de sjelden har tid til å gjøre mer enn det som er ytterst nødvendig når det gjelder renhold og beboernes personlige hygiene. I følge en informant er dusjing, negleklipping og barbering ting som ofte blir nedprioritert i en hektisk hverdag. Det er også gjennomgående at de ansatte i omsorgsboligene har liten tid til å organisere sosiale aktiviteter for beboerne, selv om dette varierer noe mellom kommunene og pasientgruppene i boligene. Nedenfor har vi gjengitt noen utvalgte beskrivelser av situasjonen ved omsorgsboligene i ulike kommuner:

”Det vi må gjøre, det kommer vi oss i gjennom – med et nødskrik av og til. Men det er jo en utrolig trist hverdag. Det er på en måte ingenting som skjer og de blir overlatt til seg selv. Det i seg selv kan øke uroen blant demente – de finner oss ikke, vi er aldri på plass. ”

”Arbeidsdagen er grådig travel. Jeg merker det mer og mer med alderen også. ... Og mange ganger blir du heller ikke ferdig til arbeidsdagens slutt. ... Men det er ikke så galt at de ikke får stelle og mat.”

”Sånn som vi har hatt det nå så synes jeg vi ikke har hatt nok bemanning. Det er greit at vi må springe i gangene, men problemet er når vi føler at vi ikke har kontroll på det, når de ringer og du må si at de bare må vente.”

”Stellet får de, men jeg skulle ønske at vi hadde litt bedre tid i stellesituasjonen slik at de [beboerne] kunne gjort litt mer selv. Det er tidkrevende det for de er seine i bevegelsene og vi har tidspresst på oss. ... For jo mer arbeid får vi på sikt.”

Som sitatene over viser, oppleves arbeidspresst ved omsorgsboligene å gå ut over tjenestene for beboerne. Generelt kan vi derfor oppsummere at de som jobber ved de heldøgnsbemannede omsorgsboligene strekker seg langt for ivareta beboernes primærbehov, selv om eksemplene over også viser at de heller ikke alltid klarer dette. Inntrykket er samtidig at beboerne i mindre grad får tilbud om sosiale og fysiske aktiviteter.

Som nevnt over, er noe av bakgrunnen for situasjonen i omsorgsboligene at beboerne i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene over tid blir mer pleietrengende, uten at bemanningen nødvendigvis er styrket.

Selv i en kommune som Flekkefjord hvor de har relativt mye langtidsplasser, oppleves det å være et gap mellom pleiebehov og ressursinnsats. I følge en informant fra Flekkefjord skal beboerne ved omsorgsboligene i utgangspunktet klare å gå på toalettet og spise selv, men mange trenger likevel hjelp til dette. I det største bofellesskapet anslås det at vel halvparten av beboerne trenger hjelp til morgenstell og av de 30 beboerne anslås vel 1/5 å være bevegelseshemmet (sitter i rullestol eller må ha hjelp til å gå). Generelt vurderes flere av beboerne å være for svake til å bo i omsorgsboligene og burde hatt plass på sykehjemmet. Når vi sammenligner beskrivelsene av beboerne i omsorgsboligene og ved sykehjemmene, finner vi også at de ikke skiller seg vesentlig fra hverandre. I følge en representant fra Sogndal beskrives pasientene i en av omsorgsboligene slik:

”De klarer ikke å stelle seg selv, de klarer ikke å forflytte seg selv og de er pleietrengende. Jeg pleier å si at det er en sykehjemsavdeling. For ingen av dem kan gå uten hjelpemidler. De sitter enten i rullestol eller så sitter de i rullator. De trenger hjelp til personlig hygiene og det er pasienter der som må mates.”

En tilsvarende beskrivelse finner vi i Re kommune av beboerne på en av omsorgsboligene som i utgangspunktet ikke er tilrettelagt for demente:

”Vi kan ha alt fra de som er veldig syke med stor pleietyngde til en som er dement og fortsatt går, men uten å klare å ta vare på seg selv... til den som er fysisk veldig syk og fortsatt er veldig klar i holdet. Det er et veldig stort sprik på de som er der, og noen er unge, mens andre er over 100 år. ... Men de yngre er jo syke de også, fordi det ikke er noe annet sted å bo.”

Informanten viser også til at det er flere enn halvparten som er demente. Videre opplyses det om at alle trenger hjelp til å vaske seg og dusje, stå opp og kle på seg, mens de aller fleste må ha hjelp til toalettbesøk og i varierende grad til å spise.

Omtalene av beboerne i omsorgsboligene i Re og Sogndal har slående likheter til beskrivelsen av beboerne på en sykehjemsavdeling i Flekkefjord og Åsnes. I Flekkefjord beskriver en informant beboerne ved sykehjemmet på følgende måte.

”Alle trenger hjelp til å kle på seg ... mange klarer å spise selv [1/3 må ha hjelp til å spise] ... de aller fleste må ha hjelp til toalettbesøk og de aller fleste sitter enten i rullestol eller må ha hjelp til å gå.”

Tilsvarende beskrives beboerne ved sykehjemmet i Åsnes på følgende måte:

”På avdelingen min er det ingen som klarer seg selv i forhold til stell. Det må tilrettelegges og de må ha hjelp. Det er mange som er tunge som det må være to om. Det er noen som ikke står på beina i det hele tatt som vi må bruke løfteapparater på. Det er noen få som går på do selv. ... Det er også en del som må mates, men det varierer en del.”

Eksempelene over illustrerer at beboerne i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning ikke skiller seg vesentlig fra beboere i sykehjem i andre kommuner. Samtidig er det åpenbart at disse omsorgsboligene er bemannet for mindre pleietrengende beboere.

Tabell 8-3. Dagbemanning per beboer ved omsorgsboliger og sykehjem i casekommunene

		Bemanning dagtid	Beboere	Beboere per pleier
Omsorgsboliger	Flekkefjord, Sunneheimen	5	31	6,2
	Volda, Fjordsyn	6	34	5,7
	Sogndal	8	32	4,0
	Re, Krakken	5	20	4,0
	Re, Vestjordet (dement)	5	20	4,0
	Åsnes, Aldershjem	6	25	4,2
	Modum, Vikersund	7	34	4,9
	Sum	42	196	4,7
Sykehjem	Flekkefjord, somatisk	5	13	2,6
	Flekkefjord, korttid	4	12	3,0
	Volda, sykehjem	24	76	3,2
	Sogndal	12	34	2,8
	Åsnes	32	102	3,2
	Modum, somatisk	12	36	3,0
	Sum	89	273	3,1

Tabellen over viser pleiedekningen på dagtid ved hhv. utvalgte hel-døgnsbemannede omsorgsboliger og sykehjem i de seks kommunene. Som nevnt over, viser denne at bemanningen er lavere i omsorgsboligene. I gjennomsnitt ser vi at det er en pleier per 4,7 beboer i omsorgsboligene, mens tilsvarende i sykehjemmene er 3,1. Ser vi dette i sammenheng med beskrivelsen av beboerne over, underbygger dette informan-tenes påstander om at det er et gap mellom bemanningen og beboernes pleiebehov i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene.

Situasjonen varierer imidlertid noe mellom de seks kommunene, og mellom bofellesskapene innenfor hver kommune. Av tabellen over ser vi bl.a. at bemanningen ved omsorgsboligene i Re er noe bedre enn i de øvrige kommunene. En naturlig forklaring på dette er at disse boligene langt på vei erstatter sykehjems plasser i andre kommuner siden Re ikke

har sykehjemsplasser. Likevel ser vi at bemanningen ved omsorgsboligene i Re er lavere enn ved sykehjemsplassene i andre kommuner.

Situasjonen ved omsorgsboligene i Modum ser ut til å være noe bedre enn i de øvrige kommunene. Noe av årsaken til dette er at de på bakgrunn av en kartlegging av pleiebehovet i 2008, økte bemanning ved to av tre enheter.<sup>32</sup> I følge informanter var det også her et gap mellom pleiebehov og bemanning før 2008, men dette bedret seg etter at det ble tilført mer ressurser til de aktuelle avdelingene.

I Volda er omsorgsboligene integrert i hjemmetjenestens soner, slik at noen ansatte kun jobber inne i boligene, mens andre veksler på å jobbe ute og inne. På den måten vil de ”faste” pleierne sørge for kontinuitet i boligene, samtidig som bemanningen kan tilpasses varierende pleiebehov. I følge en av informantene som mener at ordningen med fleksibel bemanning fungerer godt, opplever de likevel at bemanningen er for liten i forhold til pleiebehovet. I Volda har de for øvrig redusert arbeidsoppgavene ved å sette ut renholdet til et eksternt firma, og planen er at den frigjorte tiden skal brukes til å organisere sosiale aktiviteter for beboerne.

Vårt inntrykk er at pleierne i omsorgsboligene i mindre grad enn i hjemmetjenesten kan kompensere arbeidsbelastningen ved å sette grenser for hva beboerne kan motta av tjenester. Selv om det finnes retningslinjer for hva som er pleiernes ansvarsområde, medfører både beboernes pleiebehov og varierende engasjement fra pårørende, til at disse grensene blir mer flytende. Beboerne i omsorgsboligene har også enkeltvedtak, men inntrykket er at man ikke forholder seg til dette og at

---

<sup>32</sup> Gjelder ikke omsorgsboligen som inngår i tabellen over.



det hele tiden er beboernes behov som styrer omfanget av tjenestene. Implikasjonene av knapphet på ressurser og begrensede muligheter for å kompensere for dette – slik som i hjemmetjenesten – er at dette går ut over kvaliteten på tjenestene slik som beskrevet over.

## 8.5 Forsvarlige tjenester

---

En hovedkonklusjon fra undersøkelsen av case-kommunene er at likheten i kapasitet og kvalitet mellom kommunene er mer slående enn forskjellene. I alle kommunene finner vi at utfordringene med kapasitet og det å ivareta kvaliteten er størst i omsorgsboligene. Det betyr at kapasiteten og kvaliteten på tjenestene oppleves å være bedre i hjemmetjenesten og ved sykehjemmene.

Hva er så forklaringen på denne likheten når kommunene har såpass forskjellig tjenesteprofil? For eksempel skulle man tro at situasjonen i Sogndal, hvor en større del av brukerne mottar hjemmetjenester, var mer utfordrende enn i de andre kommunene. I lys av at det generelt er stor etterspørsel etter langtidsplasser, skulle vi også tro at situasjonen var vanskeligere i Re hvor de har lagt ned langtidsplassene.

En hovedforklaring på at kapasiteten og kvaliteten ikke varierer mer mellom kommunene er at spesielt hjemmetjenesten kompenserer for ulikheter i pleiebehov. I Sogndal og Re ser vi bl.a. at dette skjer ved at hver enkelt bruker får mer bistand i hjemmetjenesten enn i de øvrige kommunene. I Sogndal støtter de også opp med andre tjenester som støttekontakter og omsorgslønn for brukerne av hjemmetjenesten. Generelt finner vi at hjemmetjenesten kompenserer på flere måter, bl.a. i form av budsjettoverskridelser, innskjerping av vedtak og andre orga-

nisatoriske tiltak. Sist, men ikke minst, representerer korttidsplassene en viktig avlastning for hjemmetjenesten. Det betyr at hjemmetjenesten er en fleksibel tjeneste i den forstand at den kan strekke seg lagt for å ivareta brukernes tjenestebehov. Hjemmetjenesten klarer dermed også langt på vei å opprettholde en viss kvalitet på tjenestene. Nærmere bestemt betyr det at de klarer å ivareta brukernes primærbehov, men bare delvis behov ut over dette. Dette omtales gjerne som ”forsvarlige tjenester” eller et ”forsvarlig tilbud” og representerer en nedre etisk terskel for hva som aksepteres. Nedenfor har vi tatt med et sitat som illustrerer dette:

”Jeg er absolutt sikker på at de åtte som søker sykehjemsplass, de er i sykehjemskategorien – absolutt – men de har et forsvarlig tilbud der de er, det er ikke det, men hvis vi skulle drevet det optimalt mellom disse nivåene, så burde de vært flyttet på.”

Med andre ord viser dette at hjemmetjenesten har fleksibilitet slik at det til en viss grad kompenseres for det tjenestenivået som den enkelte bruker/pasient egentlig burde hatt. En konsekvens av dette kan, som sitatet over er inne på, imidlertid være at man opererer lite rasjonelt – i hvert fall på lang sikt. Samtidig opererer man med en nedre terskel for hvor langt man kan gå med å kompensere. I slike tilfeller kan det se ut som at man likevel får til løsninger på et annet tjenestenivå, slik denne informanten gir uttrykk for:

”Nå er vi veldig flinke til å vurdere den faglige forsvarligheten. Er ting ikke forsvarlig, så må du enten få de inn på sykehjem eller så må du sette inn et større apparat rundt de i hjemmet. ... Vi er veldig gode til å finne fram til tiltak som gjør at vi kan strekke

det litt lengre, inntil det er en plass. Men når dagen kommer, når det ikke går lenger, så har vi en dialog med sykehjemmet.”

Det generelle inntrykket er med andre ord at begrepet forsvarlig tilbud representerer en etisk terskel som man ikke bør overskride. Nå varierer det nok noe mellom kommunene hvor gode disse mulighetene er, noe som nok også innebærer at den etiske terskelen til en viss grad kan tøyes. Poenget er imidlertid at det settes i gang tiltak for å finne alternative tilbud lengre oppe i tjenestetrappa når man nærmer seg denne terskelen.

I noen tilfeller er det imidlertid vanskelig å kompensere. Dette gjelder spesielt for demente, men også i forhold til personer som opplever utrygghet i hjemmet, noe følgende sitat illustrerer:

”Så er det noen ganger vi skriver avslag, men beholder søknaden. Det kan være en som er i omsorgsbolig som absolutt burde hatt [sykehjems]plass, men ved å bemanne opp der, så kan vi likevel sikre et forsvarlig tilbud. Men selv om vi øker bemanningen i hjemmetjenesten, ser vi noen ganger at det ikke er nok, fordi de er utrygge.”

Dette sitatet illustrerer at man kan kompensere i den forstand at man ivaretar brukernes primærbehov, men ikke alltid behov som går ut over dette. Opplevelsen av utrygghet kvalifiserer nemlig ikke nødvendigvis til at man mottar et annet tjenestetilbud. Samtidig kan det også argumenteres for at trygghet er et primærbehov på linje med det å få hjelp til å stå opp, spise, vaske seg osv. Dette er således et eksempel som viser at den etiske terskelen ikke er absolutt, men noe som til en viss grad kan tøyes.

Et annet eksempel, hvor man kan stille spørsmålstegn ved om tilbudet er godt nok, er overfor hjemmeboende demente. En vanlig løsning, når man er i ferd med å nå nedre grense for den etiske terskelen, så er løsningen å tilby korttidsopphold eller rullerende avlastning. I følge informanter egner imidlertid dette seg dårlig for demente som heller har behov for mer stabile og kjente forhold rundt seg. Riktignok har flere av kommunene alternative tilbud i de heldøgnsbemannede boligene, men flere peker også på at dette tilbudet kan medføre for mye flytting for denne gruppen, dvs. fra hjem, til omsorgsbolig og senere kanskje til sykehjem.

Som nevnt, finner vi at utfordringene med kapasitet, og det å ivareta kvaliteten, er størst i omsorgsboligene. Sammenlignet med den ordinære hjemmetjenesten, viser det seg at det i disse boligene er færre muligheter for å kompensere for stort pleiebehov. I hovedsak vil det kunne dreie seg om å øke bemanningen, noe vi har eksempel på fra Modum. Dette representerer imidlertid mer unntaket enn regelen. I noen grad ser vi også at dette er tilfelle i Re kommune der de har noe høyere bemanning i omsorgsboligene enn i de øvrige kommunene. Dette kan langt på vei forklares med at de ikke har langtidsavdelinger i Re.

Til forskjell fra hjemmetjenesten, som bl.a. kan kompensere stor arbeidsmengde ved å stramme inn på tilbudet, innbyr omsorgsboligene tvert imot til merarbeid ut over det som opprinnelig var tenkt i disse boligene. Selv om beboerne har et selvstendig ansvar for egen bolig, og pleiernes oppgave strengt tatt dreier seg om å yte personlig omsorg og pleie, innbyr likevel både situasjonen og de pårørendes forventninger til at tjenestene blir mer omfattende. Siden bemanningen ser ut til å være dimensjonert i forhold til at beboerne skal være i stand til å ta mer vare

på seg selv og egen boenhet, samtidig som pleiebehovet kan være vel så stor som på et sykehjem, får dette implikasjoner enten i form av at pleierne må kompensere ved å ”løpe fortere” eller at det går ut over livskvaliteten til beboerne. Inntrykket er at begge deler er tilfellet. På den ene siden opplever pleierne her en mer stressende hverdag enn i hjemmetjenesten og på sykehjemmene. Samtidig er inntrykket at beboerne i mindre grad får tjenester som strekker seg ut over primærbehovene. I følge informanter, vises det også til eksempler hvor beboerne heller ikke får dekket sine primærbehov.

Det øverste nivået i tjenestetrappa er langtidsplassene. Det generelle inntrykket her er at både kapasiteten og kvaliteten på tjenestene er bedre enn i omsorgsboligene. Forklaringen er at disse gjennomgående er bedre bemannet enn omsorgsboligene. I liten grad, kanskje bortsett fra i Sogndal, har de også overbelegg ved langtidsplassene, noe som bl.a. har sammenheng med de begrensede mulighetene for å ta i bruk dobbeltrom. Enkelte steder ser vi dessuten en differensiering av tilbudet, noe som bidrar til bedre tilrettelagte avdelinger og mer spesialkompetanse på enkeltgrupper. Dette kommer spesielt de demente til gode. Det spesielle med dette tilbudet er imidlertid at uansett hvor mye langtidsplasser kommunen har, så etterlyses det flere plasser. For eksempel skulle man tro at behovet for langtidsplasser i Sogndal var langt større enn i Volda. Som vist har imidlertid Sogndal kompensert mer nedover i tjenestene, samtidig som de har en fleksibel korttidsfunksjon som åpenbart avlastet. Her skal det samtidig legges til at Sogndal nok også har en befolkningsmessig sammensetning som gjør det lettere å ha en såkalt hjemmebasert pleie- og omsorgstjeneste.

Det er også interessant å sammenligne situasjonen i Modum og Volda. Til tross for at man i Volda har relativt sett flere institusjonsplasser og omsorgsboliger, synes kapasiteten likevel å være vel så god, om ikke bedre, i hjemmetjenesten og omsorgsboligene i Modum. Noe av forklaringen på dette kan være at de kompenserer bedre i Modum. Et forhold er at de har økt bemanningen i deler av bofellesskapene. Et annet forhold er at Modum i større grad benytter korttidsplasser, ikke bare til avlastning eller som springbrett til langtidsplasser, men også i form av reell rehabilitering. I følge informanter fra Modum, oppleves dette å være en god hjelp for hjemmetjenesten.

En viktig forutsetning for å få til en god samhandling mellom hjemmetjenesten og korttidsavdelingene, er at hjemmetjenesten har muligheter for å ha en fleksibel bemanning. Det betyr i praksis mulighetene for å omdisponere ressurser mellom perioder hvor man har flere av de hjemmeboende på korttidsopphold. Dette vektlegges spesielt i Modum, men vi ser også at dette har betydning i Flekkefjord. I de kommuner der man kun opererer med en minimumsbemanning, er det rimelig at hjemmetjenesten i større grad forsøker å ”skyve bort” de tyngste brukerne mer permanent ved å bruke korttids plassene som springbrett til varig langtids plass.

Vi ser også at korttids plassene i Re representerer en viktig måte å kompensere og supplere hjemmetjenesten på. Utfordringen i Re er imidlertid ikke korttids plassene, men at omsorgsboligene kompensere for mangel av langtids plasser. Dette skaper spesielle utfordringer på to måter. Selv om omsorgsboligene her er bedre bemannet enn omsorgsboligene i andre kommuner, er de likevel dårligere bemannet enn sykehjem. I den sammenheng er det interessant å observere at pleierne ved de-

mensavdelinger i for eksempel Åsnes og Volda er langt mer opptatt av å aktivisere beboerne for å unngå uro, enn det de er eller har muligheter til i Re. Andre utfordringer i Re er at det skaper merarbeid at omsorgsboligene ikke har tilsynslege, at det er større treghet i inn- og utflytting fra omsorgsboligene, og at det er generelle forventinger blant pårørende om at omsorgsboligene innebærer det samme tilbudet som på et sykehjem.

Hovedforklaringen på at kapasiteten og kvaliteten i kommunene er forholdsvis like, er at tjenestene kompenserer. Spesielt kan hjemmetjenesten strekke seg langt. I praksis kompenserer ikke omsorgsboligene like godt for langtidsplassene. Dette har bl.a. sammenheng med at de forutsetningene som ligger til grunn for omsorgsboligene ikke er oppfylt, dvs. at ressursinnsatsen ikke står i forhold til pleiebehovet.

## 8.6 Koordinering av tjenestene

---

Koordinering er sentralt i pleie- og omsorgstjenestene fordi tjenestene er differensiert og fordi det dermed skjer en flyt av brukere mellom de ulike tjenestene. En god allokering og flyt av brukere, forutsetter dermed en god koordinering. I alle de seks kommunene har de et eget organ som ivaretar denne funksjonen (tiltaksteam, inntaksmøter og lignende). Utformingen av og erfaringene med disse organene varierer imidlertid en god del.

Sogndal og Modum har ordninger som vi kan karakterisere som en toppstyrt, sentralisert modell. Det innebærer i korte trekk at det er den sentrale ledelsen i pleie- og omsorgstjenesten som fatter beslutninger om søknader og plassering av ulike brukere. De to kommunene har

likevel innrettet ordningen på ulik måte. Mens Sogndal har inkludert en representant fra sosialtjenesten, har Modum en profesjonell stab som har ansvar for å lage innstillinger. I følge informanter fra begge kommunene blir imidlertid beslutningene tatt litt over hodene på de som arbeider ute i tjenestene, med den konsekvens at noen beslutninger ikke alltid oppleves som riktige. Her etterlyses derfor at enhetsledere/avdelingsledere i større grad bør involveres.

Motsatsen til den mer sentraliserte modellen i Sogndal og Modum finner vi i Åsnes. Her har de et såkalt samarbeidsmøte hvor alle enhetsledere deltar (totalt 13). Men også denne modellen får kritikk. Hovedkritikken går ut på at samarbeidsmøtet har vanskeligere for å fatte beslutninger og at det ofte oppstår dragkamper mellom ulike tjenester. Et annet problem med denne modellen er at alle sakene ikke vil være like relevante for alle deltakerne. Det betyr at mange bruker mye møtetid på saker som ikke er relevante. Samtidig vil det i et slikt bredt sammensatt møte kunne flyte mye sensitiv informasjon som ikke er like relevant for alle og som dermed kan bryte med personvern hensynet.

Vi ser her at svaret på kritikken mot den sentraliserte modellen, dvs. en bredere representasjon, samtidig er den andre modellens svakhet. Svaret på noen av svakhetene med modellen i Åsnes, kan imidlertid være en mer desentralisert modell, dvs. en modell der man fatter selvstendige vedtak innenfor de respektive tjenestene. Denne modellen finner vi i Re hvor de har en enhet som fatter vedtak for sykehjem/omsorgsboliger, en for hjemmetjenesten og en for funksjonshemmede. Noe av utfordringen her har imidlertid vært at de tre organene har vært for dårlig koordinert. I Re har de derfor planer om å slå sammen disse tre organene til et felles tiltaksteam.



Ideelt sett skulle man ønske at et slikt beslutningsorgan kunne fatte effektive, treffsikre og koordinerte beslutninger. Problemet med de modellene vi har vist til over, er at hver av dem ivaretar et eller to av disse idealene, men ikke alle samtidig. Mens den sentraliserte modellen gir et godt grunnlag for koordinerte og effektive beslutninger, er dens svakhet å fatte treffsikre beslutninger. Den brede modellen har ambisjoner om å kunne fatte både treffsikre og koordinerte beslutninger, men de er ikke nødvendigvis like effektive. Samtidig kan dragkampen, som ofte oppstår i slike brede organ, bidra til at beslutningene verken blir koordinerte eller treffsikre. Til slutt har vi den desentraliserte modellen som gir effektive og lokalt treffsikre beslutninger, men som ikke nødvendigvis er like koordinerte.

Flekkefjord har utformet noe vi kan kalle en blandingsmodell. Det interessante her er at informantene synes å være godt fornøyd med måten denne er utformet på. I dette tiltaksteamet sitter lederen for hjemmetjenesten, leder for institusjonstjenestene, leder for korttidsavdelingen og en rehabiliteringssykepleier. Med andre ord kan vi si at det er en blandingsmodell mellom den toppstyrte og den bredt representerte modellen. Samtidig er vedtaksmyndigheten for søknader om hjemmehjelp eller hjemmesykepleie desentralisert til hjemmetjenesten. Dvs. at det er soneleder som på bakgrunn av en kartlegging, gjør en vurdering av søknadene sammen med leder for hjemmetjenesten.

Det som imidlertid er mest interessant med modellen, er prosessene i forkant av tiltaksmøtene. Her har korttidsavdelingen en sentral funksjon i og med at de fleste som søker om plass på sykehjemmet, kommer innom korttidsavdelingen. Søkerne vil da normalt være personer som har tjenester fra hjemmetjenesten eller som ligger på sykehuset.

Når det gjelder de som ligger på sykehuset, har rehabiliteringssykepleieren kontakt med sykehuset og innhentet informasjon om hvem som ligger der, hvilken situasjon de er i, og hva slags tilbud de har behov for etter utskrivning. Denne vurderingen gjøres i samråd med hjemmesykepleien og sykepleier på korttidsavdelingen. Disse sakene tas deretter videre til tiltaksmøtet som fatter endelige beslutninger. Rehabiliteringssykepleieren synes her å ha en viktig koordineringsfunksjon mellom sykehuset, hjemmetjenesten og institusjonstjenesten.

For hjemmeboende skrives det et saksfremlegg fra hjemmesykepleien (soneleder), som behandles i tiltaksteamet. Her beskrives det hva slags hjelp de har fått, hvordan de fungerer og om de mener de kan gi forsvarlig hjelp hjemme. I disse sakene blir som regel søkeren først tatt inn på korttidsplass for en nærmere vurdering. Beslutningen om overføring til en fast langtidsplass, vil da basere seg på en samlet vurdering av hjemmetjenestens saksfremlegg og hva korttidsavdelingen har observert.

Begge disse prosessene viser med andre ord at det ligger en god dokumentasjon til grunn for de endelige beslutningene som fattes i tiltaksteamet. Samtidig er verken avdelingslederne på sykehjemmet eller sonelederne i hjemmesykepleien med på å ta beslutninger på tiltaksmøtene, noe vi har sett enkelte informanter i de øvrige kommunene anse for å være en svakhet. Inntrykket er imidlertid at både leder for hjemmetjenesten og institusjonstjenesten involverer avdelingslederne/sonelederne. Videre har korttidsavdelingen også en sentral rolle i og med at de fleste kommer innom et opphold her før de eventuelt får fast plass. Det betyr med andre ord at hjemmetjenesten i første runde har gode muligheter for å legge premissene for vedtakene. Samtidig gir ordningen med å

bruke korttidsavdelingen til avklaring av søkerne, institusjonstjenestene gode muligheter til å gjøre seg opp egne vurderinger. Det skal også legges til at det åpenbart er stor gjensidig forståelse og tillit mellom de ulike enhetene i Flekkefjord, noe følgende sitater illustrerer:

”Hvis jeg ser at en må hjem igjen [fra korttidsavdelingen], og de må begynne å bemanne opp 24 timer, mens vi kunne klart oss med 7 timer i døgnet [på sykehjemmet], så velger vi heller den løsningen. Vi har jo tross alt bemanning fra før hele døgnet.”

”Vi ser jo hjemmesykepleiens behov for å ha inn enkelte på sykehjemmet. Og vi er ikke strengere på det enn at vi ser at det ufor- svarlige må tas først. Vi stoler også såpass på sonelederne i hjemmesykepleien at når de sier det er ufor- svarlig, så er det ufor- svarlig.”

Vi skal være forsiktige med å konkludere med at modellen i Flekkefjord er den mest optimale. Den skiller seg imidlertid ut ved at den gir treffsikre og koordinerte beslutninger. Det er imidlertid ikke sikkert at de alltid er like effektive i den forstand at de enkelte prosessene bak beslutningen kan virke omfattende. Samtidig, kan treffsikre og koordinerte beslutninger i seg selv bidra til en effektiv allokering av brukere og pasienter.

## 8.7 Avsluttende spørsmål og svar

---

I denne avslutningsdelen har vi forsøkt å svare på noen av de sentrale spørsmålene i forhold til prioritering av de ulike tjenestene i pleie- og omsorgssektoren.

*Er det slik at kommunene kan utnytte LEON-prinsippet uten at det går utover kapasitet og kvalitet?<sup>33</sup>*

I alle kommunene vi besøkte gir informantene uttrykk for at hjemmesykepleien strekker seg svært langt for å la de eldre i kommunen bo hjemme lengst mulig, og for å ta i mot tidlig utskrevne pasienter fra sykehuset. Sykepleierne vi snakket med, forteller at de utfører behandlinger som tidligere bare fant sted i sykehus, som for eksempel sondeernæring, smertebehandling og hjemmedialyse. Sykepleierdekningen i samtlige kommuner er tilfredsstillende, og flere av informantene sier at opplæringen og oppfølgingen fra sykehjem og sykehus er god. Som en soneleder i Volda forteller, ”finnes det ingen grenser i hjemmesykepleien”, og antall besøk per pasient kan i perioder være svært høyt.

Hjemmesykepleien kan altså strekkes langt for å tilfredsstille de eldres nødvendige pleiebehov. Når det gjelder øvrige behov (og kvalitetsindikatorer) som sosial kontakt og trygghetsfølelse, møter imidlertid hjemmesykepleien større begrensinger. Selv om pleierne forteller at de gjerne gjør ”det lille ekstra” for brukerne dersom de har tid, og ikke alltid følger enkeltvedtakene slavisk, er tidspresset såpass stort at de sjelden har tid til å sitte ned og prate med brukerne. Som en sykepleier forteller kan angst og utrygghet gjøre eldre personer mer hjelpetrengende enn det hun/han i realiteten er. Mange eldre kvikner derfor til når de får tilbud om omsorgsbolig eller sykehjemsplass, som i større grad er forbundet med trygghet.

Flere av informantene påpeker også at det er grenser for hvor langt LEON-prinsippet kan utnyttes i forhold til demente hjemmeboende.

---

<sup>33</sup> LEON-prinsippet står for Laveste Effektive OmsorgsNivå

Mens en pleietrengende, men ellers mentalt frisk person, kan klare seg med kun hjemmesykepleie, er ikke dette tilfelle for en tungt dement person som potensielt kan gå ut om natta, sette på kokeplater o.l.

I utgangspunktet er det lite som begrenser kommunenes mulighet til å tilby omfattende og kvalitativt gode pleietjenester i heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Omsorgsboligene kan, i større grad enn hjemmesykepleien, ivareta brukernes behov for trygghet og sosial omgang, samtidig som flere nye boligkomplekser er inndelt i mindre enheter og tilrettelagt for demente. I kommunene vi besøkte, viser det seg imidlertid at særlig lav bemanning er en stor utfordring i omsorgsboligene, og flere av informantene antydte at misforhold mellom bemanningssituasjon og pleiebehov til tider går ut over kvaliteten på tjenestene. Selv om pleienivået per definisjon er mer intensivt i omsorgsboligene enn i hjemmesykepleien, siden hjelpen er tilgjengelig hele døgnet, er også de ansattes kompetanse gjennomgående lavere enn på sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Beboere blir riktignok flyttet til sykehjem eller sykehus dersom det medisinske pleiebehovet blir stort, men mange av pleierne vi snakket med la vekt på behovet for mer teoretisk kunnskap, særlig innenfor demensomsorgen. I flertallet av kommunene vi besøkte opplyser informantene i omsorgsboligene at en stor del av beboerne er demente, og å forstå og tolke deres handlingsmønstre krever erfaring og kompetanse.

*I hvilken grad kan tjenestene som utvikles i midten av trappa bidra til å forbedre kapasiteten?*

Vår undersøkelse viser at omsorgstjenestene i midten av tjenestetrappa, altså bemannede omsorgsboliger og korttidsplasser, bidrar til å forbed-

re kapasiteten i hjemmesykepleien og sykehjemmet. Dette er tydelig i for eksempel Re kommune, der korttidsavdelingen og hjemmesykepleien avlaster hverandre ved at et relativt stort antall hjemmeboende har tilbud om rulleringsopphold på sykehjemmet. Også i Sogndal er rulleringsoppholdene lagt opp slik at ikke alle de tyngste brukerne er hjemme samtidig, noe som virker avlastende på deltjenestene. Et stort antall korttidsplasser kan også bidra til at kommunen får bedre tid og muligheter til å kartlegge pasientene, slik at de kan ”plassere dem riktig i tjenestetrappa”, noe som kan forbedre kapasiteten i sektoren som helhet. Hovedutfordringen er imidlertid at korttidsplassene blir fylt opp med langtidspasienter, noe som leder til spørsmålet om det gjennomgående er for få korttidsplasser tilgjengelig i kommunene.

Soneleder i Volda kommunene påpeker at andelen eldre pleietrengende brukere av hjemmesykepleien har blitt redusert etter at de bemannede omsorgsboligene ble bygget, noe som utvilsomt har forbedret de ansattes arbeidssituasjon. Det medfører at hjemmesykepleien har større kapasitet til å ta i mot tidlig utskrevne pasienter fra sykehuset. Siden de bemannede omsorgsboligene tilbyr et varig botilbud for eldre mennesker uten omfattende medisinske behov, bidrar boligene til at terskelen for å få sykehjemsplass øker i kommunene. Mange eldre som tidligere ville søkt seg til et aldershjem, eller fått innvilget sykehjemsplass på grunn av angst og utrygghet, kan sannsynligvis fungere godt i en heldøgnsbemannet omsorgsbolig. Utfordringen er imidlertid at siden omsorgsboligene avlaster både hjemmesykepleien og sykehjemmet, er det ”ingen” som avlaster omsorgsboligene. På grunn av mangel på ledige sykehjemsplasser blir beboerne værende selv om pleiebehovet øker, og resultatet blir en stadig større arbeidsbelastning for de ansatte.

*I hvilken grad bidrar korttidsavdelingen til at flere kan bo hjemme lenger?*

I kommunene med et stort antall korttidsplasser, altså Re og Sogndal, hevder flere av informantene at muligheten for rulleringsopphold er et svært godt tilbud, og at dette har utsatt behovet for fast institusjonsplass for mange eldre hjemmeboende. I de øvrige kommunene er det imidlertid få senger avsatt til rulleringsopphold, og det synes vanskelig å få god sirkulasjon på de plassene som faktisk eksisterer. I Åsnes kommune blir avlastningsplassene ofte ”okkupert” av mer akutt syke pasienter, slik at de hjemmeboende ikke får rullert like ofte som de i utgangspunktet skulle. På grunn av få korttidsplasser blir også grensen for å få innvilget plass høy, slik at de eldre ofte er tungt hjelpetrengende når de først får tilbudet, og derfor blir ofte værende på sykehjemmet livet ut. I realiteten har man i slike tilfeller ikke tilgang på korttidsplasser.

Som blant annet pleie- og omsorgssjef i Sogndal påpeker, gir mange korttidsplasser kommunen mulighet til å komme tidligere inn med forebyggende og aktiviserende tiltak, noe som kan utsette tidspunktet for når behovet for langtidsplass oppstår. Basert på bruken av korttidsplasser i våre case-kommuner, synes det imidlertid rimelig å anta det må være en viss størrelse på korttidsavdelingen for at den skal kunne bidra til dette. Hvor ”smertegrensen” ligger for effektiv utnyttelse av korttidsplassene, vil sannsynligvis variere fra kommune fra kommune. Flere av informantene vi snakket med påpekte at avlastningsopphold først og fremst er godt tilbud for de pårørende, ikke nødvendigvis for pasienten selv. I følge flere av pleierne blir mange mer forvirret og uro-

lig av å flytte frem og tilbake mellom privat bolig og institusjon, noe som antyder at avlastningsopphold kan ha en begrenset verdi for denne pasientgruppen.

*I hvilken grad bidrar heldøgnsbemannede omsorgsboliger til å redusere eller erstatte behovet for langtidsplasser?*

Som nevnt tidligere, vil et stort antall heldøgnsbemannede omsorgsboliger høyne terskelen for sykehjemsplass, ved å tilby et varig botilbud for eldre uten omfattende medisinske behov. Det synes derfor rimelig at omsorgsboligene kan bidra til å redusere behovet for langtidsplasser på sykehjem. Flere av kommunene har også tilrettelagte boliger eller avdelinger for ulike pasientgrupper, noe som viser at heldøgnsbemannede omsorgsboligene også kan bidra til å differensiere omsorgstilbudet i disse kommunene.

Hvorvidt omsorgsboligene kan eller bør erstatte langtidsplassene er imidlertid mer usikkert. Her er det naturlig å trekke frem Re som eksempel, siden dette er en av få kommuner som allerede har omgjort langtidsplassene på sykehjemmet til heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Inntrykket er at dette tilbudet hviler på en forutsetning om at beboerne skal være i stand til å klare seg selv eller at pårørende skal ha et større ansvar for omsorgen. I praksis viser det seg imidlertid at beboerne er mer pleietrengende enn forutsatt, samtidig som det i praksis er vanskelig å få de pårørende til å stille opp. Den store utfordringen i disse boligene er dermed gapet mellom bemanningen og beboernes pleiebehov. Det er imidlertid ingenting i veien for å styrke bemanningen i tråd med pleiebehovet i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene. Derimot er mangelen på tilsynslege en utfordring som nok begrenser



mulighetene for at omsorgsboligene fullt ut kan erstatte ordinære langtidsplasser.



# 9. Oppsummering, diskusjon og konklusjoner

## 9.1 Innledning

---

Vi skal avslutningsvis oppsummere sentrale funn i de analysene som er gjennomført, diskutere dem og konkludere. Dette prosjektet studerer kostnader og kvalitet i den kommunale pleie- og omsorgssektoren og vi bruker flere ulike metodiske innfallsvinkler. Det er derfor behov for å gjennomføre en diskusjon av de funn vi gjør i de ulike delene av studien for å vurdere om de støtter opp om hverandre eller om de står i et motsetningsforhold. Hovedproblemstillingene i prosjektet er følgende:

- Hvordan ser tjenesteprofilene ut i en typisk norsk kommune og hva påvirker dekningsgraden?
- Hvordan ser kostnadene ut for ulike omsorgstjenester?
- Hvilken betydning har statlige retningslinjer og økonomiske virkemidler for kommunenes prioritering mellom tjenestealternativer?
- I hvilken grad har ulike prioriteringer av tilbudet innen pleie- og omsorgstjenestene betydning for kvaliteten og kostnadene på tjenestene?

Utgangspunktet for analysene er en firedeling av omsorgstilbudet for personer over 67 år. Vi skiller mellom (i) Langtidsopphold i institusjon, (ii) Korttidsopphold i institusjon, (iii) Beboer i heldøgnsbemannede omsorgsboliger og (iv) Ordinære hjemmetjenester (inkluderer også

hjemmetjenester i omsorgsbolig uten heldøgnsbemanning). Disse fire tjenestekategoriene er sentrale i analysene. I kostnadsanalysene er i tillegg omsorgstjenester rettet mot personer under 67 år tatt med for å skape et komplett bilde av kostnadssituasjonen i pleie- og omsorgssektoren.

De fire tjenestekategoriene blir også brukt som grunnlag for å etablere et sett av i alt 11 såkalte tjenesteprofiler. Disse sier noe om hva som er typisk for omsorgstilbudet i kommunen, for eksempel er det fire profiler som er typiske i den forstand at de legger relativt stor vekt på en av de fire tjenestekategoriene, mens andre er typiske i den forstand at de legger relativ vekt på kombinasjoner av to tjenestekategorier, for eksempel langtidsopphold kombinert med hjemmetjenester. Diskusjonen i de følgende vil disponeres i forhold til det vi mener er sentrale funn – spesielt i lys av de fire hovedproblemstillingene.

I den kvalitative analysen har vi intervjuet ledere og medarbeidere i seks kommuner med ulik tjenesteprofil. To av disse kommunene – Re og Sogndal – har ingen eller relativt få langtidsplasser. To andre kommuner – Åsnes og Flekkefjord – har en forholdsvis stor andel langtidsplasser. Det samme gjelder Volda, men i Volda har de i tillegg mye heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Den siste kommunen – Modum – kjennetegnes av å ha relativt mye korttidsplasser. Et hovedformål med denne analysen har vært å undersøke om det er forskjeller mellom de seks kommunene i forhold til kapasitet og kvalitet på tjenestene.

## 9.2 Dekningsgrad

---

Analysen av tjenesteprofiler viser at det er store variasjoner i hvordan kommunene setter sammen tjenestetilbudet. De aller fleste kommunene har en profil som kjennetegnes ved at det satses mye på hjemmetjenester. Videre ser vi at en god del kommuner også har satset spesielt på heldøgnsbemannede omsorgsboliger eller langtidsplasser, men der flest har lagt vekt på sistnevnte. Mange kommuner har også kombinert ulike tjenestetilbud. Bl.a. er det en del som har satset relativt mye på korttidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger.

Analysen av forholdet mellom tjenesteprofil og dekningsgrad viser at kommuner som har mye hjemmetjenester også har høyere dekningsgrad. Det betyr at jo mer kommunen satser på institusjonstjenester, desto færre vil motta omsorgstjenester i kommunene totalt sett. Dette gjelder både korttidsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger, mens effekten er svakere for langtidsopphold. Vi finner også at andel mottakere av omsorgstjenester under 67 år fortrenger omfanget av eldretjenester. Det er et godt gammelt retorisk knep i politikken å uttale at man ikke skal sette svake grupper opp mot hverandre. Men med knappe ressurser og stor etterspørsel er disse analysene et godt eksempel på at det er dét politikk handler om, og nettopp derfor er politikk krevende.

Vi finner også resultater som indikerer at dekningsgraden er bedre i kommuner som satser på fagutdannet personell i stedet for ufaglært arbeidskraft. Spesielt viser analysen at andelen årsverk med spesialtjenester (fysioterapeut, ergoterapeut, kreftsykepleier mv.) har positiv effekt på dekningsgraden. Denne effekten svekkes imidlertid når vi kont-

rollerer for korrigerede frie inntekter per innbygger. Øvrige fagutdannet arbeidskraft viser også tendenser til samme effekt, men effektene er ikke statistisk utsagnskraftige. Vi kommer nærmere tilbake til en diskusjon av dette i avsnitt 9.7.

Kommunens korrigerede frie inntekter har positiv effekt på tjenesteomfanget og synes å være den enkeltfaktoren som har størst betydning for forskjellene i dekningsgrad mellom kommuner. Dette er ikke noe nytt, verken i forbindelse med pleie- og omsorgssektoren eller i forbindelse med andre typer kommunale tjenester. Sannsynligvis er inntektsulikhetene den viktigste kilden til de ubalanser man observerer på kommunområdet. Og denne kilden til ulikhet er jo ikke noe som primært kommunepolitikere er ansvarlige for. Det er derfor et tankekors at kommunene ansvarliggjøres i forbindelse med medieoppslag om (negative) pleie- og omsorgssektoren når sentrale politikere også bør ta et ansvar for ulikhetene. Når inntektsforskjeller mellom kommuner gir ulikheter i kvantitet og kvalitet i tilbudet, kan dette gi opphav til permanente ubalanser i kommunesektoren fordi man samtidig har et mål om likhet i tjenestetilbudet mellom kommuner. Ubalansene mellom rike og mindre rike kommuner mht kvantitet og kvalitet i omsorgstilbudet vanskeliggjør sannsynligvis etableringen av en konsensus om hva som er et tilfredsstillende nivå på tjenestetilbudet.

Netto driftsutgifter per omsorgsplass – dvs. den kostnaden kommunen står overfor når tjenestene tilbys – har en klar negativ effekt på dekningsgraden. Det betyr at jo mer kommunen selv må bekoste, utenom brukerbetaling/vederlag og eventuelle statlige tilskudd, desto færre mottar også tjenester. Som i tradisjonelle etterspørselsanalyser, finner vi altså både en positiv inntektseffekt og en negativ priseffekt. Dette

tyder på at kommunenes økonomiske situasjon har stor betydning for hvor godt utbygd pleie- og omsorgstjenestene er. Det betyr også at kommunene responderer på øremerkede tilskudd ved for eksempel at dekningsgraden økes dersom tilskudd innføres. På den måten kan kommunene redusere den kommunaløkonomiske kostnaden ved drift av pleie- og omsorgstilbud.

Vi finner også at vederlaget som betales av brukerne for institusjonsplasser påvirker tjenesteomfanget negativt, dvs. at jo mer kommunen tar inn gjennom vederlagsordningen, desto mindre omfattende er tjenestene. Dette tyder dermed på at vi har en pris både på kommunenivå og individnivå og begge virker som forventet negativt på etterspørselen og dermed dekningsgraden. Siden utmålingen av vederlaget for institusjonsplasser er lovregulert og inntektsavhengig, kan det hende at vederlagseffekten egentlig dreier seg om at behovet er lavere i kommuner med rike innbyggere – altså at det er snakk om sosio-demografiske forskjeller i behovet for eldreomsorgstjenester.

### 9.3 Kostnader

---

I kostnadsanalysene har vi tatt utgangspunkt i en multiprodukt kostnadsfunksjon der de fire tjenestekategoriene for personer over 67 år inngår i tillegg til en samlet pleie- og omsorgstjeneste for personer under 67 år. Beregningene er gjort med utgangspunkt i gjennomsnittskommunen. Men gjennomsnittsmålet tilsvarer ikke det som de fleste er kjent med som en gjennomsnittsberegning. Hvis vi benytter et vanlig gjennomsnittsmål, blir gjennomsnittskommunen litt utypisk fordi det er noen få kommuner i Norge som er meget store og derfor trekker gjen-

nomsnittsverdien opp. Vi benytter et gjennomsnittsmål ("power-means") som i større grad tar hensyn til den skjeve fordelingen i innbyggerstørrelse, og dermed tilsvarer vår gjennomsnittskommune en mer typisk norsk kommune enn gjennomsnittskommunen beregnet ved bruk av det vanlige gjennomsnittsmålet (aritmetisk gjennomsnitt).

Analysene våre viser at det er hjemmetjenesten som har lavest (inkrementell) kostnad per bruker i gjennomsnittskommunen. Den er på drøyt 500 000 kroner. Riktignok er kostnadene i omsorgstilbudet til mottakere under 67 år lavere (ca 300 000 kroner), men det definerer vi naturlig nok ikke som eldreomsorgstjenester. Videre finner vi at tilsvarende kostnadene for langtidsopphold, korttidsopphold og heldøgnsbemannede omsorgsboliger er nokså like, ca 1,1 million kroner. I gjennomsnittskommunen er det 43 brukere i langtidsopphold, 9 i korttidsopphold, 12 i heldøgnsbemannede omsorgsboliger, 139 i hjemmetjenester og 97 personer under 67 år med omsorgsbehov. Hvis det er stordriftsfordeler i produksjonen av omsorgstjenester, er det derfor klart at kostnadene per bruker vil endres ved annet omfang på antall brukere.

For med stordriftsfordeler menes at kostnadene per produsert enhet faller med økt produksjonsvolum. I våre analyser er det kommunene i Norge som er observasjonsnivået og de beregnede stordriftsfordelene må derfor knyttes til forskjeller i kommunestørrelse. Dette er spesielt viktig i forhold til institusjonstjenestene da det er mer naturlig å snakke om stordriftsfordeler knyttet til for eksempel sykehjemsinstitusjonene enn kommunen som helhet. Men vi har ikke tilgang til informasjon om de enkelte institusjonene i kommunene, og det har derfor ikke vært mulig å ta utgangspunkt i de enkelte institusjonene ved beregning av



stordriftsfordeler. Vår tilnærming innebærer derfor at vi studerer variasjon i kostnader og størrelse mellom kommuner, og dersom vi finner ikke-utnyttede stordriftsfordeler for tjeneste X, så følger det av at hovedtyngden av de små kommunene har høyere kostnader per produsert X enn store kommuner. For institusjonstjenestene innebærer det en forutsetning om at de store kommunene faktisk utnytter stordriftsmulighetene. En stor kommune med behov for 1000 institusjonsplasser vil ikke ha utnyttet stordriftsfordelene dersom de bygger mange små institusjoner som tilsvarer størrelsen av en institusjon i en kommune med et behov for 10 plasser. I den grad det finnes kommuner som ikke utnytter eventuelle stordriftsfordeler i institusjonstilbudet, så vil det innebære at vi undervurderer stordriftsfordelene i våre beregninger.

Vi finner store ikke-utnyttede stordriftsfordeler for alle de fire eldreomsorgstjenestene, eller det som kalles produktspesifikke stordriftsfordeler. Med det menes at man kan senke kostnadene per enhet omsorgsplass ved å øke produksjonen av slike omsorgsplasser, for eksempel langtidsopphold. Her må man imidlertid huske på at det er kommunenivået som er observasjonsenhet og at de store ikke-utnyttede stordriftsfordelene skyldes observerte forskjeller mellom kommuner og ikke innen kommuner. Det betyr at vi må skille mellom muligheter for å utnytte stordriftsfordeler gitt den eksisterende kommunestrukturen og stordriftsfordeler ved en annen kommunestruktur. Det er den førstnevnte vi er interessert i her og det er også nokså åpenbart at mulighetene for å utnytte ikke-utnyttede stordriftsfordeler er mindre innen eksisterende kommunestruktur. Som vi skal se nedenfor, betyr ikke det at det ikke er mulig å utnytte eventuelle stordriftsfordeler innenfor nåværende kommunestruktur.

Kostnadsanalysene tyder på at det er samdriftsulemper fordi kostnadene er høyere i kommuner som satser på mange enn få tjenestekategorier, jf. også neste avsnitt for en nærmere diskusjon. Samdriftsulemper innebærer dermed at økt spesialisering av pleie- og omsorgstilbudet bidrar til lavere kostnader. Tabellen nedenfor illustrerer spesialiseringsargumentet ytterligere.

	<i>Alle heldøgnsplasser omgjøres til langtidsopphold</i>	<i>Alle langtidsopphold omgjøres til heldøgnsplasser</i>	<i>Gjennomsnittskommunen</i>
Beboere, langtidsopphold	55	0	43
Beboere, heldøgnsbemannede omsorgsboliger	0	55	12
Gjennomsnittskostnader, langtidsopphold 1000 kroner	934	0	1138
Gjennomsnittskostnad, heldøgn, 1000 kroner	0	420	1121
Brutto kostnader, mill. kroner	85	52	94
Brutto kostnader, korrigert, mill. kroner	85	72	94

Ved en overflytting av alle personer som mottar tjenester i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning til langtidsopphold i institusjon, og vise versa, illustrerer tabellen følgende poeng: sammenliknet med gjennomsnittet, faller de samlede kostnadene til pleie- og omsorgssektoren ved relativ spesialisering uavhengig av om den går den ene eller den andre veien.

Men den største gevinsten oppnås ved overflytting til heldøgnsbemannede omsorgsboliger fordi det ikke-utnyttede stordriftspotensialet er størst her siden gjennomsnittskommune har få slike tjenestemottakere (12), mens den har 43 langtidsplasser. Korrigerer vi for ulikheter i pleiebehov i de to tjenestekategoriene, finner vi at samlede kostnader i gjennomsnittskommunen faller fra 94 millioner til 72 millioner (-23 %) hvis de flytter alle langtidsplasser til heldøgnsbemannede omsorgsboliger, mens de faller fra 94 til 85 millioner (-10 %) dersom alle personer i heldøgnsbemannede omsorgsboliger flyttes til langtidsopphold.

## 9.4 Nærmere om samdrift

---

Undersøkelsen inneholder også en analyse av samdriftsfordeler. Med samdriftsfordeler mener vi om det er kostnadsfordeler ved å produsere flere tjenester i én og samme kommune, for eksempel det å ha fire tjenester (både hjemmetjenester, omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, korttidsavdeling og langtidsavdeling) fremfor to tjenester (hjemmetjeneste og langtidsplasser). Samdriftsfordeler vil i pleie- og omsorgssektoren oppnås ved felles administrasjon, fleksibel utnytting av personalet på tvers av tjenestene og ikke minst i form av en optimal allokering av brukere til det mest hensiktsmessige tjenestenivået (jf. Leon-prinsippet).

Resultatene fra kostnadsberegningene viser imidlertid at det ikke er samdriftsfordeler. Tvert imot finner vi at det ikke er, eller at samdriftseffektene er negative. Det betyr at kommuner som tilbyr færre tjenestenivåer, eller har lagt mindre vekt på å utvikle flere tjenestenivåer, har lavere kostnader, alt annet like. Vi har ikke testet om dette er et statis-

tisk sikkert resultat, men at det ikke er samdriftsfordeler i de beregningene vi har gjennomført, er nokså sikkert.

Det kan være flere forklaringer på at vi ikke finner samdriftsfordeler. Den første, og kanskje den mest nærliggende forklaringen, er at kommuner som har utviklet flere tjenestenivåer (dvs. tjenesteprodukter), opparbeider seg en større administrasjon enn kommuner med færre tjenester. Med andre ord vil en kommune med to tjenestenivåer, for eksempel langtidsplasser og hjemmetjenester, ha behov for mindre administrasjon og administrative systemer enn en kommune med fire tjenestenivåer. Samtidig vil dette sannsynligvis avhenge av omfanget på de enkelte tjenestene. I en kommune med noen få korttidsplasser, som er integrert i sykehjemmets øvrige langtidsplasser, vil dette ikke nødvendigvis kreve mye mer administrasjon. Tilsvarende vil det ikke nødvendigvis medføre mer administrative utgifter i en kommune med få omsorgsboliger som administreres av hjemmetjenesten. Derimot er det nærliggende å anta at dersom en kommune bygger ut større korttidsavdelinger og/eller mange omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, så vil kommunen, etter hvert som tjenestene når et visst omfang, også utvikle administrative overbygninger for disse tjenestene. Med andre ord er en forklaring på de negative samdriftseffektene at kommunen påfører seg selv økte administrative utgifter jo flere tjenestenivåer man fordeler brukerne på.

For det andre kan forklaringen være at jo flere tjenester med et visst omfang, desto mer omfattende vil pasientflyten samlet sett være i kommunen. I en kommune med tre tjenestenivå vil vi teoretisk sett ha tre typer overføringer mellom de tre tjenestene, mens det i en kommune med fire tjenestenivå vil være seks overføringer (dvs. frem- og tilbake-

flyttinger). Kostnader i forbindelse med slike overføringer vil for eksempel være registreringsprosedyrer, annet merarbeid ved ut- og innflyttinger, møtevirksomhet etc. Spesielt vil det kunne oppstå kostnader ved utbygging av korttidsplasser der det er forholdsvis mange ut- og innskrivninger. Selv om gjennomstrømningen til omsorgsboligene er mindre hyppige, vil det også være tilsvarende kostnader her, bl.a. i form av en mer omstendelig prosess ved skifte av eiere/leietakere.

En tredje forklaring er at kommuner med flere tjenestenivåer ikke i tilstrekkelig grad klarer å koordinere tjenestene slik at de er i stand til å utnytte kostnadsfordelene ved samdrift. I case-undersøkelsen fant vi bl.a. at det varierte mellom kommunene hvor fleksibelt man utnyttet bemanningen mellom hjemmetjenesten og de heldøgnsbemannede omsorgsboligene. Dersom det oppstår økt arbeidsbyrde for eksempel i omsorgsboligene, er det ikke nødvendigvis automatikk i at man utnytter kapasitet fra den ordinære hjemmetjenesten. Med andre ord kan noe av forklaringen på de negative samdriftseffekter være at disse tjenestene i praksis ofte opererer uavhengig av hverandre. Videre har vi også sett i de kvalitative analysene at måten å koordinere tjenestene generelt varierer. Mens noen kommuner legger mye vekt på å optimalisere samhandlingen mellom tjenestene, ikke minst i forhold til sykehusene, har andre større utfordringer med dette. Det gjelder spesielt i forbindelse med korttidsplassene som bidrar til å skape fleksibilitet mellom tjenestene, enten i form av avlastning, ordinær korttidsopphold eller rehabilitering. Mens de to førstnevnte funksjonene ofte fungerer som springbrett for brukerne inn til en langtidsplass, vil den sistnevnte funksjonen ha en mer indirekte avlastende effekt ved at brukerne generelt blir mer friske. Også her er det varierende praksis mellom kommuner. Noen kommuner har få eller ingen korttidsplasser og har derfor i realiteten

ikke kapasitet til å skape fleksibilitet mellom tjenestene på denne måten, mens andre kan vise til gode erfaringer gitt at man har god kapasitet på korttidsplasser.

Selv om resultatene her viser at vi har negative samdriftseffekter, er det ikke nødvendigvis slik at samdrift ikke er ønskelig samfunnsøkonomisk sett. For det første må man huske på at de negative samdriftseffektene dreier seg om kostnader, ikke kvalitet og eventuell økt betalingsvillighet som følge av denne. For det andre kan det være at det å satse på korttidsplasser kan gi kostnadsmessige negative utslag på kort sikt, men positive effekter på lengre sikt. Tanken bak utbyggingen av korttidsavdelinger er jo nettopp på sikt å bidra til at flere i en lengre periode kan benytte seg av hjemmetjenesten som alternativ til langtidsplass. For det tredje må samdriftseffektene vurderes på to ulike analytiske nivåer. På den ene siden har vi pekt på at de negative samdriftseffektene kan forklares ved at det oppstår større administrative utgifter og høyere kostnader når kommunen opererer med flere tjenestenivåer. På den andre siden har vi også pekt på at det kan variere hvor effektivt kommunen organiserer flere tjenestenivåer. Med andre ord er det rimelig å anta at en kommune påfører seg ekstra utgifter ved å ha flere tjenester, men samtidig ligger det også et potensial i å motvirke denne kostnadsøkningen gjennom mer effektiv organisering. En rimelig forklaring på de negative samdriftseffektene vil derfor være en kombinasjon av det å ha utviklet flere tjenester i et visst omfang og mangelfull koordinering av disse tjenestene. Det må her legges til at det vil være en større organisatorisk utfordring å koordinere fire omfattende tjenester enn for eksempel to eller tre.

## 9.5 Kommunenes egenfinansieringsgrad

---

Det er også en viktig forskjell mellom brutto- og nettokostnader i kostnadsanalysene. Bruttokostnader gjenspeiler den samfunnsøkonomiske kostnaden ved tjenestene, mens nettokostnader gjenspeiler den kostnaden kommunen står overfor. Den andelen av bruttokostnaden som kommunen må dekke, kan kalles kommunens egenfinansieringsgrad. Våre beregninger tyder på at langtidsopphold har lavest egenfinansieringsgrad, ca 80 %, mens korttidsopphold har høyest, ca 93 %. Hjemmetjenester og heldøgnsbemannede omsorgsboliger har en nokså lik egenfinansieringsgrad på rundt 85 %. Skal vi tro disse resultatene betyr det at langtidsplasser er relativt sett billigst sammenliknet med de øvrige, mens korttidsplasser er relativt dyrest. Dette forholdet griper direkte inn i politikken på området når sentrale myndigheter ønsker at 15 % av institusjonsplassene skal bestå av korttidstilbud. Siden det som regel er slik at en korttidsplass kan gjøres om til langtidsplass og motsatt, er kommunenes incentiver til å legge beslag på institusjonsplasser for å tilby korttidsopphold svekket når egenfinansieringsgraden er høyere for korttids- enn for langtidsplasser.

For kommunene er langtidsplasser relativt billigere enn heldøgnsbemannede omsorgsboliger siden den prosentvise differansen mellom brutto- og netto driftsutgifter er størst for langtidsplassene. For mange kommuner er disse to omsorgsformene alternative, og endringer i kostnadsforholdet dem i mellom er derfor viktig for kommunenes prioriteringer. Men målt i kroner er det imidlertid fortsatt slik at heldøgnsbemannede omsorgsboliger har lavest kostnader. Vi har i tabellen ovenfor sett at ved 55 beboere er brutto gjennomsnittskostnader for heldøgnsbemannede omsorgsboliger halvparten av hva de er for langtidsplasser.

At sistnevnte relativt sett kun er 5 prosentpoeng billigere for kommunene enn heldøgnsbemannede omsorgsboliger er nok derfor av betydning for kommuner som må økonomisere med begrensede ressurser. Det vil i praksis si at de velger heldøgnsbemannede omsorgsboliger som er det alternativet som er gunstigst målt i kroner.

Korttidsopphold har en høyere egenfinansieringsgrad enn øvrige tjenester – ca 93 %. Den store forskjellen mellom korttids- og langtidsopphold skyldes at kommunenes ikke kan ta vederlag for korttidsplasser. Personer på korttidsopphold er normalt på vei tilbake til sin egen bolig etter et opphold. Kommunen kan derfor ikke heve vederlag for opphold på samme måte som i forbindelse med langtidsopphold, men må begrense seg til statlig fastsatt døgnset (125 kroner i 2009). Det skjeve relative kostnadsforholdet dette innebærer for kommunen, bidrar til å svekke incentivene til å satse på korttidsopphold. Siden korttidsplasser også kan benyttes til langtidsopphold, er det fristende for kommunene å velge det siste siden det gir høyest inntekter.

## 9.6 Kvalitet

---

De kvantitative analysene viser at tjenesteprofilen i liten grad påvirker brukerne/pårørendes vurderinger av kvaliteten på tjenestetilbudet. Analysene viser likevel en tendens til at både innbyggerne generelt og brukere/pårørende er mer fornøyde med tjenestene i kommuner hvor de har prioritert omsorgsboliger og langtidsplasser, eller aller helst kombinasjonen av de to. I kommuner hvor de prioriterer korttidsplasser, er det derimot lavere brukertilfredshet blant brukere/pårørende. Når vi kontrollerer for kommunens dekningsgrad og økonomi, forsvinner



imidlertid denne effekten. Det kan bety at den relativt lave brukertilfredsheten i kommuner med mye korttidsplasser skyldes at disse kommunene også har en lavere dekningsgrad (dvs. at det er færre i kommunen som mottar tjenester).

Analysene viser med all tydelighet at andre faktorer har større betydning for brukertilfredsheten enn tjenesteprofilen. Spesielt gjelder det dekningsgraden. Jo flere av innbyggerne over 67 år som mottar tjenester, desto mer fornøyd er både innbyggerne og brukerne. Det er også slik at kommunens korrigerte frie inntekter i seg selv virker positivt på brukertilfredsheten. Også her finner vi altså at ulikheter mellom kommuner kan spores til ulikheter i inntekt.

Av faktorer som har negativ effekt på brukertilfredshet, er bl.a. antall liggedøgn på sykehuset og sykefravær i pleie- og omsorgssektoren. Det er rimelig å anta at begge disse faktorene sier noe om kvaliteten og kapasiteten i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. At de påvirker innbyggere og brukeres tilfredshet med pleie- og omsorgssektoren er derfor ikke overraskende.

Til tross at vi finner signifikant positive effekter på brukertilfredshet av tjenestekategorier og -profiler, skal vi likevel ikke overdrive betydningen av tjenesteprofilene. De signifikante resultatene betyr ikke nødvendigvis at det er substansielle forskjeller mellom kommuner som prioriterer tjenester høyt oppe i tjenestetrappa (langtidsopphold) og kommuner som prioriterer tjenester langt nede trappa (hjemmetjenester). Et gjennomgående inntrykk er nemlig at tjenesteprofilen betyr relativt lite for brukertilfredsheten. Andre faktorer som betyr mer enn tjenesteprofilen, er dekningsgrad, kommunens økonomi (korrigerte frie inntekter),

sykehusopphold blant de eldre innbyggerne og sykefraværet blant medarbeiderne i pleie og omsorgssektoren.

De kvalitative undersøkelsene underbygger langt på vei resultatene fra de kvantitative analysene. Til tross for at vi valgte ut case-kommuner med svært ulik tjenesteprofil, er det slående hvor like erfaringer man har med tjenestene.

## 9.7 Betydningen av kompetanse

---

Kompetanse, målt ved hhv. andel årsverk med fagutdanning i brukerrettede tjenester, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet og andelen fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer av alle årsverk, ser ut til å ha en gunstig effekt på kostnader, produksjon og kvalitet både når vi analyserer de kvantitative og kvalitative data. For kostnadsanalysene blir det tydelig fordi alle de tre påvirker kostnadene negativt – altså at kostnadene blir lavere, alt annet like, når andelen fagutdannede årsverk øker. Dette betyr at fagutdannede årsverk er mer produktive enn ikke faglærte. Den samme tendensen finner vi også i dekningsgradanalysene, men ikke like statistisk utsagnskraftige som i kostnadsanalysene.

Årsaken til at vi finner produktivitetsfremmende effekter av høyere andel fagutdannede kan for det første skyldes at fagutdannede på et tidligere stadium ser sykdomstegn slik at beboere tidligere kommer under riktig behandling og dermed totalt sett bidrar til en lavere belastning på sektoren. Dette gjelder i hvert fall dersom det er snakk om medisinsk fagutdannede som for eksempel sykepleiere. For det andre har fagutdannede bedre kompetanse til å stille krav til brukerne, lære dem opp

og forvente at de skal klare seg på egen hånd, noe som både øker produktiviteten i sektoren og sannsynligvis også brukernes opplevelse av kvalitet. I den forbindelse er det viktig å huske på at slikt arbeid krever en viss investering i den enkelte bruker. De krever oppfølging i en startperiode, men dette minsker igjen pleiebehovet på litt lenger sikt. Det er derfor viktig at pleie- og omsorgspersonell i en overgangsperiode gis anledning til å arbeide på en slik måte at de har tid til tett oppfølging.

## 9.8 Kompenserende strategier

---

Den kvalitative undersøkelsen viser at tjenesteprofilen har lite å si for kapasiteten og kvaliteten på tjenestene i de seks case-kommunene. Uavhengig av hvilken tjenesteprofil kommunene har, så oppleves det å være behov for mer langtidsplasser. Slik sett kan vi si at tjenesteprofilen har en viss betydning i den forstand at få sykehjemsplasser skaper økt press på de tjenestene som ligger lengre nede i tjenestetrappa. Samtidig kan vi si at de ulike tjenestenivåene har kompenserende strategier som gjør at man likevel er i stand til å gi et forsvarlig tjenestetilbud. Selv om Re og Sogndal har lite eller ingen langtidsplasser, er ikke kapasiteten og kvaliteten på tjenestene vesentlig annerledes enn i de øvrige fire kommunene. Samtidig er ikke Re og Sogndal nødvendigvis modeller for andre kommuner. Dette fordi begge kommunene har forutsetninger som gjør det mulig å strekke hjemmetjenestene langt, dvs. at de har få eldre og relativt få enslige. Motsetningen er Åsnes der de har en større andel eldre og mer spredt bosetting, noe som gjør det vanskeligere å ha en like omfattende hjemmetjeneste som i Sogndal og Re. Her skal vi likevel ikke se bort fra at de ugunstige vilkårene man har i Åsnes, kan

motvirkes gjennom en utbygging av ubemannede omsorgsboliger slik det for eksempel er gjort i Modum.

Den tjenesten det oppleves å være mest knapphet på, er institusjonsplassene. Konsekvensen av knappheten, spesielt på langtidsplasser, er at andre tjenester må kompensere ved å gi mer omfattende tjenester. Dette ser vi bl.a. i hjemmetjenesten der de kan strekke seg langt for å dekke tjenestebehovet til tungt pleietrengende personer. Det går likevel en grense. Selv om de fleste vil bo hjemme så lenge som mulig, kommer det til et punkt der disse preferansene endres. Det kan gjelde fysisk funksjonssvikt, men her kan hjemmetjenesten stille opp med kompensierende tiltak. Det er imidlertid en grense for hvor langt hjemmetjenesten kan strekke seg når det gjelder demens, spesielt blant enslige. Det er også begrenset hva hjemmetjenesten kan bidra med når de hjemmeboende opplever frykt og ensomhet.

Mangel på langtidsplasser kompenseres også i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene. Det viser seg ved at mer pleietrengende eldre sluses inn i omsorgsboligene, som i utgangspunktet er bemannet for selvhjulpne personer. Konsekvensen av dette er at det oppstår gap mellom ressursinnsatsen og pleiebehovet. Det kan også se ut som at omsorgsboligene har et mindre handlingsrom for kompensierende strategier enn det hjemmetjenesten har. Et alternativ er imidlertid ”å springe fortere”. Et annet alternativ er å kompensere med å gi beboerne mindre tjenester enn behovet tilsier, noe som dermed går ut over kvaliteten. Inntrykket er at det ikke er noen av kommunene som er bedre eller dårligere når det kommer til det å ivareta de heldøgnsbemannede omsorgsboligene. I det minste er forskjellene små. Vi har imidlertid sett at Re har en høye-

re bemanning, noe som er en konsekvens av at de ikke har langtidsplasser i denne kommunen.

En generell konklusjon er derfor at det ikke nødvendigvis er profilen i seg selv som er avgjørende for kapasiteten og kvaliteten på tjenestene. Det avgjørende er hvordan man innretter og dimensjonerer de enkelte tjenestene i profilen. En kommune med mye hjemmetjenester vil således ha flere tunge brukere hjemme og en ressursbruk som tilsvarer pleiebehovet. En annen konklusjon er at det ikke er én profil som er best for alle kommuner. Kommunene har nemlig ulike forutsetninger. Mens de med en befolkning med store pleiebehov har behov for en ”tung” profil, kan andre kommuner med mindre pleiebehov klare seg med en ”lettere” profil.

Fra brukersiden er det imidlertid mye som tyder på at det er sterke preferanser for institusjonsplasser, spesielt langtidsplasser. Ikke minst ser vi at brukerorganisasjoner bruker medier til å fremme krav om økt utbygging av sykehjemsplasser, mens mediene på sin side bruker anledningen til å lage ”sjokkoppslag”. Det kan godt tenkes at dette i seg selv har en selvstendig effekt på befolkningens preferanser for institusjonsplasser, men det er også et annet aspekt, nemlig politisk troverdighet, som kan ha betydning. For en potensiell bruker av framtidige omsorgstjenester framstår muligens utbygging av institusjonsplasser mer troverdig enn (løse) løfter om kompenserende tiltak ved økte bistandsbehov i hjemmetjenestebasert omsorg.

## 9.9 Kostnader og kvalitet

---

Analysene av brukerundersøkelsene viser at tjenesteprofilen betyr lite, selv om koeffisientene i enkelte analyser er solide i statistisk forstand. Det er heller andre forhold som betyr noe, for eksempel kommunenes korrigerte frie inntekter. Den kvalitative undersøkelsen viser også at tjenesteprofilen har liten betydning for hvordan man opplever kapasiteten og kvaliteten ved tjenestene. Selv om både kvalitet og kapasitet oppleves å være skåret til beinet i de heldøgnsbemannede omsorgsboligene, synes det ikke å være store forskjeller mellom de seks case-kommunene.

Men betyr tjenesteprofilen noe for kostnadene? Analysene våre viser at det er billigst å drive hjemmetjenesten. Vi har også vist at enkelte kommuner kan strekke hjemmetjenestene langt, men samtidig er det grenser for hvor langt man kan strekke den. Det er også relativt billigere å drive omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. På bakgrunn av erfaringer i de seks case-kommunene mener vi dette, i hvert fall delvis, kan forklares med at det settes inn mindre ressurser der. Når vi samtidig finner eksempler på at beboerne ikke skiller seg fra beboere på institusjon, kan de lave kostnadene i praksis bety at man tilbyr dårligere kvalitet på omsorgstjenestene. Korttidsplassene er på sin side dyre, og samtidig er betydningen av dem noe uklar. Den kvalitative analysen viser at den fungerer som smøremiddel i systemet og kostnadene kan derfor sies å gi verdier ut over korttidsavdelingen i seg selv ved at den bl.a. avlaster den hjemmebaserte omsorgen. Organisert på den rette måten finnes det derfor en viss empirisk støtte for at satsing på økt kapasitet av korttidsplasser kan gi gunstige kostnadmessige virkninger. Man kan på den måten redusere det samlede omfanget av institusjons-

plasser og erstatte disse med mer hjemmebasert omsorg. Korttidsplassene avlaster hjemmetjenestene, men altså ikke på permanent basis slik en langtids plass gjør.

## 9.10 Problemer med kvantitative data

---

Datagrunnlagene som er benyttet i de kvantitative analysene er i hovedsak hentet fra Kostra, som bl.a. henter sin informasjon fra IPLOS. IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt helseregister utarbeidet av Helse- direktoratet, og skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Datakildene er i utgangspunktet svært lovende som grunnlag for den type analyser vi gjennomfører i denne studien, og de kan med relativt enkle grep gjøre bedre.

Generelt kan det sies om informasjonsgrunnlaget hentet fra IPLOS at det bærer preg av at det er relativt nytt og at det foreløpig er gjennomført få analyser av dem. Det er dessuten gjennomført en del sensurering i enkeltkommuner som gjør at det er unødvendig store hull i deler av materialet. Vi har reddet en del observasjoner ved bruk av enkle metoder for å tette hull, men i mange tilfeller har vi latt være å bruke deler av informasjonen av hensyn til for store tap av frihetsgrader i de statistiske analysene.

Når det gjelder mottakere av tjenester i omsorgsboliger uten heldøgnsbemannning, måtte vi gi opp å identifisere disse som egen tjenestekategori fordi datagrunnlaget ikke er tilstrekkelig slik det i dag ser ut jf. bl.a. Helse- direktoratet (2010). Når det gjelder korttidsopphold står det i IPLOS-dokumentasjonen at korttidsopphold omfatter ”heldøgnsbeboere innskrevet på korttidsopphold pr 31.12.” Dette er sannsynligvis

en viktig kilde til feil i data fordi noen kommuner rapporterer antallet beboere innskrevet på akkurat den datoen, mens andre kan ha summert antallet beboere over hele året. Meningen er at det er den første tolkningen som skal gjelde. Det ser ut som at antallet korttidsopphold blir overvurdert, noe som igjen bidrar til at sentrale kostnadsstørrelser undervurderes. Vi vil her foreslå at man går over til en registreringsordning som regner om samlede antall opphold i helårsekvivalenter. Det gjør informasjonen enklere å håndtere – i hvert fall for brukere av data, men sannsynligvis også for de som skal registrere dem.

Men Kostra er helle ikke problemfri. Spesielt har vi problemer når vi skal fange opp forskjellen i brutto- og nettokostnader. Spesielt problematisk er dette i hvert fall ved sammenlikning av langtidsopphold og hjemmetjenester. For institusjonsplassene er utgifter og inntekter knyttet til institusjons-/bolokaler ivaretatt av kostrafunksjon 261. Og denne inngår i definisjonen av inntekter og utgifter til pleie- og omsorgssektoren i tillegg til funksjonene 234, 253 og 254. Tilsvarende funksjon for omsorgsboliger er imidlertid ikke med i denne definisjonen. Det kan her være nærliggende å vurdere funksjon 265, kommunalt disponerte boliger, som en mulig løsning på dette problemet, men i Kostraveilederen står det at:

*Boformer med heldøgns pleie og omsorg for eldre og funksjonshemmede (jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 6 og sosialtjenesteloven § 4-2 d, jf. også § 7-2 i forskrift til lov om sosiale tjenester) regnes som institusjoner, og driftsutgiftene for disse skal føres under funksjon 261 Institusjonslokaler.*

Det står imidlertid ikke eksplisitt at husleieinntekter skal føres under funksjon 261. Og nettopp det kan være et problem fordi vi etter egne



undersøkelser har funnet at noen kommuner fører husleieinntekter for heldøgnsbemannede omsorgsboliger under funksjon 265. Nettokostnadene for disse vil derfor overvurderes når ikke alle leieinntekter fanges opp. Det er dessuten slik at for eksempel rentekompensasjonsordningen for sykehjem og omsorgsboliger utbetales over funksjon 840 og derfor ikke havner der de hører hjemme, nemlig i pleie- og omsorgssektoren. For å kunne gi et best mulig bilde av brutto- og nettokostnader i pleie- og omsorgssektoren er det derfor ønskelig, i hvert fall fra et forskersynspunkt, at det rettes opp i disse forhold.

## 9.11 Konklusjoner

---

- Det er store variasjoner i hvordan kommunene setter sammen tjenestetilbudet, men de aller fleste kommunene har en profil som kjennetegnes av å ha satset mye på hjemmetjenester.
- Analyser av sammenhengen mellom tjenesteprofilen og dekningsgrad viser at kommuner som har mye hjemmetjenester også har et stort tjenesteomfang.
- Jo flere mottakere av omsorgstjenester under 67 år, desto lavere dekningsgrad har kommunen for personer over 67 år. Dette kan tyde på at satsingen på yngre brukere fortrenger eldre brukere.
- Kommunens frie inntekter har en klar og sterk positiv effekt på tjenesteomfanget og er den enkeltfaktoren som har størst betydning for forskjellene i dekningsgrad mellom kommuner.

- Jo mer kommunen selv må bekoste av pleie- og omsorgstjenestene, desto lavere dekningsgrad.
- Vi finner store ikke-utnyttede stordriftsfordeler for alle de fire eldreomsorgstjenestene. Med det menes at man kan senke kostnadene per enhet omsorgsplass ved å øke omfanget av hver enkelt mens en holder hver av de resterende tre konstant.
- Samdriftsulemper og produktspesifikke stordriftsfordeler innebærer at økt spesialisering av pleie- og omsorgstilbudet er kostnadmessig gunstig.
- Flytter alle personer i gjennomsnittskommunen som mottar tjenester i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning til langtidsopphold i institusjon, og vise versa, finner vi at kostnadsfordelen er klart størst ved overflytting fra langtidsopphold til heldøgnsbemannede omsorgsboliger.
- Korttidsopphold i institusjon kan, dersom det organiseres på en god måte, bidra til å avlaste og ”smøre” pleie- og omsorgssektoren. God kapasitet på korttidsopphold vil kunne gi gunstige kostnadmessige effekter ved at kommunene dermed redusere omfanget av institusjonsplasser og erstatte det med flere hjemmebaserte tjenester. Høy kommunal egenfinansieringsgrad og dyre plasser svekker imidlertid kommunenes incentiver til å bygge ut kapasiteten.
- De kvantitative analysene av brukertilfredshet viser at tjenesteprofilen betyr forholdsvis lite for brukertilfredsheten, mens dekningsgrad og korrigerede frie inntekter har stor betydning.

- Antall liggedøgn på sykehuset og sykefravær i pleie- og omsorgssektoren har negativ effekt på brukertilfredsheten. Det er rimelig å anta at begge disse faktorene sier noe om kvaliteten og kapasiteten i den kommunale pleie- og omsorgssektoren.
- Kompetanse målt ved hhv. andel årsverk med fagutdanning i brukerrettede tjenester, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet og andelen fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer av alle årsverk, ser ut til å ha en positiv effekt på kostnader, produksjon og kvalitet.
- Analysen av brukerundersøkelsene viser at det er små forskjeller i brukertilfredshet mellom kommuner med ulik profil. Tendensen går imidlertid i retning av at jo mer vektlegging av tjenester høyere oppe i tjenestetrappa, desto mer fornøyd er innbyggerne og brukerne.
- Til tross for at case-kommunene har ulik tjenesteprofil, synes forskjellene i kapasitet og kvalitet mellom tjenestenivåene innenfor hver kommune å være større enn forskjellene mellom kommunene.
- Det er spesielt innen de heldøgnsbemannede omsorgsboligene at man opplever størst kapasitetsproblemer og størst gap mellom pleieinnsats og pleiebehov.
- Forklaringen på at forskjellene mellom kommunene ikke er større, skyldes at tjenestenivåer nede i tjenestetrappa kompensere for knapphet på plasser høyere opp.
- Demografiske forhold kan også forklare forskjeller i tjenesteprofil. Det betyr at kommuner med liten andel eldre, enslige eldre og sentralisert bosetting har bedre muligheter for å satse

på hjemmetjenester enn kommuner med en eldre befolkning, flere enslige og mer spredt bosetting.

- På enkelte punkter er det behov for å forbedre datagrunnlaget som er benyttet i de kvantitative analysene.

# Referanser

Baumol, William J., John C. Panzar og Robert D. Willig (1988): *Contestable Markets And the Theory of Industry Structure*. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Blackley, Paul, James R. Follain Jr., and Jan Ondrich (1984): Box-Cox Estimation of Hedonic Models: How Serious is the Iterative OLS Variance Bias? *Review of Economics and Statistics*, 66 (May), s. 348-353.

Borge, Lars-Erik og Marianne Haraldsvik (2005): Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. SØF rapport nr 01/05.

Borge, Lars-Erik og Marianne Haraldsvik (2006): Effektivitetsforskjeller og effektiviseringspotensial i pleie- og omsorgssektoren. SØF rapport nr 03/06.

Caves, Douglas W., Laurits R. Christensen and Michael W. Tretheway (1980): Flexible Cost Functions for Multiproduct Firms. *The Review of Economics and Statistics*, 62(3), s. 477-481.

Direktoratet for forvaltning og IKT (2010): Innbyggerundersøkelsen. Inntrykk av å bo i kommunen og i Norge. DIFI rapport 2010:01

Gabrielsen, Bjørn, Berit Otnes, Brith Sundby og Pål Strand (2010): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Rapport nr 50/2010, Oslo, SSB.

Sosialdepartementet (1992): Forskrift til Lov om sosiale tjenester m.v. Oslo: Sosialdepartementet.

Helsedirektoratet (2010): Pleie- og omsorgsstatistikken for 2009. Korrigering av feil i boligstatistikken som har oppstått ved overgang fra IPLOS versjon 2 til versjon 3. Bruk av forhåndsutfylling av fagsystemene. Rundskriv til kommuner og fylkesmenn Oslo: Helsedirektoratet.

Husbanken (2003): Forskrift om lån til omsorgsboliger, sykehjemsplasser og lokaler for omsorgstiltak fra Den Norske Stats Husbank. Oslo: Husbanken.

Husbanken (2004): Handlingsplan for eldreomsorgen. Husbankens oppsummering. Oslo: Husbanken.

Husbanken (2010): Omsorgsplan 2015 – retningslinjer for investerings-tilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Oslo: Husbanken.

Husbanken (2010): Veileder til retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Oslo: Husbanken.

Johnes, Geraint, Jill Johnes, Emmanuel Thanassoulis, Pam Lenton and Ali Emrouznejad (2005): An Exploratory Analysis of the Cost Structure of Higher Education in England. Research report RR641, Department for Education and Skills, Lancaster University Management School.

Kommunehelsetjenesteloven (1982): Lov om helsetjenesten i kommunene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

KS/RO (2007): Kostnadsbilder i pleie og omsorgssektoren. FoU-rapport, Oslo/Stjørdal: KS/RO.

KS (2008): Kvalitetskartlegging av kommunale tjenester. Faglig veileder for pleie og omsorgstjenestene. Utarbeidet av KS i samarbeid med professor Tor Busch.

Langer, Ellen J. (2009). *Counter clockwise: Mindful health and the power of possibility*. New York: Ballantine Books.

Møller, Geir og Solveig Flermoen (2010): Samhandling mellom kommuner og helseforetak. Erfaringer fra Midt-Telemark. Rapport nr. 266, Telemarksforskning.

NOU (1997:17). Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester (Jensen-utvalget). Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Sosial- og helsedepartementet (1991): Informasjon om fastsettelse av vederlag for korttidsopphold i institusjon mv og utgiftstak for år 2001 for sosiale tjenester. Oslo : Sosial- og helsedepartementet, 1991. (Rundskriv I-4/2001.)

Sosial- og helsedepartementet (1995): Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Sosial- og helsedepartementet (1999): Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Sosial- og helsedepartementet, veiledninger og brosjyrer.

Sosial- og helsedirektoratet (2006): Saksbehandling og dokumentasjon for helse- og omsorgstjenester. Oslo:SHD. (Veileder IS-1040.)

Sosialtjenesteloven (1991): Lov om sosiale tjenester m.v. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.melding nr. 31(2001–2002): Avslutning av Handlingsplan for eldreomsorgen. Sosialdepartementet.

St. melding nr. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening. Helse- og omsorgsdepartementet.

St. melding nr. 35 (1994-95): Velferdsmeldingen. Sosial- og helsedepartementet.

St.melding nr. 50 (1996–1997): Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet-respekt-kvalitet. Sosial- og helsedepartementet.



# Vedlegg I: Kostnadsfunksjonen

I kapittel 6 benytter vi et metodisk opplegg som tar utgangspunkt i kostnadsfunksjoner med flere produktvarianter. Disse estimeres på data hentet fra Kostra. En multiprodukt kostnadsfunksjon kan se ut som følger:

$$\ln C = \alpha_0 + \sum_i \beta_i X_i^{(\lambda)} + \sum_{i=1}^5 \sum_{j=i}^5 \beta_{ij} (X_i^{(\lambda)} - \bar{X}_i^{(\lambda)}) (X_j^{(\lambda)} - \bar{X}_j^{(\lambda)}) + \Phi \ln \mathbf{I} + \gamma \mathbf{q} + \eta \mathbf{B} + \tau \mathbf{T} + u \quad (\text{V-1})$$

der  $X_i^{(\lambda)} = \frac{(X_i + 1)^\lambda - 1}{\lambda}$  er den Box-Cox transformerte  $X_i$ , jf. nedenfor.

$\ln C$  er samlede kostnader til pleie og omsorg i en kommune,  $X_i$  er omsorgsalternativ  $i$ .  $X$  kan, som omtalt i kapittel 5, anta fem ulike former hhv. sykehjem (langtid), sykehjem (korttid), omsorgsboliger med hel-døgnsbemanning, hjemmetjenester og omsorgstjenester for personer under 67 år. Den siste har vi altså med for det ikke lar seg gjøre å skille ut driftsutgifter for den delen av pleie og omsorgssektoren som er rettet mot personer 67 år og eldre.  $\mathbf{I}$  er en vektor av faktorpriser, hhv. arbeidskraft, kapital og andre innsatsvarer.  $\mathbf{q}$  er en vektor av kvaliteten på tilbudet, som for eksempel andel årsverk med fagutdanning, antall omsorgsboliger per innbygger 67 år og eldre, andel brukertilpassede enerom med bad/wc av alle rom i institusjon, o.l. Det er viktig å få best mulig oversikt over ulike kvalitetskomponenter i omsorgstilbudet fordi de åpenbart kan påvirke kostnadene. Vi har også med en vektor  $\mathbf{B}$  som skal fange opp ulikheter i behovet for pleie- og omsorgstjenester mel-

lom kommuner. Her har vi typisk med variable som andel av befolkningen som er 67 år og eldre, andel enslige 80-åringer av befolkningen, og lignende.  $T$  er en vektor av andre kjennetegn ved kommunen som kan tenkes å ha betydning for kostnadene til pleie- og omsorg, for eksempel frie inntekter, region og dessuten et deterministisk trendledd. Videre har vi  $\beta$ ,  $\Phi$ ,  $\eta$ ,  $\gamma$  og  $\tau$  som er vektorer av parametere som skal estimeres. Til slutt har vi  $u$  som er et statistisk feilledd vi antar identisk, uavhengig normalfordelt.

Spesifikasjonen (V-1) er en hybrid translog kostnadsfunksjon med fem produktvarianter. Den er ikke spesifisert med full fleksibilitet, slik translogfunksjonen gir mulighet for. Av hensyn til enkelhet, uten at det i for stor grad går på bekostning av fleksibilitet i beregningene, har vi valgt å anta homotesitet (konstante faktorandeler).

At det her er snakk om en *hybrid* translogfunksjon følger av at de fem produksjonsvariablene ikke er logaritmisk transformert. Siden logaritmen til 0 ikke er definert, og vi har 0-observasjoner både for både  $X_1$ ,  $X_2$  og  $X_3$ , så må vi benytte en mer generell transformasjonsmetode som også er definert når  $X=0$ . Box-Cox transformasjon er en vanlig benyttet metode i slike tilfeller, jf. Caves m.fl. (1980), som på norsk kan omtales som krafttransformasjoner (etter det engelske uttrykket "power transformations"). At vi benytter Box-Cox transformasjon innebærer at vi må anslå en verdi for den ukjente  $\lambda$ 'en i uttrykket ovenfor. Her finnes ulike metoder og et første valg man må foreta er om en skal benytte individuelle  $\lambda$ 'er for hver  $X_i$  eller om vi skal benytte en felles for alle  $X$ -ene. Det siste forenkler beregningen i betydelig grad og man taper i følge Caves m.fl. (1980) lite på en slik forenkling. Vi har derfor valgt å

benytte den samme  $\lambda$ 'en for alle X-ene, og benytter iterasjoner over (V-1) for å finne den  $\lambda$ 'en som gir lavest samlet støy.

### Utleddning av marginalkostnader

I kapittel 6 beregner vi globale og produktspesifikke stordriftsfordeler der vi har behov for marginalkostnadene (grensekostnadene), jf. Boks 1. I tillegg presenterer vi i samme kapittel marginalkostnadene i en egen tabell. Marginalkostnadene er utledet med utgangspunkt i (V-1). For å finne marginalkostnaden  $\frac{\partial C}{\partial X_i}$  går vi via kostnadselastisiteten  $\frac{\partial \ln C}{\partial \ln X_i}$ . Først finner vi imidlertid den deriverte av Box-Cox funksjonen mhp  $X$  som

$$\frac{\partial \bar{X}_i^{(\lambda)}}{\partial X_i} = (X_i + 1)^{\lambda-1} \quad (V - 2)$$

og vi forutsetter

$$\frac{\partial \bar{X}_i^{(\lambda)}}{\partial X_i} = \frac{\partial \ln I}{\partial X_i} = \frac{\partial q}{\partial X_i} = \frac{\partial B}{\partial X_i} = \frac{\partial T}{\partial X_i} = 0$$

Den deriverte av (V-1) finner vi da som

$$\frac{\partial \ln C}{\partial X_i} = \frac{\partial X_i^{(\lambda)}}{\partial X_i} \left[ \beta_i + 2\beta_{ii} (X_i^{(\lambda)} - \bar{X}_i^{(\lambda)}) + \sum_{j \neq i}^5 \beta_{ij} (X_j^{(\lambda)} - \bar{X}_j^{(\lambda)}) \right] \quad (V-3)$$

Videre finner vi at

$$\frac{\partial X_i}{\partial \ln X_i} = \frac{\partial e^{\ln X_i}}{\partial \ln X_i} = e^{\ln X_i} = X_i \quad (V-4)$$

Fra (V-2), (V-3) og (V-4) har vi

$$\begin{aligned} \frac{\partial \ln C}{\partial \ln X_i} &= \frac{\partial \ln C}{\partial X_i} \frac{\partial X_i}{\partial \ln X_i} \\ &= (X_i + 1)^{\lambda-1} \left[ \beta_i + 2\beta_{ii} (X_i^{(\lambda)} - \bar{X}_i^{(\lambda)}) + \sum_{j \neq i}^5 \beta_{ij} (X_j^{(\lambda)} - \bar{X}_j^{(\lambda)}) \right] X_i \quad (V-5) \end{aligned}$$

Vi kan da finne grensekostnaden for produkt  $i$  ved:

$$\frac{\partial \ln C}{\partial \ln X_i} = \frac{\partial C}{\partial X_i} \frac{X_i}{C} \rightarrow \frac{\partial C}{\partial X_i} = \frac{\partial \ln C}{\partial \ln X_i} \frac{C}{X_i} \quad (V-6)$$

# Vedlegg II: Tabeller kapittel 4

Tabell V-II-1. Kvalitets- og behovsvariable. Beskrivende statistikk. N = 1028.

<b>Variabel</b>	<b>Variabel- navn</b>	<b>Snitt</b>	<b>Stdav</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>
Antall omsorgsboliger per innbygger 67 år og eldre (%)	Q <sub>0</sub>	4,1	2,9	0,0	17,4
Andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole av alle årsverk i brukerrettede tjenester (%)	Q <sub>1</sub>	45,2	6,8	26,4	65,1
Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet av alle årsverk i brukerrettede tjenester (%)	Q <sub>2</sub>	27,8	6,2	12,3	47,3
Andel årsverk fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer av årsverk i brukerrettede tjenester (%)	Q <sub>3</sub>	4,9	2,2	0,0	14,2
Andel sykefraværsårsverk av alle årsverk (%)	Q <sub>4</sub>	11,1	2,3	2,8	22,4
Andel brukertilpassede eneboliger med bad/wc (%)	Q <sub>5</sub>	71,7	33,9	0,0	100,0
Andel som mottar andre omsorgstjenester av personer 67 år og eldre (%)	Q <sub>6</sub>	23,1	7,0	1,9	62,0
Andel 67 år og mer av befolkningen (%)	B <sub>0</sub>	15,3	3,2	7,1	25,5
Andel enslige 80 år og eldre av befolkningen over 67 år (%)	B <sub>1</sub>	24,7	3,6	13,1	38,8
Andel kvinner 67 år og eldre (%)	B <sub>2</sub>	56,6	2,3	47,8	62,9
Andel hjemmeboere som har høy timesats av alle som mottar hjemmetjenester (%)	B <sub>3</sub>	5,9	3,7	1,3	66,1
Andel tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov av alle tjenestemottakere	B <sub>4</sub>	23,2	6,6	7,8	87,5

<b>Variabel</b>	<b>Variabel- navn</b>	<b>Snitt</b>	<b>Stdav</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>
(%)					
Gjennomsnittlig reisetid til kommunesenter (minutter)	B <sub>5</sub>	9.111	6,833	0.736	74,649
Andel av befolkningen som bor i tettsteder (%)	B <sub>6</sub>	50,9	27,5	0,0	99,6

Tabell V-II-2. Beskrivende statistikk. Andre variable. N = 1128.

<b>Variabel</b>	<b>Variabel- navn</b>	<b>Snitt</b>	<b>Stdav</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>
Korrigerte frie inntekter per innb. (1000 kr)	FI	37,0	8,6	29,4	117,7
Andel rom i ikke-kommunale institusjoner (%)	Priv	2,3	9,0	0,0	89,7
Brukerbetaling per bruker, praktisk bistand (kr)	G <sub>1</sub>	2966	2181	0	23563
Vederlag per bruker, institusjon (kr)	G <sub>2</sub>	106847	28181	0	452125

# Vedlegg III: Tabeller kapittel 6

Tabell V-III-1. Resultater for produktvariable fra estimering av en hybrid translog flerprodukt kostnadsfunksjon for pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner. T-verdier i parentes. N=1028.<sup>a</sup>

<i>Variabelbenevnelse</i>	<i>Variabel</i>	<i>Parameter</i>	<i>Estimat (brutto)</i>	<i>Estimat (netto)</i>
Konstantledd		$\alpha_0$	6,0315 <sup>***</sup> (18,11)	5,5024 <sup>***</sup> (15,78)
Antall beboere i institusjon, 67+ (langtidsavdeling)	$X_1$	$\beta_1$	0,1399 <sup>***</sup> (16,44)	0,1332 <sup>***</sup> (14,95)
Antall beboere i institusjon, 67+ (korttidsavdeling)	$X_2$	$\beta_2$	0,0369 <sup>***</sup> (6,29)	0,0413 <sup>***</sup> (6,71)
Antall beboere i bolig m/heldøgnsbemanning, 67+	$X_3$	$\beta_3$	0,0501 <sup>***</sup> (18,28)	0,0524 <sup>***</sup> (18,26)
Antall mottakere av hjemmetjenester, 67+ (korrigert for antall $X_3$ )	$X_4$	$\beta_4$	0,2258 <sup>***</sup> (23,88)	0,2349 <sup>***</sup> (23,73)
Antall mottakere av hjemme- og institusjonstjenester u 67 år	$X_5$	$\beta_5$	0,0574 <sup>***</sup> (7,49)	0,0588 <sup>***</sup> (7,33)
Kvadrert $X_1$	$(X_1 - \bar{X}_1)^2$	$\beta_{11}$	0,0277 <sup>***</sup> (10,87)	0,0267 <sup>***</sup> (10,02)
Samspill, 1-2	$(X_1 - \bar{X}_1)(X_2 - \bar{X}_2)$	$\beta_{12}$	0,00502 (0,67)	0,00597 (0,76)
Samspill, 1-3	$(X_1 - \bar{X}_1)(X_3 - \bar{X}_3)$	$\beta_{13}$	-0,00151 (-0,45)	-0,00273 (-0,77)
Samspill, 1-4	$(X_1 - \bar{X}_1)(X_4 - \bar{X}_4)$	$\beta_{14}$	-0,0608 <sup>***</sup> (-7,92)	-0,0608 <sup>***</sup> (-7,57)
Samspill, 1-5	$(X_1 - \bar{X}_1)(X_5 - \bar{X}_5)$	$\beta_{15}$	0,00463 (0,73)	0,00585 (0,88)

<i>Variabelbenevnelse</i>	<i>Variabel</i>	<i>Parameter</i>	<i>Estimat (brutto)</i>	<i>Estimat (netto)</i>
Kvadrert, $X_2$	$(X_2 - \overline{X_2})^2$	$\beta_{22}$	-0,00120 (-0,28)	-0,00340 (-0,76)
Samspill, 2-3	$(X_2 - \overline{X_2})(X_3 - \overline{X_3})$	$\beta_{23}$	0,00066 (0,22)	0,00012 (0,04)
Samspill, 2-4	$(X_2 - \overline{X_2})(X_4 - \overline{X_4})$	$\beta_{24}$	-0,01156 (-1,39)	-0,01397 (-1,60)
Samspill, 2-5	$(X_2 - \overline{X_2})(X_5 - \overline{X_5})$	$\beta_{25}$	0,00409 (0,60)	0,00663 (0,93)
Kvadrert $X_3$	$(X_3 - \overline{X_3})^2$	$\beta_{33}$	0,0088*** (6,91)	0,0088*** (6,59)
Samspill, 3-4	$(X_3 - \overline{X_3})(X_4 - \overline{X_4})$	$\beta_{34}$	-0,0178*** (-4,21)	-0,0142*** (-3,20)
Samspill, 3-5	$(X_3 - \overline{X_3})(X_5 - \overline{X_5})$	$\beta_{35}$	0,00204 (0,70)	-0,00044 (-0,14)
Kvadrert $X_4$	$(X_4 - \overline{X_4})^2$	$\beta_{44}$	0,0385*** (5,80)	0,0413*** (5,95)
Samspill, 4-5	$(X_4 - \overline{X_4})(X_5 - \overline{X_5})$	$\beta_{45}$	-0,01306 (-1,47)	-0,01668* (-1,79)
Kvadrert $X_5$	$(X_5 - \overline{X_5})^2$	$\beta_{55}$	0,00138 (0,30)	0,00151 (0,32)

a) Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.



Tabell V-III-2. Resultater for faktorpriser, behovs- og kvalitetsvariable fra estimering av en hybrid translog flerprodukt kostnadsfunksjon for pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner. T-verdier i parentes. N=1028.<sup>a</sup>

<i>Variabelbenevnelse</i>	<i>Variabel</i>	<i>Parameter</i>	<i>Estimat (brutto)</i>	<i>Estimat (netto)</i>
Lønn per årsverk i pleie og omsorg (logaritmer)	ln(w)	$\Phi_1$	0,2715 <sup>***</sup> (5,64)	0,2701 <sup>***</sup> (5,36)
Kapitalpris målt som avskrivninger i pleie og omsorg per årsverk (logaritmer)	ln(k)	$\Phi_{2\tau}$	-0,0084 <sup>*</sup> (-1,81)	-0,0097 <sup>**</sup> (-1,99)
Pris på andre innsatsvarer målt som andre driftsutgifter per årsverk (logaritmer)	ln(o)	$\Phi_3$	0,01553 (0,99)	0,01149 (0,70)
Andel 67 år og mer av befolkningen	B <sub>0</sub>	$\eta_0$	-2,7882 <sup>***</sup> (-12,27)	-2,6493 <sup>***</sup> (-11,14)
Andel enslige, 80 år og eldre av befolkningen	B <sub>1</sub>	$\eta_1$	-0,6388 <sup>***</sup> (-3,43)	-0,4716 <sup>***</sup> (-2,42)
Andel kvinner 67 år og eldre	B <sub>2</sub>	$\eta_2$	0,6278 <sup>**</sup> (2,47)	0,5652 <sup>**</sup> (2,13)
Andel hjemmeboere som har høy timesats av alle som mottar hjemmetjenester	B <sub>3</sub>	$\eta_3$	1,2940 <sup>***</sup> (10,08)	1,2862 <sup>***</sup> (9,57)
Andel tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov av alle tjenestemottakere	B <sub>4</sub>	$\eta_4$	0,6362 <sup>***</sup> (8,80)	0,6368 <sup>***</sup> (8,41)
Gjennomsnittlig reisetid til kommunesenter, logaritmer	ln(B <sub>5</sub> )	$\eta_5$	0,0572 <sup>***</sup> (5,41)	0,0522 <sup>***</sup> (4,72)
Andel av befolkningen som bor i tettsteder	B <sub>6</sub>	$\eta_6$	0,1071 <sup>***</sup> (3,64)	0,0947 <sup>***</sup> (3,08)
Antall omsorgsboliger per innbygger 67 år og eldre	q <sub>0</sub>	$\gamma_0$	0,25620 (1,50)	0,23004 (1,29)
Andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole av alle årsverk i brukerrettede tjenester	q <sub>1</sub>	$\gamma_1$	-0,2323 <sup>***</sup> (-2,73)	-0,13834 (-1,55)

<i>Variabelbenevnelse</i>	<i>Variabel</i>	<i>Parameter</i>	<i>Estimat (brutto)</i>	<i>Estimat (netto)</i>
Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet av alle årsverk i brukerrettede tjenester	q <sub>2</sub>	γ <sub>2</sub>	-0,2434** (-2,45)	-0,1829* (-1,76)
Årsverk fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer av årsverk i brukerrettede tjenester	q <sub>3</sub>	γ <sub>3</sub>	-0,4685** (-1,96)	-0,6373*** (-2,55)
Antall sykefraværsgener per årsverk i alt	q <sub>4</sub>	γ <sub>4</sub>	0,06745 (0,33)	-0,11608 (-0,54)
Andel brukertilpassede enerom med bad/wc	q <sub>5</sub>	γ <sub>5</sub>	0,00794 (0,58)	0,00312 (0,22)
Andel som mottar andre omsorgstjenester av alle personer 67+	q <sub>6</sub>	γ <sub>6</sub>	0,00604 (0,08)	-0,03136 (-0,42)

a) Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell V-III-3. Resultater for andre variable fra estimering av en hybrid translog flerprodukt kostnadsfunksjon for pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner. T-verdier i parentes. N=1028.<sup>a</sup>

<i>Variabelbenevnelse</i>	<i>Variabel</i>	<i>Parameter</i>	<i>Estimat (brutto)</i>	<i>Estimat (netto)</i>
Frie inntekter per innbygger (logaritmer)	ln(FI)	τ <sub>1</sub>	0,18333*** (5,56)	0,26584*** (7,70)
Andel rom i ikke-kommunale institusjoner	Priv	τ <sub>2</sub>	0,04491 (0,73)	0,06122 (0,95)
Trend	T	τ <sub>3</sub>	0,01500** (2,48)	0,01299** (2,05)
R <sup>2</sup> <sub>adj</sub>			0,9795	0,9777

a) Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

# Vedlegg IV: Tabeller kapittel 7

Tabell V-IV-1. Sammenhengen mellom tjenesteprodukt og opplevd tilgjengelighet. På-  
rørende til og brukere av pleie- og omsorgstjenester. T-verdier i parentes. Signifikante  
resultater på 5 %-nivå er uthevet. Forkortet tabell.<sup>a</sup> N=1 879.

<b>Variabelbenevnelse</b>	Modell 1	Modell 2
(Constant)	5,407 (7,180)	3,865 (4,628)
Andel beboere på langtidsopphold (av alle brukere av PO)	0,017 ** (2,122)	0,011 (1,381)
Andel beboere på korttidsopphold (av alle brukere av PO)	-0,038 *** (-2,386)	-0,025 (-1,503)
Andel beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger (av alle brukere i PO)	0,010 * (1,816)	0,011 ** (2,005)
Tjenesteomfang og frie inntekter		x
Andre bakgrunnsvariabler	x	x
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,069	0,078

<sup>a)</sup> Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med °, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell V-IV-2. Sammenheng mellom tjenesteprofil og opplevd tilgjengelighet til tjenestene. Alle respondenter. T-verdier i parentes. Forkortet tabell.<sup>a</sup> N=6 353.

<b>Variabelbenevnelse</b>	Modell 1	Modell 2
(Constant)	5,447 *** (13,503)	3,939 *** (8,780)
Hjemmetjenester	0,008 (0,094)	0,100 (1,121)
Heldøgnsbemannede	0,209 ** (2,196)	<b>0,299</b> *** (3,033)
Hjemmetj + heldøgnsbemannede	0,062 (0,331)	0,163 (0,870)
Korttidspl	-0,085 (-0,956)	0,044 (0,466)
Korttidspl + hjemmetj..	-0,143 (-1,474)	0,008 (0,081)
Korttidspl + heldøgnsbemannede	0,118 (1,177)	0,241 ** (2,326)
Langtidspl	0,242 ** (2,220)	0,234 ** (2,084)
Langtidspl. + hjemmetj.	0,328 ** (2,300)	<b>0,333</b> ** (2,291)
Langtidspl. + omsorgsb.	0,529 *** (3,097)	<b>0,616</b> *** (3,576)
Langtidspl. + korttidspl.	0,174 * (1,690)	0,226 ** (2,122)
Profil_andre	0,324 (1,541)	0,404 * (1,907)
Tjenesteomfang og frie inntekter		x
Andre bakgrunnsvariabler	x	x
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,057	0,064

<sup>a)</sup> Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell V-IV-3. Sammenhengen mellom tjenesteprofil og opplevd tilgjengelighet blant pårørende og brukere. T-verdier i parentes. Signifikante resultater på 5 %-nivå er uthevet. Forkortet tabell.<sup>a</sup> N=1 879.

<b>Variabelbenevnelse</b>	Modell 1	Modell 2
(Constant)	5,273 (6,933)	3,754 (4,400)
Hjemmetjenester	-0,002 (-0,015)	0,071 (0,425)
Heldøgnsbemannede	0,236 (1,339)	0,312 * (1,690)
Hjemmetj + heldøgnsbemannede	0,396 (1,163)	0,426 (1,226)
Korttidsplass	-0,177 (-1,088)	-0,031 (-0,176)
Korttidsplass + hjemmetj.	-0,239 (-1,314)	-0,083 (-0,433)
Korttidsplass + heldøgnsbemannede	-0,127 (-0,685)	0,028 (0,146)
Langtidsplass	0,120 (0,572)	0,082 (0,377)
Langtidsplass + hjemmetj.	0,183 (0,631)	0,189 (0,639)
Langtidsplass + omsorgsb.	0,850 ** (2,437)	0,892 ** (2,530)
Langtidsplass + korttidsplass.	0,020 (0,109)	0,053 (0,268)
Profil_andre	-0,091 (-0,217)	0,024 (0,056)
Tjenesteomfang og frie inntekter		x
Andre bakgrunnsvariabler	x	x
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,071	0,077

<sup>a)</sup> Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell V-IV-4. Sammenhengen mellom tjenesteprofil og opplevd kvalitet. T-verdier står i parentes. Utvalg av både brukere og ikke-brukere.<sup>a</sup> N=7 144.

<b>Variabelbenevnelse</b>	<b>Modell 1</b>	<b>Modell 2</b>
Konstantledd	5,079 (14,466)	4,141 (10,463)
Hjemmetjenester	-0,006 (-0,086)	0,047 (0,599)
Heldøgnsbemannet	0,136 (1,603)	0,185 ** (2,107)
Heldøgnsb.+hjemmetjenester	0,013 (0,081)	0,081 (0,484)
Korttidsplasser	-0,100 (-1,302)	-0,023 (-0,285)
Korttidsplasser+hjemmetj.	-0,156 * (-1,831)	-0,064 (-0,715)
Korttidsppl.+heldøgnsb.	0,059 (0,665)	0,128 (1,389)
Langtidsplasser	0,219 ** (2,280)	0,216 ** (2,169)
Langtidsppl.+hjemmetj.	0,244 * (1,883)	0,245 * (1,853)
Langtidsppl.+heldøgnsb.	0,468 *** (3,107)	0,519 *** (3,403)
Langtidsppl.+korttidsppl.	0,227 ** (2,528)	0,253 *** (2,702)
Andre profiler	0,135 (0,740)	0,183 (0,994)
Tjenesteomfang og frie inntekter		x
Andre bakgrunnsvariabler	X	x
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,083	0,085

<sup>a)</sup> Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell V-IV-5. Sammenhengen mellom tjenesteprofil og opplevd kvalitet. T-verdier står i parentes. Utvalg: brukere og pårørende.<sup>a</sup> N=2 063.

<b>Variabelbenevnelse</b>	<b>Modell 1</b>	<b>Modell 2</b>
Konstantledd	4,563 (6,623)	3,685 (4,741)
Hjemmetjenester	0,075 (0,520)	0,109 (0,712)
Heldøgnsbemannet	0,176 (1,083)	0,206 (1,215)
Heldøgnsb.+hjemmetjenester	0,399 (1,242)	0,418 (1,280)
Korttidsplasser	-0,156 (-1,056)	-0,079 (-0,496)
Korttidsplasser+hjemmetj.	-0,289 (-1,736)	-0,207 (-1,179)
Korttidsp.+heldøgnsb.	-0,115 (-0,684)	-0,043 (-0,247)
Langtidsplasser	0,161 (0,844)	0,129 (0,650)
Langtidsp.+hjemmetj.	0,234 (0,851)	0,223 (0,794)
Langtidsp.+heldøgnsb.	0,696 (2,236)	0,705 (2,235)
Langtidsp.+korttidsp.	0,035 (0,204)	0,045 (0,251)
Andre profiler	-0,034 (-0,092)	0,036 (0,095)
Tjenesteomfang og frie inntekter		x
Andre bakgrunnsvariabler	x	x
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,095	0,097

<sup>a)</sup> Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.

Tabell V-IV-6. Sammenhengen mellom tjenesteprofil og opplevd resultatkvalitet, prosesskvalitet og strukturkvalitet. Brukere av hjemmetjenesten. T-verdier i parentes. Forkortet tabell.<sup>a</sup>

<b>Variabelbenevnelse</b>	<b>Resultat (modell 1)</b>	<b>Prosess (modell 2)</b>	<b>Struktur (modell 3)</b>
Konstantledd	3,418 <sup>***</sup> (26,285)	3,341 <sup>***</sup> (25,262)	3,239 <sup>***</sup> (22,576)
Hjemmetjenester	0,109 <sup>***</sup> (3,941)	0,114 <sup>***</sup> (4,051)	0,114 <sup>***</sup> (3,710)
Heldøgnsbemannet	0,184 <sup>***</sup> (6,818)	0,191 <sup>***</sup> (6,975)	0,134 <sup>***</sup> (4,514)
Heldøgnsb.+hjemmetjenester	0,117 (1,505)	0,289 <sup>***</sup> (3,693)	0,189 <sup>**</sup> (2,199)
Korttidsplasser	0,074 <sup>**</sup> (2,233)	0,105 <sup>***</sup> (3,102)	0,051 (1,385)
Korttidsplasser+hjemmetj.	0,109 <sup>***</sup> (3,633)	0,108 <sup>***</sup> (3,542)	0,058 <sup>*</sup> (1,753)
Korttidsp.+heldøgnsb.	0,121 <sup>***</sup> (3,854)	0,136 <sup>***</sup> (4,280)	0,144 <sup>***</sup> (4,172)
Langtidsplasser	0,113 <sup>***</sup> (3,271)	0,077 <sup>**</sup> (2,194)	0,109 <sup>***</sup> (2,859)
Langtidsp.+hjemmetj.	0,131 <sup>***</sup> (3,587)	0,100 <sup>***</sup> (2,708)	0,123 <sup>***</sup> (3,053)
Langtidsp.+heldøgnsb.	-0,022 (-0,495)	0,018 (0,394)	-0,058 (-1,185)
Langtidsp.+korttidsp.	0,181 <sup>***</sup> (3,835)	0,192 <sup>***</sup> (3,881)	0,127 <sup>**</sup> (2,424)
Andre profiler	0,096 <sup>*</sup> (1,688)	0,077 (1,319)	0,179 <sup>***</sup> (2,840)
Tjenesteomfang og frie inntekter	X	X	X
Andre bakgrunnsvariabler	X	X	X
R <sup>2</sup> (forklart varians)	0,020	0,034	0,037
N	10 943	10 902	10 906

<sup>a)</sup> Koeffisienter signifikant på 10 % er angitt med \*, koeffisienter signifikant på 5 % er angitt med \*\* og koeffisienter signifikant på 1 % er angitt med \*\*\*.