



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Rena

Ine Ch. Haustreis

MASTEROPPGAVE

Hva bestemmer utgiftsnivået i pleie og omsorg?

– brukernes behov eller kommunens inntekter

What defines the level of costs in a municipality's nursing and health care services – the needs of the users or the income level of the municipality?

Master i offentlig ledelse og styring - MPA

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord

Dette er mitt andre forsøk på å få til en oppgave. Første forsøk kom godt i gang, handlet også om kommune-Norge, men da med kommunestruktur som tema. Det samarbeidet jeg hadde innledet viste seg dessverre ikke å være fruktbart, så hele greia strandet. Når jeg da måtte mobilisere til en ny runde fant jeg veien til motivasjon gjennom å skrive en oppgave som kunne være til praktisk nytte for noen.

Denne «noen» måtte nok fortsatt bli noen i kommunal sektor, og denne gangen ble det Nord- og Sør-Odal kommuner spesielt. Nord-Odal kommune har vært min arbeidsplass gjennom 10 år og mitt bosted enda lengre, og Sør-Odal har jeg hatt mye fruktbart samarbeid med.

Gjennom de siste fire årene har jeg vært ansatt i KS-konsulent AS (KS-K) hvor jeg blant annet har jobbet med analyser / evalueringer og utvikling på en rekke områder rundt omkring i landets kommuner. Bakgrunnen for denne oppgaven er dermed lagt gjennom mange års erfaring, men spesielt fra den reisen jeg har vært med på både alene og sammen med mine kolleger i KS-K disse siste fire årene. Det er derfor på sin plass men en takk til Håvard Moe og sentrale personer innenfor kommuneøkonomiområder i KS, og spesielt til Geir Johan Hansen i denne sammenheng, som sammen med meg har utviklet rapporten som ligger til grunn for denne oppgaven.

I tillegg en takk til mine øvrige kollegaer i KS-K som jeg har lært utrolig mye av, og til en fantastisk fin gjeng på Rena som var mine medstudenter! Og sist men ikke minst, takk til veilederen min, Bjarne Jensen, og Nord- og Sør-Odal kommuner som ble med på denne reisen!

Sagstua, 5. mai 2014

Ine Ch. Haustreis

1. Sammendrag

1.1 Norsk sammendrag

I denne masteroppgaven er hensikten å sette fokus på utfordringsbildet i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Bakgrunnen for dette er at sektoren vil stå over for store utfordringer knyttet til forventede endringer i antall brukere og deres forventninger om tjenester, samt at finansieringen av hele det offentlige tjenestetilbudet vil bli kraftig utfordret i årene frem mot 2040 som følge av et forventet fall i antall yrkesaktive pr mottaker av offentlige ytelser.

I et komparativt casestudium foretar jeg en sammenligning av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene Nord- og Sør-Odal. Analysen identifiserer kostnadsdrivere for tjenesten og tar i bruk offentlig tilgjengelig styringsinformasjon på området – statistikk fra KOSTRA og IPLOS. Dette gir analysen et ressursfokus mer enn et fokus på innhold og kvalitet i tjenestene.

I analysen er det brukt en modell med faktorer som identifiserer aktuelle kostnadsdrivere i tjenesten. Disse faktorene er delt inn i fem grupper: Geografi / demografi, organisering, brukere, kvalitet og kommunenes inntektsnivå pr innbygger. Gjennom analysen er det gjort et forsøk på å belyse hva det er som påvirker og som kan forklare forskjellen mellom utgiftsnivåene i Nord- og Sør-Odal kommuner.

Konklusjonen er imidlertid ikke entydig da flere av disse faktorene henger sammen og bør i utgangspunktet påvirkes / defineres som følge av behovet hos brukerne. Tallgrunnlaget underbygger og forklarer for så vidt forskjellen i utgiftsnivå mellom kommunene, men tallgrunnlaget dokumenterer imidlertid verken at det er et større omfang brukere som mottar tjenester i Nord-Odal enn i Sør-Odal, eller at brukerne i Nord-Odal har et større bistandsbehov enn i Sør-Odal. Da står vi igjen med en faktor og det er inntektssiden til kommunene.

1.2 Engelsk sammendrag (abstract)

The municipality nursing and health care services are a big part of the public sector in Norway and are primary getting their finances from the Norwegian state (government). However in the years to come the public sector will face a huge challenge both in how the Norwegian society will be able to afford financing the services as today, and an expected growth in both numbers of users among elderly people and in the expectations of these users. The subject of this analyze is to both to focus on this challenge, and to identify main factors that can explain the level of resources spent to provide these services in the municipalities.

In this case study I compare the nursing and health care services in two Norwegian municipalities: Nord-Odal og Sør-Odal kommuner. By using key figures from KOSTRA (Municipality-State-Reporting) and IPLOS (a register for statistics on municipal health and care services) this analyze identifies figures focus on the priorities, productivity and the coverage of needs, and benchmarks these two municipalities to identify the difference in services based on a cost perspective more than quality perspective.

The theoretical model in this analyze contains of five main factors that describe how the municipality use their resources and why the level of expenditure in municipal nursing and health care services differs. The five main factors used in the model are: Geography / demography, organizing of the services, users of the services, quality of the services and the municipalities' income level. By using this model I'm trying to explain why Nord-Odal has a higher level on their net operating expenditures, per inhabitant aged 67+ and aged 80+, than Sør-Odal kommune.

However, there is no simple conclusion to this question. The five main categories in the model are all connected in one way or the other. You should perhaps think that the level of the net operating expenditures is based on the needs of the users, but this is not the case. Most of the extracted key figures used in the model explains in many ways the difference between these two municipalities, but not the level on the expenditures, and the answers is neither to be found in the numbers of users or in the needs of the users. Then there is only one key factor left: The level of the municipalities' income per inhabitant. Might this then be the reason why Nord-Odal has a higher level on their net operating expenditures than Sør-Odal kommune?

Innhold

FORORD	3
1. SAMMENDRAG	4
1.1 NORSK SAMMENDRAG	4
1.2 ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	5
INNHold	6
2. PROBLEMSTILLING OG HOVEDFUNN	8
2.1 BAKGRUNN	8
2.2 OPPGAVENS INNHold	10
2.3 PROBLEMSTILLING	10
2.4 HOVEDFUNNENE I ANALYSEN	11
3. TEORI OG METODE	13
3.1 METODE	13
3.1.1 <i>Forskningsdesign</i>	15
3.1.2 <i>Datakilder og datainnsamling</i>	16
3.1.3 <i>Grunnlaget for KOSTRA</i>	18
3.1.4 <i>Økonomiske begrep i KOSTRA</i>	19
3.1.5 <i>Kritikk av KOSTRA</i>	20
3.2 TEORI	21
3.2.1 <i>Modellen</i>	21
3.2.2 <i>Geografi / demografi – X_1</i>	22
3.2.3 <i>Organisering – X_2</i>	22
3.2.4 <i>Brukere – X_3</i>	23

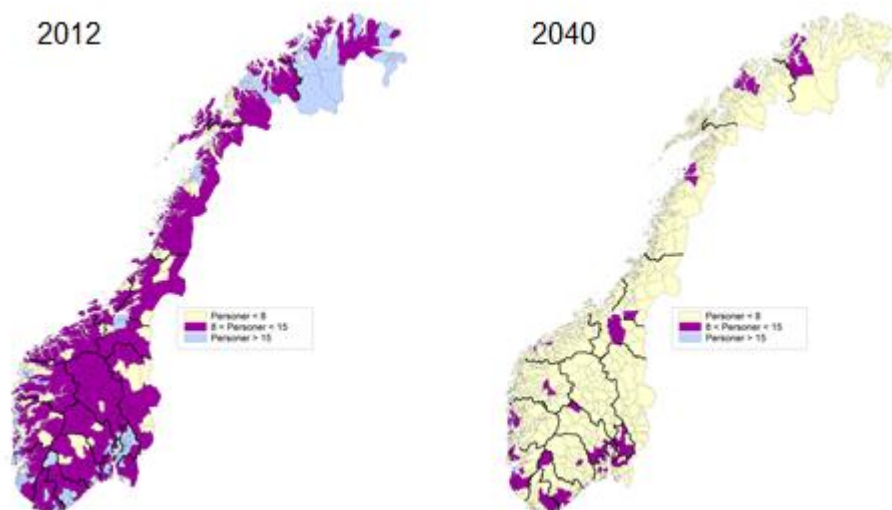
3.2.5	<i>Kvalitet – X₄</i>	25
3.2.6	<i>Kommunenes inntektsgrunnlag – X₅</i>	27
4.	ANALYSEN	29
4.1	FAKTOR X ₁ – GEOGRAFI & DEMOGRAFI	30
4.2	FAKTOR X ₂ – ORGANISERING	36
4.3	FAKTOR X ₃ – BRUKERE	49
4.4	FAKTOR X ₄ – KVALITET	55
4.5	FAKTOR X ₅ – KOMMUNENES INNTEKTSGRUNNLAG	65
5.	KONKLUSJON	67
	LITTERATURLISTE	71

2. Problemstilling og hovedfunn

2.1 Bakgrunn

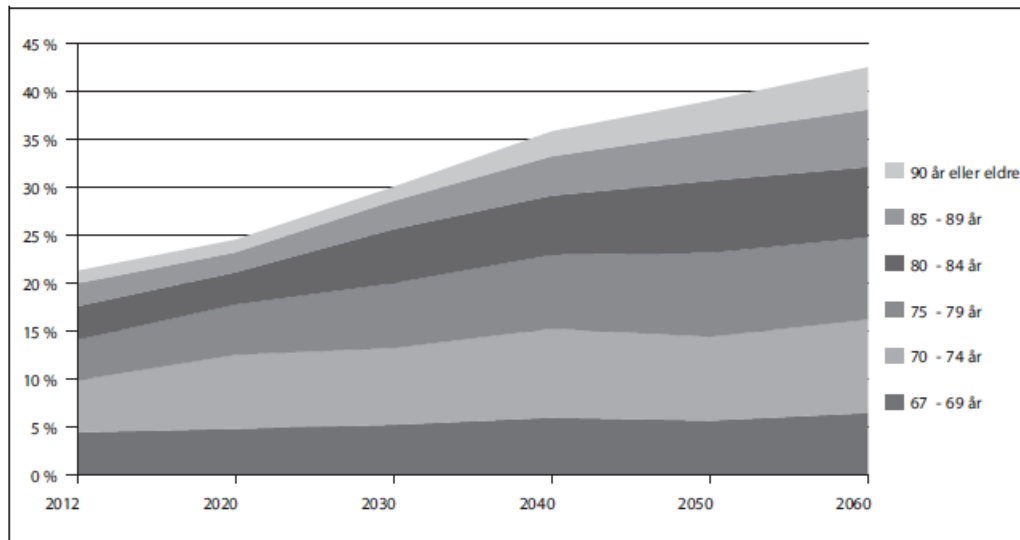
For de av oss som har hjertet i kommunal sektor er det aldri kjedelig. Og mindre kjedelig ble det med ny regjering som i enda sterke grad setter kommunestruktur og effektivisering på dagsorden. Om ikke det skulle være nok, så fins det enda mer spenning innenfor de ulike sektorene, og kanskje spesielt innenfor pleie- og omsorgssektoren. Pleie- og omsorgssektoren står overfor en formidabel utfordring i de kommende 15 – 20 årene, og kanskje også enda lengre frem. Denne utfordringen er i hovedsak tre delt: (1) Utviklingen i forsørgerbyrden, (2) økningen i aldersgruppa 67 - 79 og (3) endringer i brukergruppa.

(1) Utviklingen i forsørgerbyrden – I Kommuneproposisjonen for 2014 løftet Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) opp utfordringen som vil komme som følge av økningen i andelen eldre (mottakere av offentlig ytelse) kontra innbyggere i yrkesaktiv alder i årene fremover. Måten KMD har fremstilt dette på kan få oss til å tenke på en ny istid når vi ser fargene på kartet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2013, side 46-47):



Og kanskje er ikke dette så langt fra en type sannhet når vi ser på det bærekraftige perspektivet i finansieringen av ikke bare pleie og omsorg, men av hele velferdsstaten Norge. Vi går altså fra en situasjon hvor vi i dag har i gjennomsnitt 12 personer i yrkesaktiv alder pr 80 åring, frem til vi i år 2040 antakelig vil oppleve en halvering av antall yrkesaktive personer pr 80 åring. Eller sagt på en annen måte: I dag har vi 2,5 person pr alders- og

uførepensjonist. I 2040 vil vi være godt og vel under 2 personer pr alders- / uførepensjonist. Uansett hvordan vi formulerer dette så gir det et dramatisk bilde av hva vi står overfor, og utviklingen er allerede startet. Det betyr i hvert fall at vi ikke kan fortsette fremover slik vi har gjort til nå, for da har vi for få som kan ta regninga. (2) Denne endringer i forholdet mellom yrkesaktive og eldre kommer delvis som følge av at vi får en betydelig vekst i aldersgruppa 67 – 79 på landsbasis ((Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2013, side 46):



Det vil selvsagt være variasjoner kommunene i mellom, men dette bildet stemmer godt overens for de to kommunene som inngår i analysen her. En slik utvikling kan føre til en betydelig etterspørsel for hele omsorgssektoren, som både vil ha et økonomisk perspektiv og et rekrutteringsmessig perspektiv (Holmøy, E., Kjølvik, J. og Strøm, B, 2014). For et par år tilbake gjorde vi en regneøvelse for en av kommunene oppe i nord. Dersom vi holder dagens nivå på pleie- og omsorgstjenestene konstant og multipliserer med økningen i aldersgruppa 67+, vokser pleie- og omsorgstjenestene sin andel av nettobudsjettet til kommunen tilsvarende halvparten av grunnskolenes andel, eller «sluker» for eksempel sektorene kultur, sosial, barnevern og kirke (mht samlet prosentandel) i sin helhet. Og så er det ikke sikkert at veksten og økningen i forventningene til offentlig sektor blir slik, men det er i hvert fall svært viktig at vi tar diskusjonen om hvem som skal betale for hva før det blir for sent. For dette kan i så fall gi kommunene en økonomisk utfordring som løfter oss også over til (3) endring i brukergruppa. Telemarksforskning beskriver i sin rapport om «Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren» at vi står overfor en «ny» type eldre – høyt utdannede, ressurssterke og bemidlede innbyggere med god helse som i stor grad er vant med å

bestemme over eget liv (Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G. & Vardheim, I., 2011). Det betyr nok at vi ikke kan framskrive dagens praksis, men forvente at det kommer nye og andre krav til tjenestene. Vi får andre sykdommer som i langt større grad vil være preget av en eller annen form for kognitiv svikt (Kåre Hagen, 2012), behov for bistand melder seg aldersmessig senere, samt at de nye eldre vil forvente større valgfrihet, større grad av brukerinvolvering og flere muligheter for individuell tilpasning. Fra sentralt hold er det kommet en stortingsmelding nettopp om «*Morgendagens omsorg*» som en oppfølger til NOUen «*Innovasjon i omsorg*», nettopp for å gjøre sektoren bedre rustet til det som måtte komme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, og Hagen, K., et al., 2013). Det sentrale spørsmålet nå blir hvordan kommunene griper an sin situasjon og sitt utfordringsbilde, for å rigge tjenestene slik at ikke de andre tjenestene må vike for en stadig voksende pleie- og omsorgssektor. Og før man gjør valg for fremtiden må man vite noe om hvor man står, som er noe av hensikten med denne analysen for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene Nord- og Sør-Odal.

2.2 Oppgavens innhold

Oppgaven er delt inn i følgende hoveddeler pluss litteraturlista. Første del omhandler problemstillingen og hovedfunnene, mens andre del omhandler teori og metode. I tredje del følger analysen, og i fjerde del konklusjonene. Til slutt følger sammendragene.

2.3 Problemstilling

Bakgrunnen for problemstillingen er nettopp hentet fra rapporten til Telemarksforskning: *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren* (Hjelmbrekke, S., et al., 2011). I denne rapporten er et av hovedfunnene at – sitat:

- *Kommunens frie inntekter har en klar og sterk positiv effekt på tjenesteomfanget og er den enkeltfaktoren som har størst betydning for forskjellene i dekningsgrader mellom kommuner.*

Eller sagt på en annen måte: Det er ikke brukernes behov som er avgjørende for omfanget på pleie- og omsorgstjenesten i en kommune, men størrelsen på kommunens frie inntekter. En

problemstilling som også ble reist sist høst på Kvalitetsmässan i Göteborg, gjennom presentasjon av rapporten «Matlåda - med eller uten samtal» hvor konklusjonen oppsummeres i tre punkt: «1. *Den beviljade tiden räker inte*, 2. *Tiden avsatt för den äldre motsvarar inte den beviljade* og 3. *Hemtjänstpersonalens arbetscheman är så tidsmässigt snäva att personalen inte hinner med*» (Sköld, C. og Ahlin, A.W, 2013).

Dette perspektivet er svært interessant inn i debatten om hva som er et «faglig forsvarlig» nivå på det kommunale tjenestetilbudet, og som jeg tenker vil måtte stå sentralt i årene fremover når kommunene skal møte og tilpasse tilbudet til det utfordringsbildet som er beskrevet over. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling for oppgaven:

Problemstilling: Er det bare høyere nivå på kommunens korrigerte inntekter pr innbygger som gjør at utgiftsnivået ligger høyere i Nord-Odal enn i Sør-Odal kommune?

For å belyse denne problemstillingen velger jeg å definere et sett med grupper av kostnadsdrivere for tjenesteområdet: Demografi / geografi – organisering – brukere – kvalitet – kommunenes inntektsgrunnlag.

Det vil i prinsippet derfor bli en deduktiv tilnærming (stemmer empirien med teorien?) til datagrunnlaget og tematikken, da hypotesen tar utgangspunkt i konklusjonen på rapporten til Telemarksforskning, og forsøker å belyse om denne konklusjonen stemmer for bildet i kommunen Nord- og Sør-Odal. (Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L, 2011).

2.4 Hovedfunnene i analysen

Når man skal oppsummere en analyse er det viktig å holde fokus på hva tallene kan fortelle og hva de ikke kan fortelle. I denne sammenheng er det gjennomført en analyse ved bruk av KOSTRA- og IPLOS-tall som sier noe om ressursbruk og omfang, mens kvalitetsbegrepet i den grad det er berørt omhandler et strukturelt perspektiv, da jeg verken har sett på kommunenes mål for tjenestene, på hvordan brukerne opplever tjenestetilbudet og ei heller på det faglige perspektivet inn i leveransen av tjenestene.

Men tar vi utgangspunkt i det analysen på overordnet nivå kan si noe om – ressursbruk – er tallene klare i sin tale: Begge kommunene ligger lavere enn landsgjennomsnittet, mens Sør-Odal ligger lavere enn Nord-Odal, og på nivå med de laveste i landet.

Dersom vi forholder oss til aldersgruppa 67 + og ser på hvor mye kommunene bruker pr innbygger i denne gruppa, ligger begge lavere enn landsgjennomsnittet og bare 8 kommuner i landet bruker mindre enn Sør-Odal. Ser vi på produktiviteten ligger begge kommunene også bedre enn landsgjennomsnittet. Begge kommunene har en noe høyere andel hjemmetjenester enn institusjonsbaserte tjenester som er i tråd med stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Et sentralt spørsmål er nok likevel om kommunene har rigget tjenestene sine godt nok til å møte de utfordringene som vi ser kommunene vil møte i kommende 10-15 års periode med den veksten som kommer i aldersgruppa 67 - 79 år? Og da handler det ikke om å øke andelen institusjonsplasser, men snarere tvert i mot.

Ser vi på institusjonstjenesten ligger Sør-Odal med et svært lavt nivå på enhetskostnadene, som blant annet synliggjøres av at pleiefaktoren er betydelig lavere i Sør-Odal enn i Nord-Odal. Nord-Odal har omtrent samme produktivitet som landsgjennomsnittet. Ingen av kommunene avviker i særlig grad mht andel innbyggere over 80 år som bor i institusjon. Ser vi på hjemmetjenesten ser det ut til at omtrent like stor andel av tjenestene går til yngre som til eldre brukere i Nord-Odal, mens i Sør-Odal går 70 % av ressursene til de under 67 år (som er langt færre i antall). I tillegg ser vi at Nord-Odal bruker om lag dobbelt så mye pr eldre over 67 år som Sør-Odal, samt at aktiviseringstilbudet er størst i Nord-Odal, som nok kan henge sammen med at kommunen har dobbelt så mange innbyggere over 16 år med PU diagnose som landsgjennomsnittet. Her ligger Sør-Odal under landsgjennomsnittet.

Når det skal oppsummeres hvilke av faktorene som kan forklare ulikheten i utgiftsnivået mellom kommunene så er det flere faktorer som i seg selv driver kostnadene i et pleie- og omsorgstilbud: Andel beboere på institusjon, brukertilpasning, lav terskel for tildeling av tjenester, omfanget på vedtakene (antall timer tildelt), innholdet i vedtakene med flere. Men alle disse faktorene følger gjerne av brukerne og deres behov. Og når tallene, slik de nå foreligger, ikke dokumenterer at Nord-Odal verken hadde større andel brukere eller brukere med mer omfattende behov enn i Sør-Odal, blir jo spørsmålet hva det da er som bestemmer

kommunens utgiftsnivå? Brukernes behov eller kommunens inntektsnivå – hvorav sistnevnte faktisk er høyere i Nord-Odal enn i Sør-Odal.

3. Teori og metode

3.1 Metode

I et samfunn og i samfunnsvitenskapen er det liten grad av enkle formler og absolutte regler, men heller menneskeskapt systemer hvor kulturelt betinget fornuft, normer og følelser dominerer. Hva som er rett eller galt fins det dermed ikke noen absolutte svar på. Og dette er en utfordring som kommune-Norge stadig møter i samspillet mellom politikk – administrasjon, og i bruker – tjenesteleverandør perspektivet når prioriteringer skal gjøres og behov skal dekkes.

I en oppgave som dette står valget av forskningsstrategi mellom å gå i dybden med en kvalitativ angrepsvinkel eller i bredden ved å anlegge en kvantitativ tilnærming når problemstillingen skal belyses. I følge Ringdal (2013) var kvalitativ metode opprinnelig eneste aksepterte strategi, mens dette har endret seg fram til i dag hvor man anser typen av problemstilling som avgjørende for hvilken strategi man velger. I en tabell angir forfatteren hovedforskjellene mellom disse to strategiene, kvalitativ og kvantitativ, hvorav de tre viktigste forskjellene er hhv: fleksibel – strukturert, tekstdata – talldata, og uformelle analyseteknikker – statistiske analyseteknikker. Til problemstillinger som best belyses ved bruk av strukturerte talldata i statistiske analyser blir dermed kvantitativ metode et naturlig strategivalg. I min oppgave vil økonomisk statistikkdata fra SSBs nettsider være tallgrunnlaget og derfor anvendes kvantitativ metode. Jeg har i noen grad intervjuet kommunene, men dette har vært ustrukturerte intervjuer mer i form av samtaler om hva man tenker årsaken til tallenes tale i diagrammene er. Slik sett er kvalitativ metode også inne i bildet. Men intervjuene har altså ikke vært av et slikt omfang at jeg finner det naturlig å analysere dem i særlig grad, men lar denne type informasjon komme fram som kommentarer til de aktuelle diagrammene.

Jeg ønsker ikke å bruke tiden på å problematisere enkeltord eller enkeltbegreper. Heller ikke kommer jeg til å bruke tid på å videreutvikle eller å utvikle nye teorier eller modeller på

området. Jeg har tro på at en praktisk tilnærming til temaet i større grad vil kunne gi rom for refleksjon og nysgjerrighet hos kommunene, i stedet for å provosere og utfordre sentrale aktører. Fokuset vil derfor være å bruke diagrammer for å belyse viktige trekk og sammenhenger i tjenesten, som kan være nyttig informasjon inn i et styringsperspektiv for kommunene.

I denne sammenheng kan det selvsagt være grunn til å ta på seg kritiske briller. For det første ligger det mer enn et år gamle tall til grunn. Årsaken til dette er at på intervjuetidspunktet og når analysen ble foretatt var tallene for 2013 nettopp rapportert fra kommunene, men ennå ikke offentliggjort. Derfor ligger 2012 tallene til grunn. For det andre er nok mitt perspektiv tydelig preget av et kommunalt blick siden jeg har jobbet i sektoren siden 1997 og i tillegg legger jeg til grunn et KS basert utvalg av datagrunnlaget (utplukk fra SSB). Et annet fagmiljø ville kanskje stille andre typer spørsmål, vektlegge andre forhold og nivåer, og kanskje til og med også finne andre tema mer interessante for en slik analyse. For det tredje har jeg valgt ikke å gå i dybden på tallene. Av erfaring fra mange kommuner, også bekreftet fra disse to selv, kan det nok være noen feil ved rapporteringsgrunnlaget pga feilføringer i regnskapene. Dette er forholdsvis kjent problematikk og erfaringsmessig blir dette tatt tak i når kommunene faktisk begynner å ta i bruk tallene som en del av sin styringsinformasjon. Dette har ikke vært tema i særlig grad verken i Nord- eller Sør-Odal kommune de siste årene. Omfanget på feilkildene er erfaringsmessig ikke av en slik karakter at det vil endre på hovedbudskapet eller på bildet av det som er hensikten med denne rapporten. Nå har kommunene imidlertid en mulighet til å ta i bruk styringsinformasjonen, oppdatere tallene til 2013, og evt foreta nødvendige korrigeringer i 2013-tallene der man ser at dette er nødvendig før endelige tall foreligger i juni. Et siste poeng som kanskje også bør nevnes er at det jeg vektlegger og vurderer av poenger, rapporter og sammenhenger baserer seg på den erfaringen jeg og mine samarbeidspartnere har opparbeidet over mange år. En utfordring med denne erfaringen er at den ikke er dokumentert. Verken KS eller KS-K har sammenstilt og dokumentert på systemnivå alle de erfaringer og sammenhenger som er avdekket gjennom årenes løp. Ei heller har kommunene gode rutiner for å dokumentere utvikling og sammenhenger på systemnivå. Derfor vil det kanskje oppleves at jeg beskriver sammenhenger og trekker slutninger som dessverre ikke er dokumentert i forskning. Jeg håper likevel at gjennom måten jeg bygger opp oppgaven og gjennom de henvisninger til forskning / rapporter m.m. som fins der ute, underbygges budskapet på en slik måte at det kan gi både forståelse, mening og sammenheng. Og så er det selvsagt lov å være uenig!

3.1.1 Forskningsdesign

Når det gjelder forskningsdesign beskriver Ringdal (2013) fem typer som han sammenholder med begge forskningsstrategiene. Vanlige design når det gjelder både kvalitativ og kvantitativ metode er tverrsnitt (eksempel spørreundersøkelser), langsgående (eksempel undersøkelser knyttet til en tidsdimensjon), casestudie (eksempel en eller få analyseenheter) og komparativt (eksempel belyse en teoretisk interessant sammenligning mellom caser). Sistnevnte blir i all hovedsak benyttet i kvantitativ forskning mens casestudier vanligvis benyttes i kvalitativ forskning. En case er pr definisjon en analyseenhet – et avgrenset system som en organisasjon, en reform eller et individ m.fl.

I min sammenheng vil en kombinasjonen av case og komparativ design være aktuelt da jeg ønsker å se på to kommuner – som er typisk to case (undersøkelse av to organisasjoner / analyseenheter), og jeg ønsker å gjøre en sammenligning mellom disse to gjennom bruken av økonomiske data – typisk komparativ design, og da på systemnivå: Sammenligning av pleie- og omsorgstjenestene i Nord- og Sør-Odal kommuner ved bruk av statistikk.

Utvalgsstrategien min har verken vært å finne de to mest like eller ulike kommunene, ei heller mest mulig likt eller ulikt nivå på utgifter til pleie og omsorg. Valget har heller vært et strategisk valg i forhold til den situasjonen som kommunene nå står overfor med hensyn til en mulig reform på eksisterende kommunegrenser. Dette vet vi av erfaring både i Norge og i andre land at skaper både heftige og opphetede diskusjoner, og vi kan allerede se innlegg i lokalavisene rundt om i landet hvor argumentasjonen som brukes vel både er av saklig og mindre saklig karakter. Det som er sikkert er at det skapes usikkerhet knyttet til opprettholdelse av eksisterende tjenestetilbud, som nettopp gjør at pleie- og omsorgstjenestene er et interessant felt å belyse, og det å bygge kunnskap om området inn i en slik debatt vil kanskje kunne bidra til å belyse noe av tematikken.

Ringdal (2013) beskriver to grunnleggende valg for en analysestrategi når man gjennomfører komparative studier: Sammenligne like eller ulike caser, hvorav førstnevnte kan minne om et eksperiment hvor man sammenligner to like caser som får ulikt utfall på avhengig variabel (y), og analysen innebærer å forske på hva som kan være årsakene (x_n) til dette. Den andre handler i motsatt fall om å velge to ulike analyseenheter men hvor utfallet (y) derimot er likt. I mitt tilfelle handler det om to kommuner (case) som er omtrent like, men som har ulikt

omfang på utgiftsnivået til pleie- og omsorgstjenestene (y), og hva kan være årsakene (x_n) til denne ulikheten. Utfordringen her kan være knyttet til om en kommune med 5 100 innbyggere er direkte sammenlignbar med en kommune med 7 500? Begge defineres i daglig (norsk kommunal) omtale som mellomstore kommuner (jf kommunegrupper i KOSTRA), men prosentvis er innbyggertall forholdsvis mye større i Sør-Odal enn i Nord-Odal. En annen utfordring kan også være at ved bruk av KOSTRA og IPLOS data får vi i utgangspunktet primært en analyse som sier noe om ressursbruk og ressursnivå, og i særdeles liten grad om kvalitet. Svært få små og mellomstore kommuner har for øvrig styringsdata på systemnivå som sier noe om kvaliteten på tjenestetilbudet sitt, og Nord- og Sør-Odal kommuner er dessverre ikke blant disse. Det vil derfor rent analysefaglig være et betydelig usikkerhetsnivå knyttet til helhetsbildet og det på en svært viktig faktor for tjenesten selv og for brukerne – nemlig et mulig ulikt nivå på kvaliteten i tjenestene som leveres i disse to kommunene.

3.1.2 Datakilder og datainnsamling

Kildene som i hovedsak er lagt til grunn er:

KOMMUNE STAT RAPPORTERING [KOSTRA] som er statens rapporteringssystem for kommunene, har vært obligatorisk siden 2001 men hadde sin spede begynnelse midt på 90-tallet. Innen 15. februar skal kommunene ha rapportert sine regnskaps- og tjenestedata til SSB, som i tillegg til dette innhenter data fra andre rapporteringer, og sammenstiller dette til nøkkeltall innen 15. mars for publisering på www.ssb.no/KOSTRA. Se også nedenfor.

IPLOS: I 2006 ble det vedtatt en forskrift om et anonymisert register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk [IPLOS]. I denne sammenheng registrerer kommunene et utvalgt sett av data om alle brukerne sine og rapporterer dette inn til helsedirektoratet via SSB. Registeret har som hensikt å kunne gi viktig informasjon knyttet til ressursbruk og bistandsbehov i det kommunale helse- og omsorgstilbudet på et overordnet nivå (Helsedirektoratet, 2014).

Inntektssystemet til kommunene: Kommunal- og moderniseringsdepartementet har som et av sine oppdrag å fordele midler til finansiering av virksomheten i kommuner og fylkeskommuner. Finansieringen gjøres over statsbudsjettet, og fordelingen skjer på bakgrunn av et sammensatt og komplekst regnestykke som både består av objektive kriterier og politisk ønskede føringer. Et poeng som kan illustrere kompleksiteten i disse beregningen kan være dette sitatet i Nordlys for noen år tilbake:



Innsamlingen av data til denne oppgaven har i hovedsak foregått ved egen nedlastning av nøkkeltall fra KOSTRA-databasen til SSB. Tallgrunnlaget har videre vært lastet inn i Excel regneark som er utarbeidet av KS-Konsulent AS og fremstilt som stole- og linjediagrammer. Det har i noen grad også vært foretatt intervjuer med representanter for kommunene, og dette fremkommer i noen grad som kommentarer til tilhørende diagrammer, og ved et par tilfeller som tabellariske oversikter (eksempelvis antall brukere / beboere og årsverk). Intervjuene er ikke dokumenterte. På tidspunktet (februar 2014) da intervjuene ble foretatt forelå 2012-tallene som siste offentlige statistikk (publisert 17. juni 2013). Disse er derfor lagt til grunn for analysen.

Det er i hovedsak tatt utgangspunkt i følgende funksjoner (KOSTRA-veilederen, SSB, 2012):

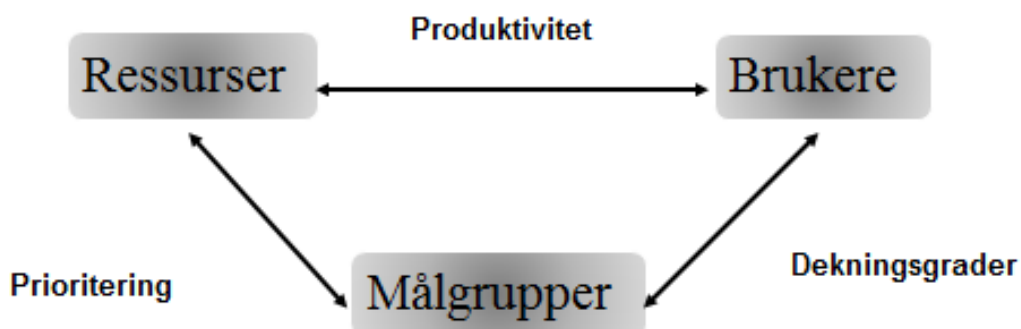
- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 261 Institusjonslokaler

I diagrammene: Tallene til Nord- og Sør-Odal kommuner ligger til grunn for analysen. Kommunene tilhører hver sin kommunegruppe (7 og 11) som også er tatt med i uttrekket og

diagrammene, uten at disse er ment å utgjøre en sentral del av analysen, men heller som utfyllende informasjon til kommunene. Tall for landsgjennomsnittet er også inkludert. Dette mer for å gi en pekepinn på hvordan et gjennomsnittlig nivå, hvor alle ekstremiteter er utliknet, vil se ut. Jeg har erfaring med at det er enklere å få til konstruktive diskusjoner rundt om i kommunene om hvorfor de er forskjellige fra landsgjennomsnittet, heller enn hvorfor de ligger høyere eller lavere enn nabokommunene. Diagrammene har dermed 5 objekter, men gjennomsnittene blir altså bare i noen grad henvist til og brukt i sammenligningen. Fokuset vil gjennomgående være på kommunene.

3.1.3 Grunnlaget for KOSTRA

Rapporteringsystem KOSTRA baserer seg altså på innrapporteringer fra kommunene til Statistisk sentralbyrå [SSB] på oppdrag fra staten, hvor SSBs rolle er å sammenstille kommunenes tall med annen offentlig statistikk, og publisere kommunal styringsinformasjon som i hovedsak omfatter hvordan kommunen prioriterer sin penge- / ressursbruk, tall på produktivitet og også hvilke dekningsgrader kommunene har for sine tjenester innenfor definerte aldersgrupper (= målgrupper). Publiseringen inneholder også i noen grad kvalitativ informasjon basert på tall hentet fra eksempelvis IPLOS. Modellen for nøkkeltallpubliseringen er definert i følgende begrep (SSB, 2014):



Nøkkeltallet «prioritering» sier noe om bruk av ressurser pr innbygger i målgruppa. «Produktivitet» gir et bilde på enhetskostnaden og sier noe om ressursbruk pr bruker, mens «dekningsgrad» fremkommer ved å se på hvor stor andel brukerne utgjør av hele populasjonen i målgruppa.

3.1.4 Økonomiske begrep i KOSTRA

Jeg vil bruke sammenligninger på «prioritering», «produktivitet» og dekningsgrader» i denne analysen. SSB definerer disse som følger:

Prioritering:

Netto driftsutgifter totalt og på funksjon/tjenesteområde

Netto driftsutgifter viser driftsutgiftene inkludert avskrivninger etter at driftsinntektene, som blant annet inneholder øremerkede tilskudd fra staten og andre direkte inntekter, er trukket fra. De resterende utgiftene må dekkes av de frie inntektene som skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten.

Netto driftsutgifter på tjenesteområde/funksjon = kontoklasse 1, funksjonene som gjelder det enkelte tjenesteområdet, artene [(010..480) +590 - ((600..895) - 728)]. I nøkkeltallene er netto driftsutgifter pr. innbygger i målgruppa for den aktuelle tjenesten eller i prosent av samlede netto driftsutgifter gjennomgående benyttet for å vise kommunenes prioriteringer.

Produktivitet:

Korrigerte brutto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde

Korrigerte brutto driftsutgifter omfatter driftsutgiftene ved kommunens *egen* tjenesteproduksjon pluss MVA-utgift og avskrivninger, minus dobbeltføringer i de kommunale regnskaper som skyldes viderefordeling av utgifter/internkjøp mv. Dette gjelder artene 690 Fordelte utgifter og 790 Internsalg. Art 710 Sykelønnsrefusjon er også trukket fra selv om sistnevnte er en eksternt refusjon fra staten. Det korrigeres for art 729 MVA-kompensasjon påløpt i driftsregnskapet.

Korrigerte brutto driftsutgifter= kontoklasse 1, funksjonene som gjelder det enkelte tjenesteområdet, artene[(010..290) + 429 +590 - (690,710,729,790)]. For å vise kommunenes produktivitet/enhetskostnader for den aktuelle tjenesten er det i nøkkeltallene gjennomgående benyttet korrigerte brutto driftsutgifter pr. kommunal bruker eller produsert enhet.

Dekningsgrad:

Dekningsgradsindikatorene:

En dekningsgrad måler andelen av målgruppen som er mottakere av en tjeneste. Dersom målgruppen er heterogen, kan den med fordel splittes opp slike at vi får separate dekningsgrader for ulike deler av målgruppen. Forskjeller i samlet dekningsgrad mellom kommuner kan derfor skyldes at målgruppen er forskjellig sammensatt, i tillegg til at kommunene har forskjellige inntekter og utgiftsbehov og gjør forskjellige prioriteringer.

3.1.5 Kritikk av KOSTRA

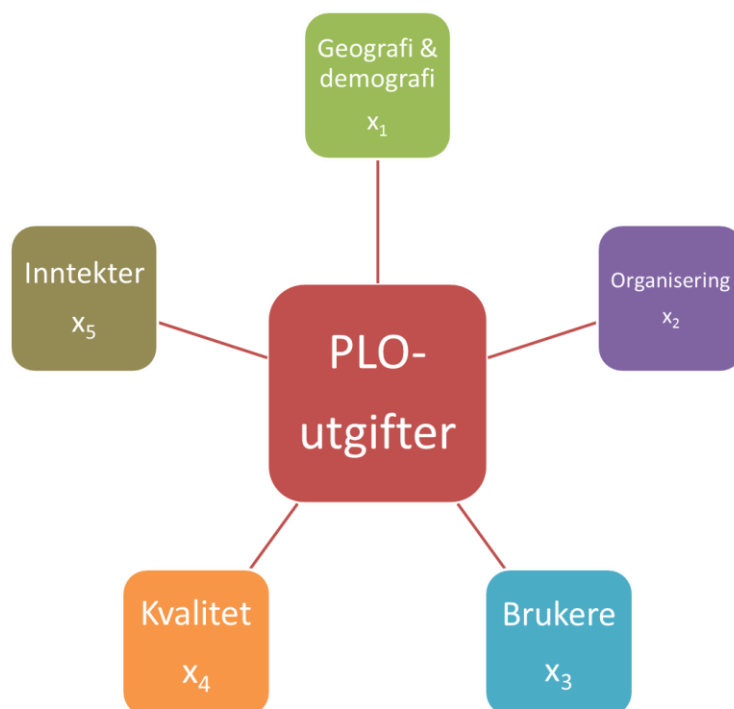
Vi som har jobbet med kommuneøkonomi i en årrekke opplevde nok at det var en viss utfordring i kommunene med å få regnskapsføringen korrekt i tråd med kriteriene i KOSTRA, og i mange år ble det oppdaget feil enten av kommunene selv eller når konsulenter og journalister brukte dataene i ulike sammenhenger. Dessverre ser vi nok tilfeller av dette ennå. I artikkelen «KOSTRAs tall er ikke sammenlignbare» baserer Østre (2012) sin vurdering på rapporten «Manglende komparabilitet i kommunale data» (Ranheim, A. K. et al., 2011). Her har man valgt Gjøvik og Lillehammer som sammenlignbare kommuner, og sett på funksjon 120 Administrasjon i KOSTRA. Det vises til at Lillehammer har høyere utgifter på funksjon 120 enn Gjøvik, og at dette i all hovedsak skyldes ulik føringspraksis mellom kommunene. Konklusjonen her er derfor at KOSTRA-veilederen åpner for ulik praksis og at publiserte KOSTRA-tall dermed i utgangspunktet ikke er egnet til sammenligning mellom kommunene.

Når jeg likevel tar i bruk KOSTRA-sammenligninger i min rapport, er ikke dette for å bestride ovennevnte forskning. Min erfaring er imidlertid at bruk av KOSTRA kan være nyttig for kommunene med de feil og mangler som ligger der. Dette fordi KOSTRA kan brukes som et verktøy til å utfordre kommunene på egen praksis og etablert tjenestenivå gjennom sammenligninger og spørsmålsstillinger. Dermed kan man få til konstruktive diskusjoner om etablert kultur for tildelingsterskler, vurderingspraksis og også om nivå, omfang og innhold i tjenestene. Implisitt i dette ligger det fra min siden også en forståelse for at KOSTRA ikke gir noen svar, men likevel er et egnet redskap for å stille spørsmål som kommunene selv er de nærmeste til å svare på. Og ønsker man virkelig å gå i dybden ved bruk av sammenligninger med andre kommuner, er dette fullt mulig ved å innlede et nærmere samarbeid med aktuelle kommuner for slik å bli kjent med hverandres føringspraksis og korrigere for eventuelle ulikheter. KOSTRA er det eneste offentlig tilgjengelige verktøyet vi har for sammenligning av styringsinformasjon på tvers av kommunene, og bør derfor kunne brukes i de sammenhenger hvor man kan ha nytte av dataene. Spesielt når vi vet hvor ressurskrevende rapporteringen er for kommunene, så er det også viktig at de sitter igjen med noe. Og blir ikke tallgrunnet tilstrekkelig fins det massevis av utfyllende informasjon i kommunenes egne fagsystemer som kan supplere ved behov.

3.2 Teori

3.2.1 Modellen

Når man skal belyse og diskutere utgiftsnivået til pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner, så er det svært mange komponenter (kostnadsdrivere) i stort og smått som spiller inn. I stort vil det være forhold som omfanget på antall brukere, tildelingspraksis, antall ansatte med mere som påvirker utgiftsnivået, mens faktorer som også påvirker, men dog i mindre grad, kan være ansattes utdanningsnivå, andel faglærte, andel administrativt personell, bilbruk og antall liggedøgn ved sykehus for å nevne noen. I min oppgave velger jeg å sette fokus på de kostnadsdriverne som jeg mener kan være noen av de mest utslagsgivende for utgiftsnivået til tjenesteområdet, og som jeg derfor tenker er viktigst å følge utviklingen til i et styringsperspektiv. I henhold til analysestrategien vil kostnadsdriverne være x-variablene, og jeg har valgt å presentere disse i følgende modell som jeg vil legge til grunn for analysen i oppgaven:



Bakgrunnen for dette utplukket har jeg hentet fra tidligere KS-analyser (Effektiviseringsnettverkene) og fra min erfaring gjennom analysearbeidet i KS-K. Jeg vil i det videre kort gjøre rede for alle fem (gruppene) kostnadsdriverne:

3.2.2 Geografi / demografi – X₁

I denne sammenheng vektlegges primært (1) geografiske avstander i form av kommunens totale areal og (2) innbyggernes alderssammensetning.

(1) Når det gjelder organiseringen av tjenestetilbudet ut til sluttbruker vil distanser i form av kilometer veg, spredt bosetting, flere bosettingssentra (bygder) og eventuelle fjellpass og øyer være av betydning. Eksempelvis har flere av kommunene i Møre og Romsdal geografiske «utfordringer» med hensyn til øyer og / eller fjorder. Norddal kommune er et godt eksempel med sine fem bygder: Eidsdal, Fjørå, Tafjord, Valldal og Norddal (Dalsbygda), og med Norddalsfjorden som splitter sentrale deler av kommunen i to. At annet eksempel som illustrer motsatt tilfelle er Ørland kommune i Sør-Trøndelag, hvor ansatte i hjemmetjenesten kan sykle til en stor andel av sine brukere. For mange av kommunene med spredt bosetting og store avstander vil mye av tiden gå med til reising til og fra brukerne, i stedet for faktisk tid sammen med brukerne. Samlet sett vil dette påvirke behovet for tid og bemanning.

(2) Historisk sett har nok pleie- og omsorgstjenesten vært forbundet med eldreomsorg, og når det gjelder andel av brukerne stemmer nok dette fortsatt. Alderssammensetningen i befolkningen vil derfor også være et tema i denne sammenheng, også fordi alder er et element i kommunenes inntektssystem. Når vi har foretatt analyser blant kommunene er det ofte en viss sammenheng mellom andelen eldre (67+ eller 80+) og størrelsen på netto driftsutgifter som går til pleie og omsorg. Det som imidlertid er i ferd med å bli bildet i en rekke kommuner nå, er at når vi ser på ressursbruken til hjemmetjenesten så er dette i ferd med å bli yngre-omsorg mer enn eldre-omsorg, jf. neste avsnitt om brukere.

3.2.3 Organisering – X₂

Knyttet til organisering vil jeg se på (1) kommunenes organisasjonskart for tjenesteområdet, samt (2) organiseringen av og forholdet mellom institusjons- og hjemmebaserte tjenester. (2) Forholdet mellom institusjon og hjemmebasert omsorg er interessant fordi enhetskostnaden for hjemmebaserte tjenester ligger for landsgjennomsnittet rett i overkant av kr 200 000, mens enhetskostnaden for en institusjonsplass ligger i underkant av 1 million kroner. Og

siden kommunene ikke driver disse tjenestene til selvkost skal det relativt enkel matematikk til for å dokumentere at «institusjonstunge» kommuner har et dyrere tjenestetilbud enn de som har valgt en hjemmebasert profil. Det å ha en høy andel institusjonsplasser blir dermed en kostnadsdriver i seg selv. Det som imidlertid er interessant akkurat i denne sammenheng er grensegangen for når har man så få institusjonsplasser at samlet enhetskostnad i tjenesten faktisk øker igjen? For ved et eller annet økonomiske skjæringspunkt er det faktisk billigere å ha brukere samlet i institusjon, enn at hjemmetjenestene skal bemanne opp enkelthusstander spredt rundt i kommunen. Dersom vi ser på de store tallene for kommunene slik de organiserer tjenestetilbudet sitt i dag, utgjør lønn og sosial utgifter til bemanning om lag 80 – 85 % av budsjettet til det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. De største strukturelle kostnadene knyttes til forvaltning, drift og vedlikehold av institusjonsbygninger.

(1) Når det gjelder organisasjonsstruktur er dette interessant fordi det gir utslag i måten kommunene utgiftsfører deler av sine personalutgifter på – altså hvor vidt kommunene har valgt en etatsstruktur (3-nivå modell med tre beslutningsnivå: Rådmann, etatsledere og avdelingsledere) eller en flat struktur (2-nivå modell med to beslutningsnivå: Rådmann og virksomhetsledere), men dette har nok større betydning for forholdet mellom KOSTRA-funksjonene enn for tjenesten samlet, og kan altså forstyrre bildet når vi sammenligner kommuner med hverandre. I en etatsstruktur blir det i praksis gjerne flere personer (ledere og administrativt personell) som utgiftsføres på KOSTRA funksjon 120 (administrasjon), mens for en organisering med 2-nivå modell vil personell som utfører en del av de samme oppgavene faktisk bli utgiftsført på tjenestefunksjonene 253 og 254, som er henholdsvis institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester. Vi ser likevel ofte at der det ikke er formelle avdelingsledere / seksjonsledere, dannes det uformelle ledernivåer som fyller mer eller mindre samme funksjoner som om de hadde vært formelle ledere. Samlet sett ute i praksis blir det nok ikke den helt store forskjellen mht omfanget på antall årsverk, da er det i så fall andre forhold som f.eks. kommunestørrelse som trer inn og forklarer forskjellene.

3.2.4 Brukere – X₃

Når det gjelder brukere vil jeg vektlegge (1) alderssammensetningen blant brukerne og (2) brukernes behov. (1) Alderssammensetningen blant brukere er interessant av flere årsaker. Ser vi på institusjonstjenesten så har denne jevnt over utviklet seg til å bli et tilbud til de aller

svakeste og i praksis til innbyggere over 80 år med demens / kognitiv svikt eller andre tunge pleiebehov. Når det gjelder barneinstitusjoner er ikke dette veldig vanlig i små kommuner, men de fins. Det er også innslag av de under 80 år i institusjon, men da gjerne på korttidsopphold enten som følge av sykdom eller ved utskrivelse fra sykehus. Et annet interessant perspektiv finner vi i hjemmetjenesten. Antall eldre er fortsatt høyere enn antall yngre, selv om andelen yngre er betydelig høyere her enn i institusjonstjenesten. Men i en rekke kommuner jeg har vært inne i ligger forholdstallet for ressurser til aldergruppa under 67 og aldersgruppe 67+ på rundt 60-70/40-30. Fortsatt er altså antall eldre brukere høyest, med de yngre brukerne som kommunene yter tjenester til er så vidt ressurskrevende at de samlet sett bruker en betydelig større andel av budsjettet enn eldre (KS, 2013). I følge Helsedirektoratet kommer dette som en følge av flere statlige reformer der ansvaret er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Andel PU over 16 år i kostnadsnøklerne kan ofte være en indikator på høy / lav andel til yngre brukere, men denne fanger da selvsagt ikke opp alle dersom kommune har mange som sliter med rus og psykiatri, ei heller de med krevende somatiske lidelser.

(2) Et bilde på brukernes behov får vi fra IPLOS tallene. Her deles brukerne inn i tre grupper: avgrenset behov, middels behov og omfattende behov. I teorien skal man da kunne forvente at de med begrenset behov trenger mindre bistand enn de med omfattende behov. Når dette ikke alltid medfører riktighet skyldes dette at IPLOS scoren i liten grad fanger opp variasjon i kognitiv svikt. En person som av ulike årsaker ikke tør / kan være alene (eksempelvis innenfor psykiatri) og derfor får et svært omfattende tilbud, men som er fysisk frisk og ellers for så vidt godt i stand til å ta vare på seg selv, vil få lav IPLOS score og dermed havne i gruppen blant de med avgrenset behov. Dette vil derfor kunne rote til bildet uten at vi har offentlige tall som kan synliggjøre denne forskjellen mellom kommunene. Utslaget vil nok uansett være størst blant små kommuner der få personer kan gjøre store utslag i relativt sett små budsjetter, og også prosentvis i sammenligninger.

Et annet tema som også kunne vært interessant å se på er innleggelser og forhold knyttet til samhandlingsreformen, og da primært medfinansieringsordningen til sykehusene. I følge Geir Hallstensen i KS, er den største driveren for innleggelsen på sykehus brukernes egen helsetilstand. Mens den nest største driveren er avstanden til nærmeste sykehus. Dette er imidlertid en svært kompleks materie både mht hva som inngår i beregningen, hvordan beregningen foregår (deriblant vektleggingen av DRG-poeng), kommunenes

innsynsmulighet og grad av involvering av / medbestemmelse for kommunene. Og kostnadsomfanget på medfinansieringen er likevel ikke av slik størrelsesorden at jeg har valgt å ta den med her.

3.2.5 Kvalitet – X₄

I følge Wikipedia stammer ordet «kvalitet» fra det latinske ordet *qualis* som betyr hvordan eller hvilken, og som knytter seg til egenskapene ved noe. I praksis er kvalitet et svært omfattende og komplekst område som det dessverre ikke er etablert tydelige definisjoner eller systemer for i pleie- og omsorgssektoren, slik vi for eksempel kan se det for oppvekstsektoren, jf. Skoleporten til Undervisningsdirektoratet, hvor man har utviklet et system med både brukerperspektiv (elev- og foreldreundersøkelser) og et faglig resultatperspektiv (karakterer) (Undervisningsdirektoratet, 2014). I tillegg har man også i noen grad fått opp en aktiv skoleeierrolle i kommunestyrene. For pleie- og omsorgssektoren er erfaringen min at brukerperspektivet, IPLOS og kvalitetssystemer fins i størst omfang ute i kommunene. Innholdet i kvalitetssystemene som i stor grad omhandler avviksrapporing knyttet til kvalitetsforskriften og HMS brukes i hovedsak internt, og formidles i svært liten grad til eksterne. Tilsvarende gjelder nok også for IPLOS, selv om deler av dette offentliggjøres sammen med KOSTRA tallene, og da fordi kommunene ofte gir uttrykk for at de er usikre på kvaliteten til dataene. Når det gjelder brukerperspektivet er dette gjerne oppfatningen til brukerne, beboerne selv eller deres pårørende. En stor andel av norske kommuner har brukt eller bruker Kommuneforlagets system på www.bedrekommune.no, mens andre får utarbeidet sine egne løsninger.

Det som likevel har vært interessant gjennom disse årene ute i kommunene er at det fortsatt virker noe prematurt å stole på brukernes synspunkter, og jeg har møtt på utallige forklaringer på hvorfor man ikke kan stole på dette. Alt fra at pårørende ofte er misfornøyde og at brukerne ikke tør være ærlige, til at vi som fagfolk best vet hva brukeren trenger. Da er det interessant at Verdens helseorganisasjon (WHO) allerede i 1986 definerte kvalitet som sammenligningen mellom det nivå av behandling og pleie som ytes i forhold til det ønskede nivå, som dermed inkluderer brukerens mening i selve definisjonen av kvalitet. Et annet spennende perspektiv er Kunnskapscenterets modell for kvalitet (Nasjonal kunnskapscenter for helsetjenesten, 2008/2009):



Her har man har gjort en jobb for å definere sentrale elementer for kvalitet som seks tagger, og på en slik måte at det er mulig å gi taggene et innhold gjennom å diskutere hva de ulike taggene betyr i praksis for tjenesten. Eksempelvis: Hva betyr det for et tilbud at tjenesten skal være «tilgjengelige og rettferdig fordelt»? - Betyr det at en hjemmeboende skal kunne ringe og få bistand til alle døgnets tider, og at rettferdig fordelt betyr lik tjeneste til alle? Og hva betyr «samordnet og preget av kontinuitet»? – Betyr det at en hjemmeboende har krav på den samme hjemmesykepleieren hver gang, og / eller at en bruker som har flere typer tjenester fra ulike avdelinger må kunne tåle at det dukker opp folk støtt og stadig? På denne måten kan både ledere og ansatte settes i posisjon til å diskutere nivåer innenfor ulike deler av tjenestene og også sette dette i sammenheng med gjeldende budsjettammer. Jamfør også SINTEF-rapportene «Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem – en kvalitativ tilnærming», og «Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem», som også diskuterer kvalitetsperspektivet (SINTEF, 2004).

En annen måte å omtale kvalitet på som nok er enklere å tallfeste og som ikke sier noe om innholdet i seg selv, men som likevel kan gi et noe strukturelt bilde av kvaliteten i

tjenestetilbudet, er bygningsmassens beskaffenhet, ansattes kompetanse og omfanget av tildelte timer satt inn i en eller flere sammenhenger (eksempelvis sammenstilt med behovet hos brukerne). Dette fins det tall på i KOSTRA-basen, og vil bli brukt i analysen her.

3.2.6 Kommunenes inntektsgrunnlag – X_5

Kommunenes to største inntektskilder er skatt og rammetilskudd og betegnes samlet sett som kommunenes frie inntekter (KMD, 2013). Skattøret for 2014 fastsettes slik at skatteinntektene skal utgjøre 40 % av de frie inntektene (Finansdepartementet, 2013). Størrelsen på kommunenes rammetilskudd er et svært sammensatt regnestykke bestående av innbyggertilskuddet, utgiftsutjevning basert på kostnadsnøklene (definerte objektive kriterier), inntektsutjevning, samt skjønntilskudd og ulike politiske bestemte regionale tilskudd. Denne delen av inntektene til kommunen henger nøye sammen med kommunenes størrelse, demografi, beliggenhet, samt noen sosiale kriterier. I følge regjeringen er «Det overordnede formålet med inntektssystemet er å utjevne kommunenes forutsetninger for å gi et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere» (KMD, 2013). Denne definisjonen av inntektsnivået har som nevnt over (avsnitt 2.2.2) derfor en nær sammenheng med innbyggerne og deres alder, da alderssammensetningen direkte er med på å påvirke størrelsen på rammetilskuddet.

Men det fins flere måter å definere inntektsnivået til en kommune på. En kommune har nemlig i tillegg en rekke andre inntektskilder både gjennom ulike former for brukerbetaling (eks barnehage, hjemmetjenesten, institusjon, SFO), gebyrer og gjerne ulike former for tilskudd. Noen av kommunene har også andre betydelige inntektskilder som eiendomsskatt og inntekter fra vannkraft (evt. andre eiendeler / rettigheter). Kraftkommuner er et etablert begrep på kommuner som har betydelig eierandeler og dermed inntekter fra hjemfallsrettigheter eller andeler i kraftselskap (konsesjonskraftsinntekter). Eksempler på slike kommuner er (Borge, et al, 2005):

Tabell 5.8 Utgiftskorrigerede frie inntekter i kroner per innbygger. De rikeste kraftkommunene. 2003.

Gruppe	Frie inntekter i kr per innbygger	Herav kraftinntekter (eksklusive naturressursskatten)
Tydal	40 183	12 733
Tokke	41 119	12 281
Øygarden	45 174	21 854
Åseral	47 492	12 961
Forsand	50 596	15 777
Aurland	51 900	16 251
Eidfjord	66 972	25 051
Modalen	71 172	22 434
Bykle	77 422	23 696
Landet	25 824	689

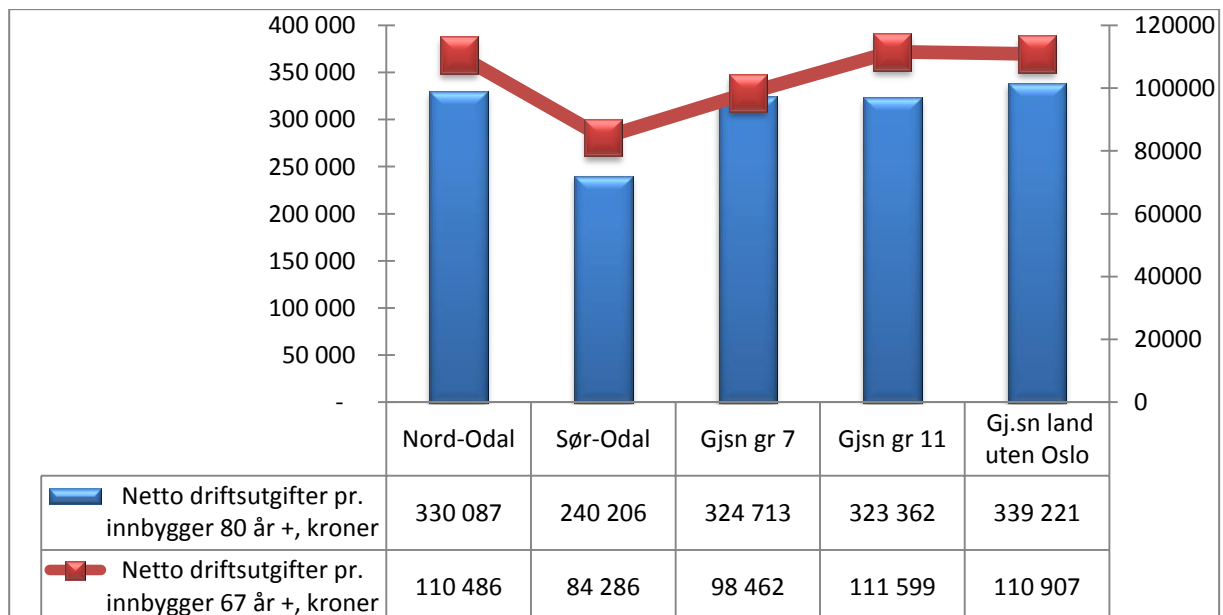
Utgiftskorrigerede frie inntekter i kroner pr innbygger er dermed en annen måte å definere inntektsnivået til kommunene på. I følge departementet beregnes de utgiftskorrigerede frie inntektene slik: «Ved berekning av utgiftskorrigerede frie inntekter er det tatt utgangspunkt i summen av dei frie inntektene. Den delen av dei frie inntektene som inngår i utgiftsbehovet korrigerast ved hjelp av kostnadsnøkkelene i inntektssystemet. Dei resterande inntektene vert deretter lagt til i berekninga. Driftsutgifter til skule, pleie og omsorg, helse og sosial og administrasjon inngår i kommunanes utgiftsbehov, og det er variasjon i kostnadane til drift av desse tilboda det korrigerast for. Kommunar med eit lågt berekna utgiftsbehov ("billige" å drive) vil få justert opp inntektene sine, mens kommunar med eit høgt berekna utgiftsbehov ("dyre" å drive) vil få justert ned inntektene sine.» (KMD, 2013).

En kommune forholder seg jo til inntektssiden sin som helhet i budsjettsammenheng og ikke bare sine «ordinære» frie inntekter (skatt og rammetilskudd), og vi ser av tabellen over at det er betydelig forskjell mellom inntektsnivået pr innbygger for landsgjennomsnittet og for kraftkommunene. Forskjellen pr innbygger for Bykle og ned til landsgjennomsnittet utgjør kr 51 598, og er en måte å synliggjøre forskjellen i det økonomiske handlingsrommet mellom kommunene på – Bykle har altså tre ganger så stort handlingsrom som landsgjennomsnittet (men altså ikke i faktiske kr siden det ligger inne en korrigerende utgiftsbehovet). Dette er en måten vi kan synliggjøre forskjellene mellom kommunene på og som også kan forklare de til dels store forskjellene i det kommunale tjenestetilbudet blant kommunen som vi ser i landet vårt.

Min erfaring er også at det utgiftskorrigerede inntektsnivået gir et bedre bilde av hva kommunene faktisk har mulighet til å bruke på og tilby tjenester for, da det både inkluderer alle de sentrale inntektskildene, men også korrigerer for ulikhetene mellom kommunene. For øvrig er det svært sjeldent at vi blant kommuner uten store ekstrainntekter ser at man har opparbeidet store reserver (ubundne fond), eller har noen former for intern øremerking, noe som betyr at kommunene i hovedsak bruker alle inntektene som ei total ramme, og det vil være umulig å skille ut hva som finansierer hvilke tjenester. Denne indikatoren påvirkes heller ikke i samme grad av ulikheter i alderssammensetningen mellom kommunene, da det er korrigert for ulikheter i utgiftsnivået ved utregningen.

4. Analysen

I analysen vil jeg legge til grunn modellen i teorikapitlet over (kap 2.2.1). Gjennomgangstemaet vil være en sammenligning av pleie- og omsorgstjenestene i Nord- og Sør-Odal kommuner hvor modellen vil benyttes til å diskutere de utvalgte forklaringsfaktorene (x_1 - x_5), for å belyse hva som gjorde at Nord-Odal brukte mer til pleie og omsorg (y =netto driftsutgifter pr innbygger i målgruppa) enn Sør-Odal:



Nord-Odal kommune brukte kr 330 087 pr innbygger i gruppen 80+ til pleie og omsorg (KOSTRA funksjoner 234, 253, 354 og 261), som er høyere enn Sør-Odal men lavere enn

landsgjennomsnittet. Tilsvarende tall i Sør-Odal utgjør kr 240 206 som ligger lavest i utvalget her.

Ser vi på tilsvarende tall der målgruppa er de over 67 år ligger Nord-Odal på kr 110 486 pr innbygger, mens Sør-Odal ligger på kr 84 286. Sammenligner vi med landsgjennomsnittet ligger Nord-Odal omtrent likt, men skal Sør-Odal løfte seg til et landsgjennomsnittlig utgiftsnivå vil dette utgjøre en økning på om lag 32 millioner kr (antall over 67 år utgjør 1 234 personer i Sør-Odal). Sammenligner vi Sør-Odal men øvrige kommuner i landet er det kun 8 kommuner som har lavere nivå når vi ser på aldersgruppa 67 +, og kun 3 kommuner som ligger lavere enn Sør-Odal når vi ser på aldersgruppa 80 + (SSB, 2013).

4.1 Faktor X_1 – geografi & demografi

Nord- og Sør-Odal kommuner utgjør to av de sju Glåmdalskommunen som ligger sør i Hedmark. Opprinnelig tilhørte begge kommunene prestegjeldet Strøm, men ble delt i 1819 og fikk sine nåværende navn i 1917 (Wikipedia, 2014).



Nord-Odal kommune ligger lengst nord av disse to kommunene. Kommunen hadde 5 118 innbyggere ved utgangen av 2013. Landarealet til kommunen er på 476 km² fordelt på sju grender hvor Sand er kommunesenteret, men med et ikke ubetydelig senter også i Mo.

Sør-Odal kommune ligger på grensen til Akershus. Kommunen hadde 7 847 innbyggere ved utgangen av 2013. Landarealet til kommunen er på 486 km² fordelt på fem grender hvor Skarnes er kommunesenteret.

Opplysningen om kommunene er hentet fra nettstedene til Wikipedia og SSB, mens kartene er lastet ned fra Google og Odalsportalen.

Begge kommunene har spredt bosetting, og ingen av disse er verken avhengig av ferger, ei heller har de høye fjellpass eller øyer med bosetting. Ser vi på kriteriene i inntektssystemet som sier noe om avstander og bosetting har vi følgende to (KMD, 2013):

- *I sonekriteriet er kommunene inndelt i soner med om lag 2 000 innbyggere. En sone er et geografisk sammenhengende område bestående av grunnkretser. Reiseavstanden beregnes for alle innbyggerne i en sone inn til sonesenteret.*
- *Nabokriteriet måler beregnet avstand for grunnkretsens innbyggere fra senteret i egen grunnkrets til senteret i nærmeste nabogrunnkrets innenfor samme sone.*

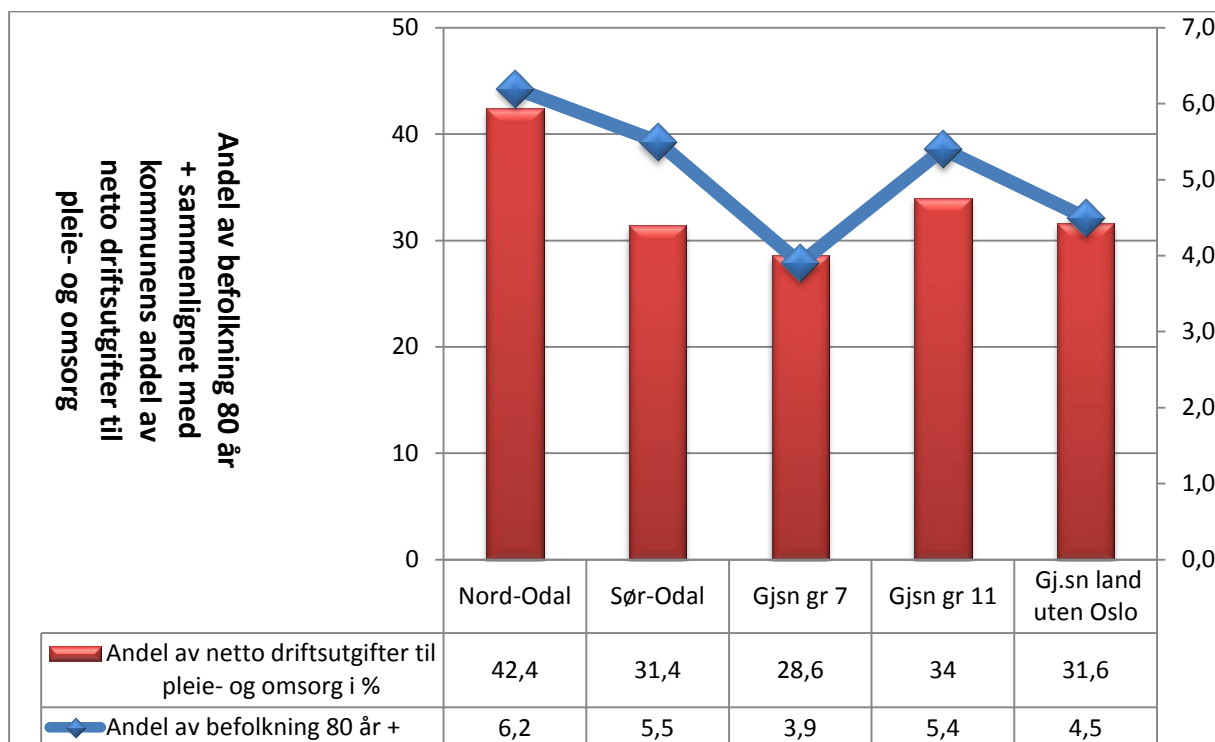
Hentet fra kostnadsnøkklene her vi følgende verdier på kriteriene (KS, 2013):

Kriterier	Nord-Odal	Sør-Odal
Sone	1,10883	1,58655
Nabo	1,57928	1,92432

Dersom kommunene i gjennomsnitt hadde hatt samme avstander som landsgjennomsnittet ville kriteriene ligget på 1,0. Av tabellen fremgår at Nord-Odal ligger nærmere landsgjennomsnittet på begge kriteriene enn Sør-Odal, som betyr at det er noe mer spredt bosetting i Sør-Odal. Bosettingsmønster og innbyggertall vektlegges imidlertid bare 4 % i delkostnadsnøkkelene for pleie og omsorg (KMD, 2013), og er i denne sammenheng derfor tillagt liten vekt. Ut fra dette kan det kanskje være grunn til å tenke at med så vidt liten forskjell mellom kommunene i disse kostnadsnøkklene har ikke geografien avgjørende

betydning for utgiftsnivået i disse to kommunene i denne sammenheng, men ville i så fall underbygget at Sør-Odal kommune hadde et grunnlag for merkostnader.

Ser vi så på demografien og i denne sammenheng andel eldre i % av innbyggerne har vi følgende:



Her ser vi at andel innbyggere over 80 år utgjorde 6,2 % i Nord-Odal og 5,5 % i Sør-Odal. Landsgjennomsnittet lå med en andel på 4,5 % som betyr at kommunene hadde en høyere andel eldre enn et landsgjennomsnittlig nivå ville tilsagt. Her har vi også sammenstilt andel eldre med andelen av kommunenes totale netto driftsutgifter som prioriteres til tjenesteområdet. Nord-Odal brukte 42 % av sine netto driftsutgifter til pleie- og omsorgssektoren, mens Sør-Odal brukte 31 %, som forholdsvis er lavere enn i nabokommunen, uten at disse tallene er direkte sammenlignbare da andelen ses i forhold til den enkelte kommunes eget budsjett. Tallene i dette bildet dokumenterer heller ikke entydig at andelen eldre i seg selv er en kostnadsdriver, selv om vi i mange sammenhenger har sett denne tendensen.

Ser vi på kostnadsnøkklene knyttet til målgruppene finner vi følgende informasjon:

Kriterier	Nord-Odal	Sør-Odal
67-79	1,36493	1,15531
80-89	1,48236	1,24633
90 +	1,28777	0,92383

Landsgjennomsnittet er fortsatt lik 1,0. Og for alle alderskategoriene lå Sør-Odal nærmere landsgjennomsnittet enn Nord-Odal, som betyr at Nord-Odal hadde en større andel eldre i befolkningen enn nabokommunen. For de over 90 år hadde Sør-Odal færre enn et landsgjennomsnittlig nivå. Nord-Odal hadde bortimot 30 % flere enn et landsgjennomsnittlig nivå. I aldersgruppa 80 – 89 år hadde Nord-Odal nesten 50 % flere enn et landsgjennomsnitt ville tilsagt.

Nord-Odal kommune har altså en høyere andel eldre i befolkningen enn Sør-Odal kommune. Dette påvirker dermed nivået på de frie inntektene til kommunene. Alderskriteriene er vektlagt med 56 % i delkostandsnøkkelen for pleie og omsorg og er slik ansett for å ha stor betydning for hva som påvirker etterspørselen etter tjenester innenfor dette tjenesteområdet, selv om eldre ikke er vektlagt tilsvarende betydning i den samlede kostnadsnøkkelen. Og ser vi på hva forskjellen ville bety i praksis for Nord-Odal dersom andelen over 80 år ble redusert til 5,5 % som i Sør-Odal, så utgjør dette to personer mindre da antallet var 322 personer.

Avslutningsvis her tar jeg også med den samlede kostnadsnøkkelen for begge kommunene. Først Nord-Odal:

	HELE LANDET		NORD-ODAL			Bruk av folketall 1.7.2011	
	Vekt	Antall	Antall	Utgifts- behovs- indeks	Pst. utslag	Tillegg/ fradrag i utgiftsutj	
						kr per innb	1000 kr
0-2 år	0,0081	186 568	141	0,73008	-0,22 %	-94	-481
3-5 år	0,0924	183 498	158	0,83179	-1,55 %	-667	-3 422
6-15 år	0,2864	616 025	606	0,95031	-1,42 %	-611	-3 133
16-22 år	0,0205	457 603	393	0,82965	-0,35 %	-150	-769
23-66 år	0,0922	2 862 348	2 896	0,97738	-0,21 %	-90	-459
0-17 år	0,0022	1 115 009	1 016	0,88025	-0,03 %	-11	-58
18-49 år	0,0056	2 168 542	1 893	0,84328	-0,09 %	-38	-193
50-66 år	0,0069	1 022 491	1 285	1,21404	0,15 %	63	325
67-79 år	0,0502	424 650	600	1,36493	1,83 %	787	4 033
80-89 år	0,0715	183 123	281	1,48236	3,45 %	1 481	7 593
over 90 år	0,0459	39 008	52	1,28777	1,32 %	567	2 908
Basistillegg	0,0226	429	1	2,25181	2,83 %	1 215	6 228
Sone	0,0129	19 696 570	22 608	1,10883	0,14 %	60	309
Nabo	0,0129	8 879 642	14 517	1,57928	0,75 %	321	1 645
Landbrukskriterium	0,0030	1,0000	0,0029	2,82905	0,55 %	236	1 208
Innvandrere 6-15 år ekskl Skandinavia	0,0083	33 446	21	0,60655	-0,33 %	-140	-719
Norskfødte med innv foreld 6-15 år ekskl Skand	0,0009	34 656	4	0,11150	-0,08 %	-34	-176
Flytninger uten integreringstilskudd	0,0039	117 462	19	0,15626	-0,33 %	-141	-724
Dødlighet	0,0444	31 906	41	1,24137	1,07 %	460	2 359
Barn 0-15 med enslige forsørgere	0,0112	156 758	163	1,00449	0,01 %	2	11
Fattige	0,0060	190 395	146	0,74078	-0,16 %	-67	-342
Uføre 18-49 år	0,0038	67 396	110	1,57670	0,22 %	94	482
Opphopningsindeks	0,0115	185,18	0,11	0,57379	-0,49 %	-210	-1 079
Urbanitetskriterium	0,0148	41 821 020	28 211	0,65164	-0,52 %	-221	-1 135
PU over 16 år	0,0445	17 047	36	2,04007	4,63 %	1 987	10 189
Ikke-gifte 67 år og over	0,0422	304 268	490	1,55571	2,35 %	1 007	5 163
Barn 1-2 år uten kontantstøtte	0,0570	90 919	61	0,65212	-1,98 %	-851	-4 365
Innbyggere med høyere utdanning	0,0182	1 029 898	541	0,50745	-0,90 %	-385	-1 974
1 Kostnadsindeks	1,000			1,10640	10,64 %	4 569	23 424

Oppstillingen her viser hvilke objektive elementer som inngår i den beregningen som avgjør hvor «dyr» en kommune er å drive og som påvirker størrelsen på rammetilskuddet. Beregningen er blant annet basert på aldersgrupper ut fra det perspektiv om forventet etterspørsel i disse gruppene. Eksempelvis omfanget av innbyggere i aldersgruppa 6 – 15 år som sier noe om forventet etterspørsel for grunnskolen. Under kolonnen «vekt» angis hvor tungt de ulike elementene er vektet i forhold til en verdi på 1,0 som er kostnadsnøkkelen samlede verdi. Eksempelvis aldersgruppa 6-15 år som har verdien 0,2864, og aldersgruppa 80-89 år som har verdien 0,0715. Barn i grunnskolealder er altså vektet nesten 29 % i den samlede kostnadsnøkkelen, mens eldre 80-89 vektet kun 7 %. I praksis betyr dette at en kommune med mange unge anses for dyrere å drive enn en med mange eldre.

Under «utgiftsbehovsindeks» fremkommer kommunens vektete tall i forhold til et landsgjennomsnitt. Er denne over 1,0 får kommunen et tillegg i rammetilskuddet fordi «belastningen» er større enn et forventet landsgjennomsnitt, og er tallet under 1,0 får kommunen et trekk. Nedenfor følger tallene til Sør-Odal:

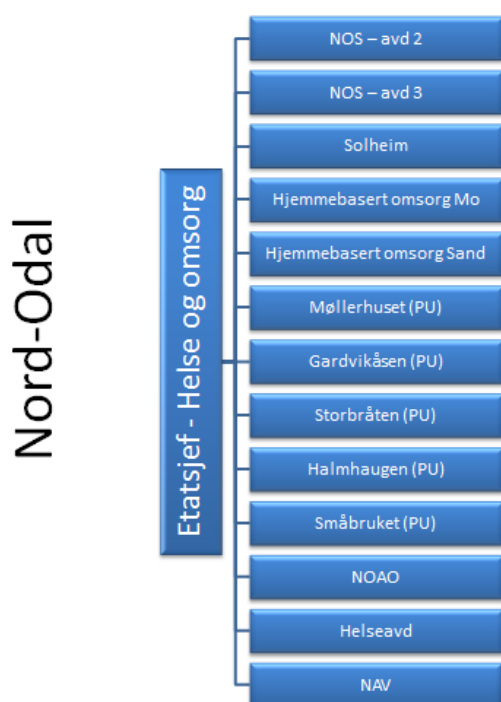
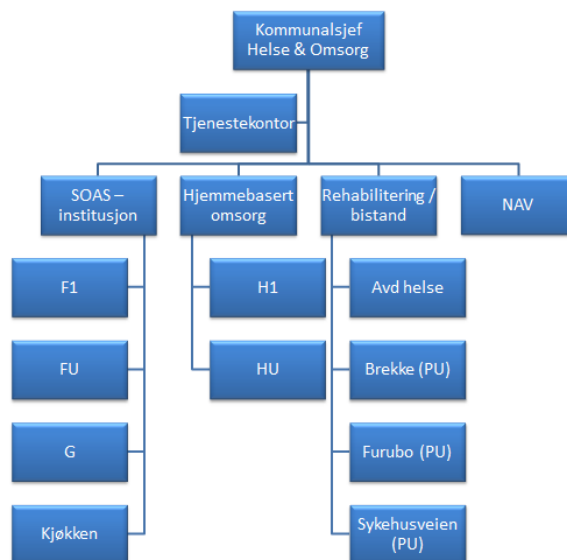
	HELE LANDET		SØR-ODAL			Bruk av folketall 1.7.2011	
	Vekt	Antall	Antall	Utgifts- behovs- indeks	Pst. utslag	Tillegg/ fradrag i utgiftsutj	
						kr per innb	1000 kr
0-2 år	0,0081	186 568	214	0,72518	-0,22 %	-96	-749
3-5 år	0,0924	183 498	223	0,76832	-2,14 %	-919	-7 201
6-15 år	0,2864	616 025	972	0,99756	-0,07 %	-30	-235
16-22 år	0,0205	457 603	682	0,94225	-0,12 %	-51	-398
23-66 år	0,0922	2 862 348	4 549	1,00476	0,04 %	19	148
0-17 år	0,0022	1 115 009	1 594	0,90381	-0,02 %	-9	-71
18-49 år	0,0056	2 168 542	3 155	0,91982	-0,04 %	-19	-151
50-66 år	0,0069	1 022 491	1 891	1,16923	0,12 %	50	393
67-79 år	0,0502	424 650	776	1,15531	0,78 %	335	2 623
80-89 år	0,0715	183 123	361	1,24633	1,76 %	756	5 925
over 90 år	0,0459	39 008	57	0,92383	-0,35 %	-150	-1 176
Basistillegg	0,0226	429	1	1,47371	1,07 %	460	3 601
Sone	0,0129	19 696 570	49 428	1,58655	0,76 %	325	2 545
Nabo	0,0129	8 879 642	27 027	1,92432	1,19 %	512	4 011
Landbrukskriterium	0,0030	1,0000	0,0047	2,96342	0,59 %	253	1 981
Innvandrer 6-15 år ekskl Skandinavia	0,0083	33 446	23	0,43476	-0,47 %	-201	-1 578
Norskfødte med innv foreld 6-15 år ekskl Skand	0,0009	34 656	1	0,01824	-0,09 %	-38	-297
Flytninger uten integreringstilskudd	0,0039	117 462	21	0,11303	-0,35 %	-149	-1 164
Dødlighet	0,0444	31 906	57	1,12946	0,57 %	247	1 934
Barn 0-15 med enslige forsørgere	0,0112	156 758	270	1,08894	0,10 %	43	335
Fattige	0,0060	190 395	190	0,63091	-0,22 %	-95	-745
Uføre 18-49 år	0,0038	67 396	138	1,29454	0,11 %	48	376
Opphopningsindeks	0,0115	185,18	0,21	0,71210	-0,33 %	-142	-1 114
Urbanitetskriterium	0,0148	41 821 020	47 052	0,71130	-0,43 %	-183	-1 437
PU over 16 år	0,0445	17 047	26	0,96426	-0,16 %	-68	-535
Ikke-gifte 67 år og over	0,0422	304 268	607	1,26125	1,10 %	473	3 709
Barn 1-2 år uten kontantstøtte	0,0570	90 919	100	0,69801	-1,72 %	-739	-5 790
Innbyggere med høyere utdanning	0,0182	1 029 898	948	0,58195	-0,76 %	-327	-2 559
1 Kostnadsindeks	1,000			1,00707	0,71 %	304	2 379

Den samlede kostnadsnøkkelen for Nord-Odal er 1,106, mens den for Sør-Odal er beregnet til 1,007, noe som betyr at Sør-Odal ligger på et gjennomsnittlig nivå for norske kommuner, mens Nord-Odal er beregnet til å være om lag 10 % dyrere å drive. Nivået på denne delen av rammetilskuddet vil derfor være høyere for Nord-Odal enn for Sør-Odal.

4.2 Faktor X₂ – organisering

Jeg starter her med å se på organisasjonsstrukturen til kommunene. I henhold til KOSTRA er pleie- og omsorgstjenesten primært delt inn i tre ulike områder – aktivisering, institusjonsbaserte tjenester og hjemmebaserte tjenester. Denne inndelingen passer også godt når kommunenes struktur skal presenteres. Sektorens organisasjonsstruktur i de ulike kommunene omfatter både helse og omsorg med en felles leder direkte underordnet rådmann. Ut over dette er det en rekke ulikheter.

Sør-Odal: Kommunen har i utgangspunktet en såkalt flat struktur (2-nivå) med et kommunalsjefnivå mellom rådmann og virksomhetene, samt et avdelingsledernivå under virksomhetslederne som et fjerde beslutningsnivå. I tillegg har kommunen organisert et tjenestekontor (2,90 ÅV) direkte underlagt kommunalsjefen. Kommunen har 4,8 årsverk merkantilt personell inkl SOAS.

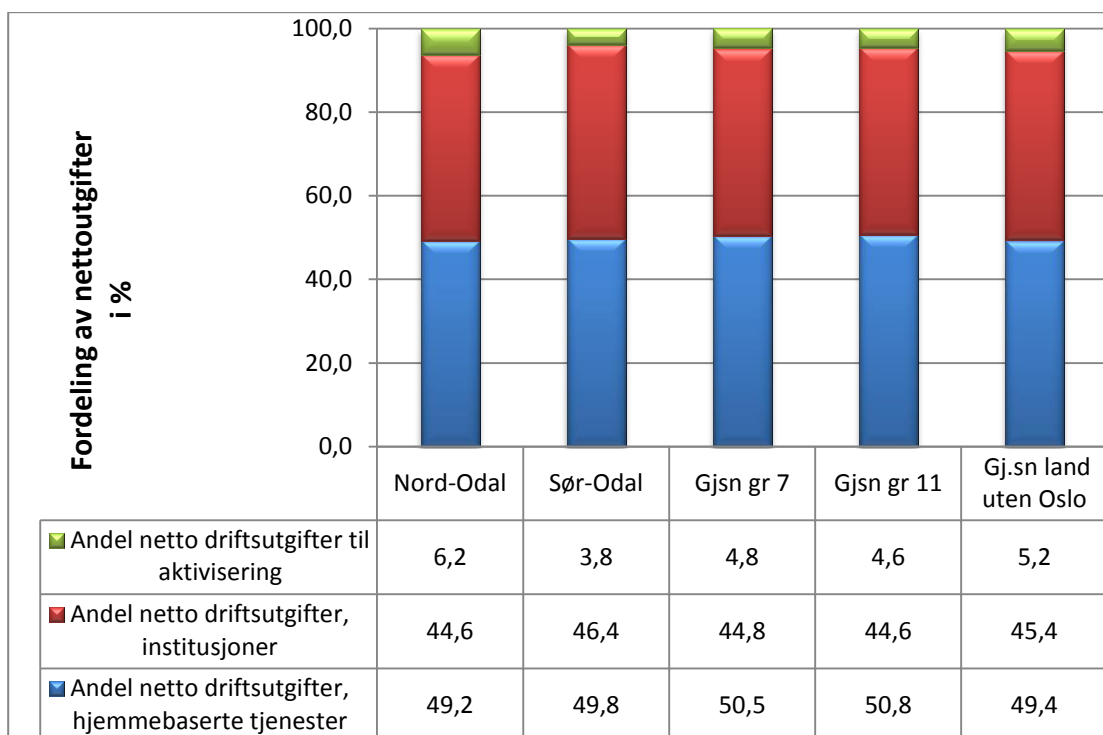


Nord-Odal: Kommunen har en ren etatsstruktur (3 nivå). Med en etatsleder direkte underordnet rådmann, og avdelingsledere som det tredje beslutningsnivået. Kommunen har 2 årsverk merkantilt personell.

Tallgrunnlaget her er imidlertid ikke godt nok til å si noen om hvor vidt det er faktiske eller bare tilsynelatende forskjeller. Dette vil i så fall kreve en gjennomgang av alle stillingene med tilhørende oppgaver. Administrativt er det imidlertid få stillinger og forskjellene er så små at det ikke vil ha noen særlig økonomisk betydning for tjenestområdet som helhet.

Kommunene har imidlertid valgt å organisere tjenestetilbudet noe ulikt, og jeg vil i det videre se hva dette betyr.

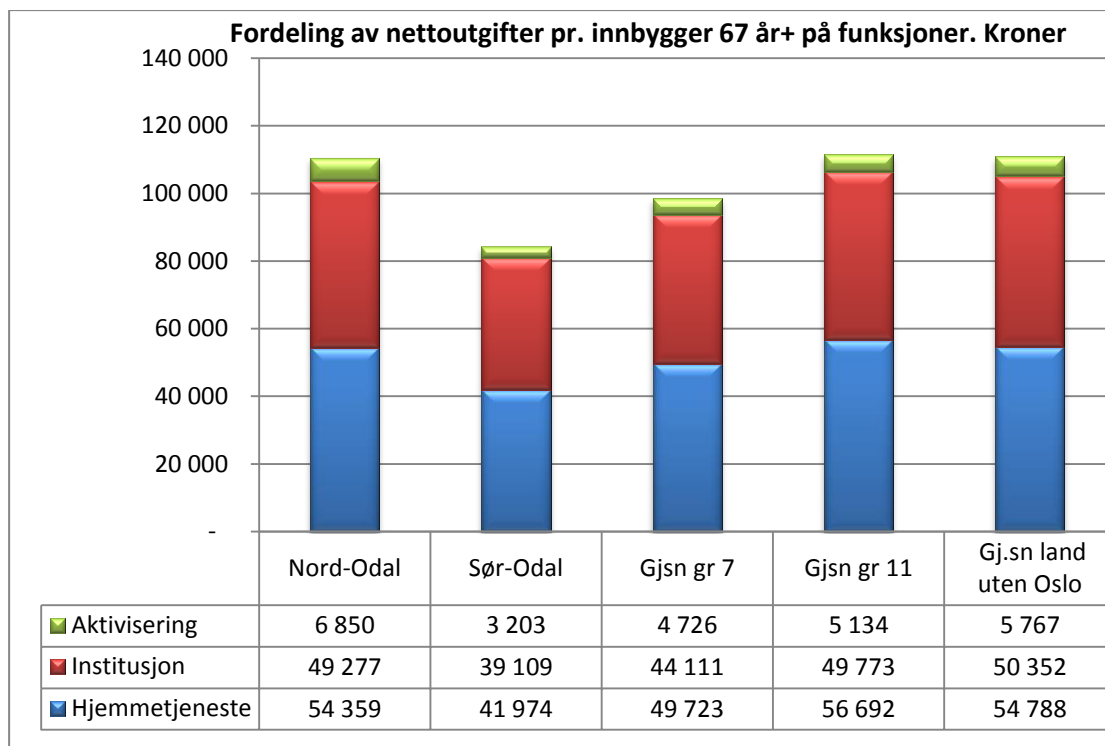
Profilen på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene er som følger:



Fordelingen av netto driftsutgifter til pleie og omsorg mellom institusjonstjenesten (funksjon 253 og 261), hjemmetjenesten (funksjon 254) og aktivisering (funksjon 234) viser at:

- ✘ Aktivisering: Nord-Odal brukte 6 % som er en høyere andel enn Sør-Odal
- ✘ Institusjonstjenesten: Sør-Odal brukte 46 % som er høyere enn Nord-Odal
- ✘ Hjemmetjenesten: Nord-Odal brukte 49 % som er omtrent likt med Sør-Odal

Ser vi på hva dette betyr i kr pr innbygger, her for aldersgruppen 67 +, får vi følgende:



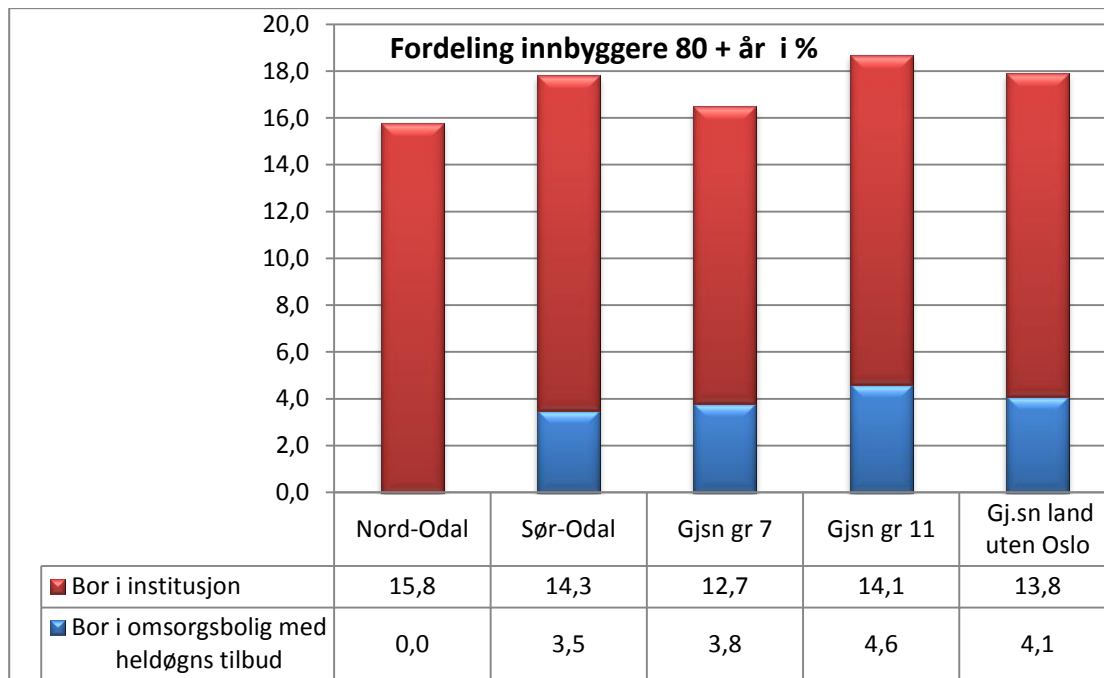
Når vi ser på kronebeløpet brukte Nord-Odal kr 6 850 pr innbygger 67+ til aktivisering, mens Sør-Odal brukte kr 3 203. Her lå Nord-Odal over, mens Sør-Odal lå under landsgjennomsnittet. Tilsvarende tall for institusjon utgjorde kr 49 277 for Nord-Odal og kr 39 109 for Sør-Odal, som begge lå lavere enn landsgjennomsnittet. Ser vi på tallet for hjemmetjenesten utgjorde dette kr 54 359 for Nord-Odal og kr 41 974 for Sør-Odal hvor begge kommunene lå lavere enn landsgjennomsnittet.

Generelt kan man si at i et økonomisk perspektiv bør man søke å begrense bruken av institusjonsplasser. Institusjonsplasser er relativt sett svært dyrt, og ofte er det slik at man både kan få like gode eller bedre, og billigere tjenester ved i større utstrekning å satse på hjemmebasert omsorg. Det ligger for øvrig en forventning om satsning på hjemmetjenestene i stortingsmeldingen om «*Fremtidens omsorg*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Et interessant og sentralt spørsmål her vil jo derfor være hvordan kommunene er rigget i forhold til målsetningen og forventningene i denne meldingen.

Det er to måter å tilby heldøgns omsorg på. Enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns tilbud (hjemmetjenesten). I utgangspunktet er det i et økonomisk perspektiv rimeligere å tilby heldøgns omsorg i hjemmetjenesten, da hjemmeboende har ansvar for eget liv og må dekke egne utgifter. Men her er likevel et skjæringspunkt siden kommunen ikke kan kreve betaling av tjenestene til selvkostpris. Mange «små-institusjoner» rundt om i

kommunen vil være enda dyrere enn å samle disse i en større institusjon, hvor man kan få en hensiktsmessig ressursbruk av personell for beboerne samlet.

For våre kommuner har vi følgende sammensetning av heldøgnsstilbudet:



Nord-Odal lå med høyest andel innbyggere over 80 som bor i institusjon – 16 %. Sør-Odal lå nest høyest i utvalget med 14 %, som var rett over landsgjennomsnittet.

Ser vi så på andelen som bodde i boliger med heldøgns omsorgstilbud utgjorde denne 3,5 % av de over 80 i Sør-Odal. Dette er 18 plasser i HDO-boligene. Tilsvarende tall er rapportert til 0 i Nord-Odal, noe kommunen selv mener er feil da fire av fem bokollektiv for psykisk utviklingshemmede har fast nattevakt. Dette utgjør 22 plasser. For ordens skyld kan også nevnes at alle disse beboerne er under 80 år. Samlet andel med heldøgns tilbud er nok i praksis dermed høyere i Nord-Odal enn i Sør-Odal.

Etter samtaler med kommunene har jeg laget en oppstilling som oppgir både antall brukere / beboere og årsverk. Først ut er institusjonstjenesten i kommunene: Sør-Odal med en institusjon; Sør-Odal alders- og sykehjem (SOAS), og Nord-Odal med sine to institusjoner; Nord-Odal sykehjem (NOS) og Solheim sykehjem. Tallene for årsverk og antall beboere er pr 31.12.2013:

Sør-Odal				Nord-Odal			
Avdeling	Årsverk	Pleiefaktor	Beboere	Avdeling	Årsverk	Pleiefaktor	Beboere
F1	22,03	0,71	30	NOS avd 2	19,00	0,85	20
FU	22,68	0,71	30	NOS avd 3	20,00	0,85	20
G	12,65	0,71	18	Solheim	15,65	0,85	17
Kjøkken	5,08			Kjøkken	6,20		
Admin	1,80			Vaskeri	2,00		
Sum	64,24		78		62,85		57

I Sør-Odal har man 78 institusjonsplasser mens Nord-Odal har 57, mens vi ser at bemanningen (antall årsverk) er forholdsmessig høyere i Nord-Odal enn i Sør-Odal, som dermed gir en lavere pleiefaktor i Sør-Odal. Dette gjenspeiler nok den situasjonen det ble gitt uttrykk for i intervjuene med kommunene. Nord-Odal på sin side uttrykker trygget for omfattende og gode institusjonstjenester, mens Sør-Odal er mer bekymret for «rikets tilstand».

Neste ut er kommunenes nøkkeltall for årsverk og antall brukere i hjemmetjenesten. Begge kommunene har «tjenester på hjul» og tilbud i omsorgsboliger med (HDO) og uten heldøgns omsorgstilbud, samt at begge har et aktiviseringstilbud. På organisasjonskartet kan det se ut som om begge kommunene har delt sine hjemmetjenester inn i to ulike distrikt, samt at begge kommunene har to formelle ledere, men i praksis ser man på egen kommune som en helhet når man planlegger turnus og brukerbesøk. Oversikten fra kommunene er som følger:

Sør-Odal				Nord-Odal			
Boenhet	Årsverk	HDO	Brukere	Boenhet	Årsverk	HDO	Brukere
Brekke (PU)	8,76		10	Møllerhuset (PU)	4,94		6
Furubo (PU)	9,85		12	Gardvikåsen (PU)	6,25	6	6
Sykehusveien (PU)	16,10		16	Storbråten (PU)	6,22	6	6
HDO	Hj tj	18	18	Halmhaugen (PU)	9,51	4	4
Galterud	Hj tj		5	Småbruket (PU)	5,72	6	6
Tanumkollen	Hj tj		18	Mo	Hj tj		38
Tronbøl	Hj tj		16	Sand	Hj tj		32
Hjemmetj samlet	39,70			Hjemmetj samlet	34,40		
Sum	74,41			Sum	67,04		

Tallene er pr 31.12.13.

Antall brukere for hjemmetjenesten på hjul (hjemmeboende utenfor omsorgsboliger) kan variere både i antall og med hensyn til behov fra dag til dag, og er derfor et liten hensiktsmessig nøkkeltall å bruke som sammenligning mellom kommunene. I så fall kunne det vært interessant å se på antallet og utvikling over tid, som kunne sagt noe om en praksis i kommunene.

Omsorgsboliger: Sør-Odal har til sammen 57 boenheter organisert over 4 områder hvorav 18 har tilbud med heldøgns omsorg. Nord-Odal har 70 boenheter organisert over 2 områder hvorav ingen har heldøgns tilbud om omsorg.

Bokollektiv for psykisk utviklingshemmede: Sør-Odal har 3 bokollektiv med 38 boenheter hvorav 4 har tilbud med heldøgns omsorg, med til sammen 34,71 årsverk. I Nord-Odal har man 5 bokollektiv med til sammen 28 boenheter hvorav 22 har tilbud med heldøgns omsorg. Antall årsverk her utgjør 32,64. For Sør-Odal får vi da en bemanningsfaktor på 0,91 pr bruker, mens Nord-Odal har en faktor på 1,17 pr bruker.

Aktiviseringstilbudet:

	Sør-Odal	Nord-Odal
	Årsverk	Årsverk
Korsmo	2 NOAO	6,10
Andel psykiatri	0,9	

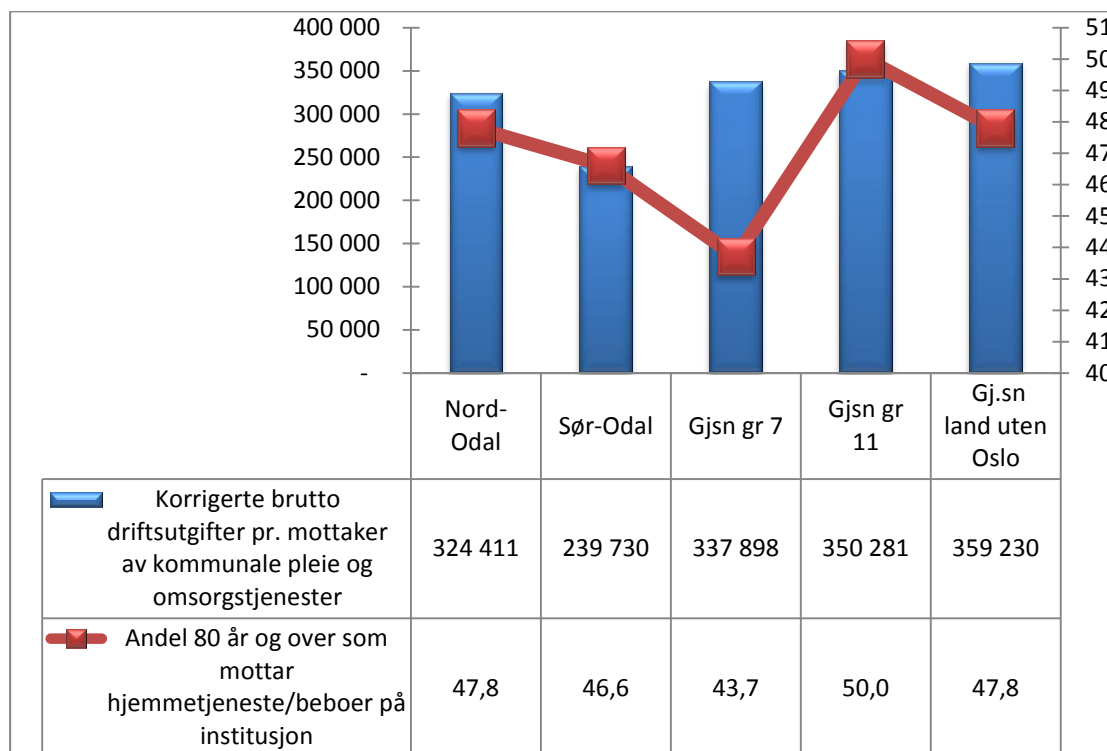
Sør-Odal har i tillegg et aktiviseringstilbud på Korsmo og det fins også et lite dagtilbud for eldre ved HDO-boligene (inngår ikke i oppstillingen over). I Nord-Odal er tilbudet organisert ved NOAO og gjelder kun for beboerne i bokollektivene.

Psykiatri: Sør-Odal har 6 årsverk hvorav 0,9 inngår i aktiviseringstilbudet over. Nord-Odal har 6,98 årsverk.

Sør-Odal kommune er større en Nord-Odal og har derfor i antall både flere brukere / beboere og årsverk i tjenestetilbudet samlet. Det som er interessant og som KOSTRA kan hjelpe oss med er å belyse ressursbruken på en slik måte at det blir sammenlignbart – og da er det

nøkkeltall for prioritering (netto driftsutgifter pr innbygger i målgruppa), produktivitet (stykkepris / enhetskostnaden målt i korrigerede brutto driftsutgifter) og dekningsgrader (andel brukere av målgruppa).

Vi starter med å se på produktivitetstallet for tjenesten samlet som gir følgende bilde:



Ser vi først på andelen av de over 80+ som mottar tjenester fra pleie- og omsorgssektoren utgjorde denne 48 % i Nord-Odal. Dette var likt med landsgjennomsnittet, men høyere enn Sør-Odal hvor andelen utgjorde i underkant av 47 %.

Ser vi så på korrigerede brutto driftsutgifter pr mottaker lå denne nest lavest i utvalget for Nord-Odal på kr 324 411. Landsgjennomsnittets nivå lå på kr 359 230, og Sør-Odal betydelig lavere enn de øvrige på kr 239 730. Bare 12 kommuner i Norge hadde et lavere nivå enn Sør-Odal i 2012.

Indikatoren viser dermed enhetskostnadene / produktiviteten for den aktuelle tjenesten. Normalt vil variasjoner i slike driftsutgifter henge nært sammen med antall årsverk pr bruker. Følgende er normalt bestemmende for ressurser pr bruker for tjenesten samlet sett:

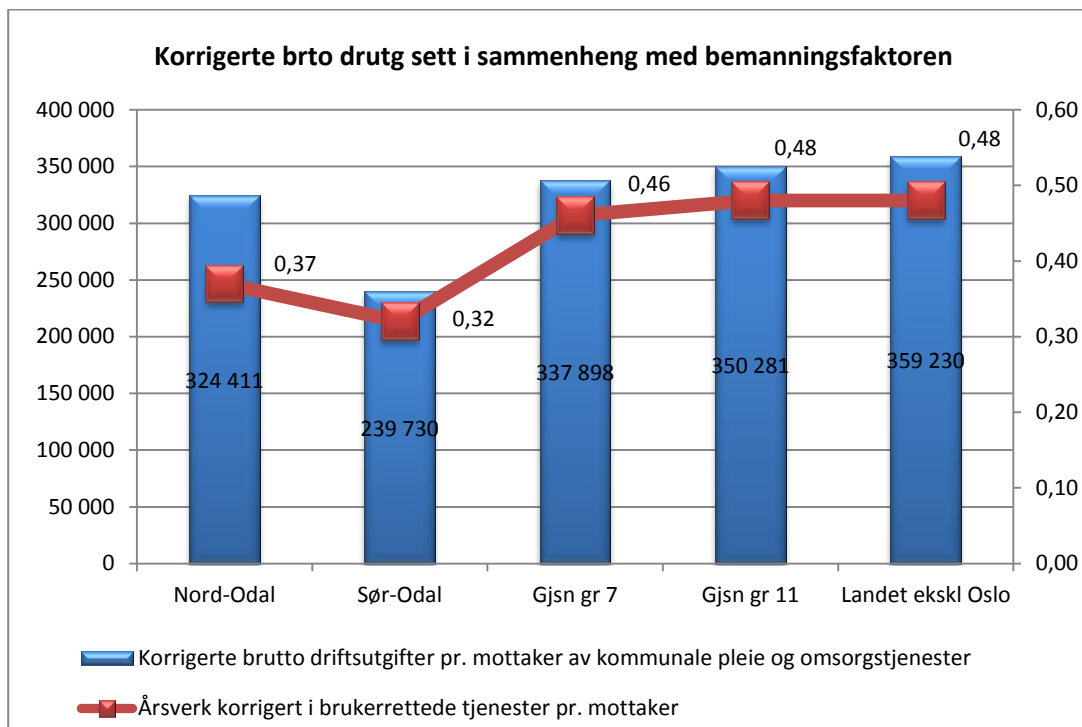
- ✘ Fordelingsprofilen mellom institusjons- og hjemmetjeneste

- ✘ Alderssammensetning av eldre over 67 år, da pleiebehovet gjerne stiger med økt alder
- ✘ Det generelle pleiebehovet i brukergruppen
- ✘ Andel unge ressurskrevende brukere og antall psykisk utviklingshemmede
- ✘ Lokale prioriteringer avhengig av vurdert behov eller terskel for å få tildelt tjenester

Andre forhold som også påvirker nivået på korrigerte brutto driftsutgifter vil være:

- ✘ Utdanningsnivå og ansiennitet hos personalet
- ✘ Størrelsen på institusjonene / bokollektivene

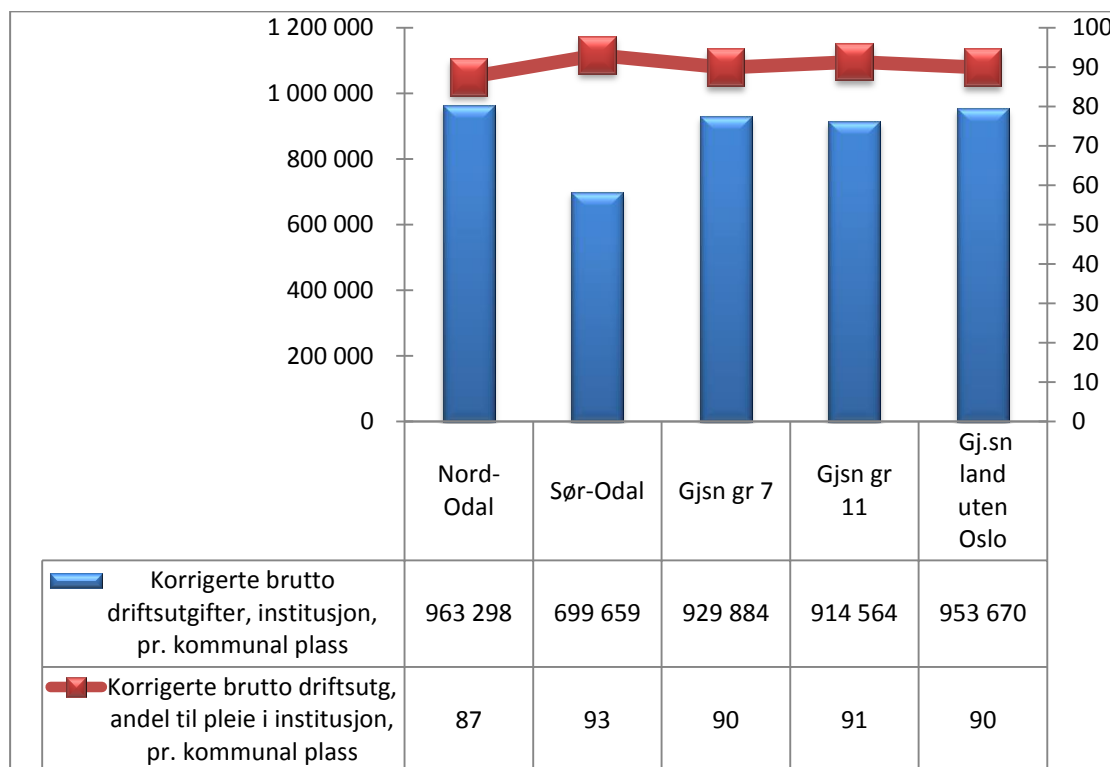
Lønn og sosiale utgifter utgjør den klart største andelen av budsjettet, antakelig rundt 80 - 85 %. Det vil derfor som regel være en nær sammenheng på mellom nøkkeltall for produktivitet og omfanget på antall årsverk i tjenesten. I diagrammet nedenfor presenteres enhetskostnaden pr mottaker av pleie- og omsorgstjenester sett i forhold til tall for bemanning - årsverk:



Som vi så over lå Sør-Odal med best produktivitet (her illustrert ved blå søyler). Av den røde linja som illustrerer årsverk pr mottaker ser vi at Sør-Odal også lå lavest med et antall på 0,32 årsverk pr bruker. Nord-Odal lå nest lavest i utvalget med hensyn til produktivitet, og

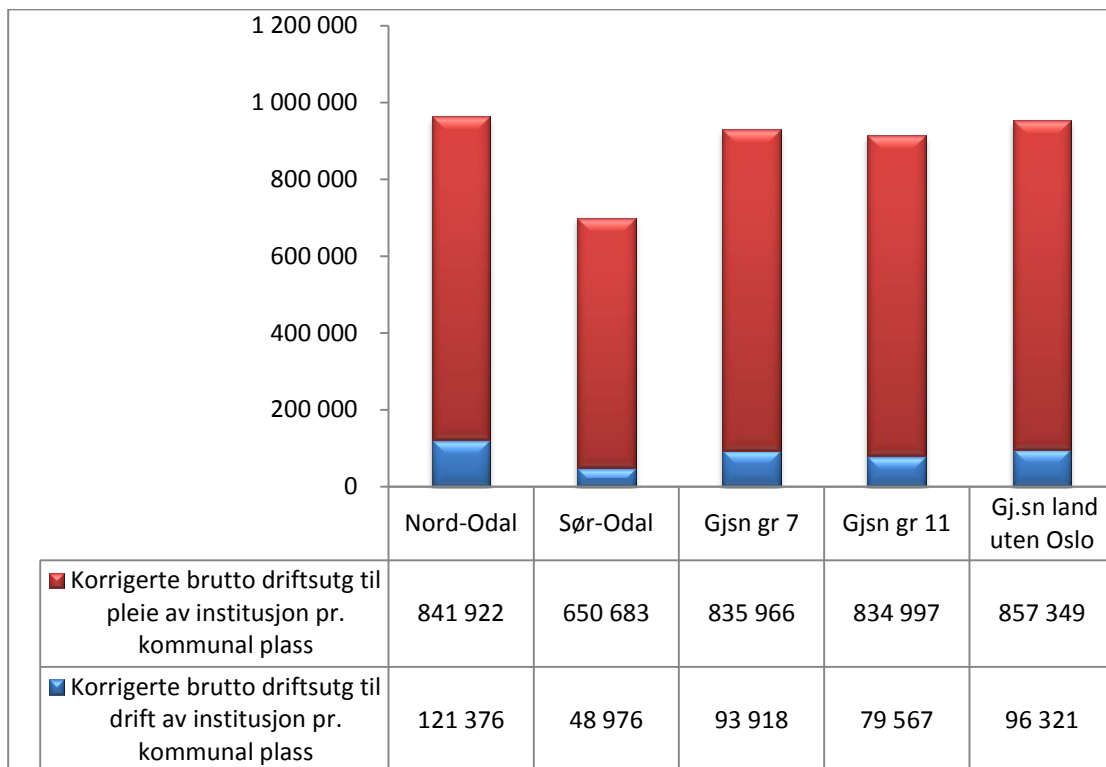
har her nest lavest antall årsverk pr mottaker med 0,37. Sammenligner vi med landsgjennomsnittet lå begge kommunene lavere.

Hvordan ser så tjenesteområdene ut hver for seg. Neste diagram viser produktiviteten (enhetskostnaden) i den institusjonsbaserte tjenesten:



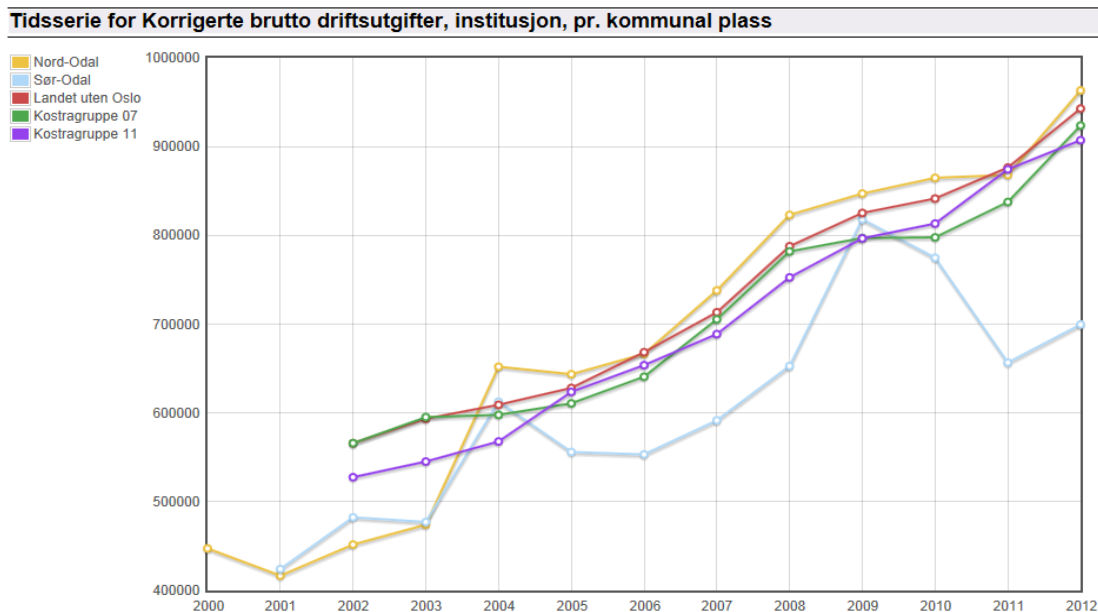
Søylene i diagrammet viser at korrigerte brutto driftsutgifter pr kommunal plass for Nord-Odal kommune lå høyest i utvalget med kr 963 298. Lavest andel her betyr best produktivitet i utvalget. Sør-Odal hadde dermed med best produktivitet ved at kommunen hadde laveste nivå på kr 699 659. Dersom vi setter fokus på andelen som går til pleie pr kommunal plass utgjorde den for Nord-Odal 87 % av de 963 298 kr pr plass. Her lå Sør-Odal med en høyere andel som gikk til pleie med 93 %. En forklaringsfaktor her er at institusjonene i Nord-Odal (NOS og Solheim) er om lag 10 år gamle, mens institusjonen i Sør-Odal (SOAS) er noe eldre. Hovedbygget ble tatt i bruk i 84/85, og har i ettertid fått et påbygg – skjermet enhet – som ble tatt i bruk i 2003. Samlet bygningsmasse i Sør-Odal fremstår i følge kommunen selv ikke som et effektivt og driftsrasjonelt bygg. Erfaringsmessig fremstår kommuner med nyere bygg i denne sammenheng som dyrere å drifte, som en direkte følge av størrelsen på avskrivningene.

Institusjonstjenesten her også en relativt stor andel utgifter som ikke er lønnsutgifter men utgifter til forvaltning, drift og vedlikehold av bygningsmasse. Neste tabell angir kronebeløpet for både andelen som går til pleie og andelen som går til driften av institusjonene:



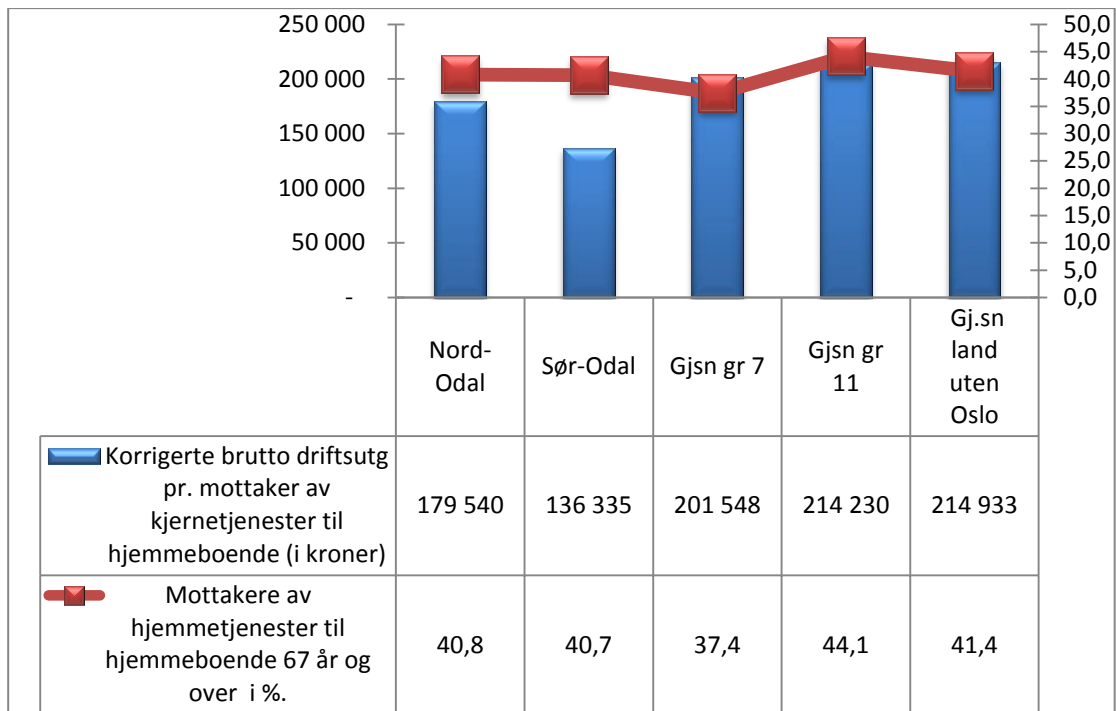
Uten at jeg har vært inne og sett på detaljene for drifta av NOS / Solheim og SOAS ser vi her at det er relativt stor forskjell på de blå søylene, som slik illustrerer kostnadsforskjellen mellom det å ha nye og gamle bygninger. Et forhold til undring her blir heller andelen som går til pleie. På tross av at Sør-Odal kommune beskriver at de har et gammelt og driftsmessig lite hensiktsmessig bygg lå utgiftene til pleie (kr 650 683) lavere enn både Nord-Odal (kr 841 922) og landsgjennomsnittet (kr 857 349). Som nevnt tidligere er pleie- og omsorgstjenesten, og spesielt den delen av tjenesten som går direkte til pleie primært personalintensiv, noe som gjør at høyden på den røde søyla i all hovedsak vil henge sammen med bemanningsfaktoren. Dette har vi dessverre ikke tall for i KOSTRA, men Sør-Odal opplyser om en pleiefaktor på 0,71 og Nord-Odal om en faktor på 0,85. Dette er dermed med på å forklare at Nord-Odal ligger høyere enn Sør-Odal.

Tar vi så for oss utvikling for tjenesten over tid, får vi følgende bilde:



For korrigerede brutto driftsutgifter pr plass, ser vi at utviklingen for kurven jevnt over har vært stigende gjennom hele perioden. I fra 2003 – 2004 ser det ut til at Nord-Odal hadde en markant økning, som antakelig var da de nye institusjonene ble tatt i bruk. Utviklingen i Sør-Odal har vært noe mer ujevn, med et fall og en utflating rundt 2005 / 2006, og også etter 2009.

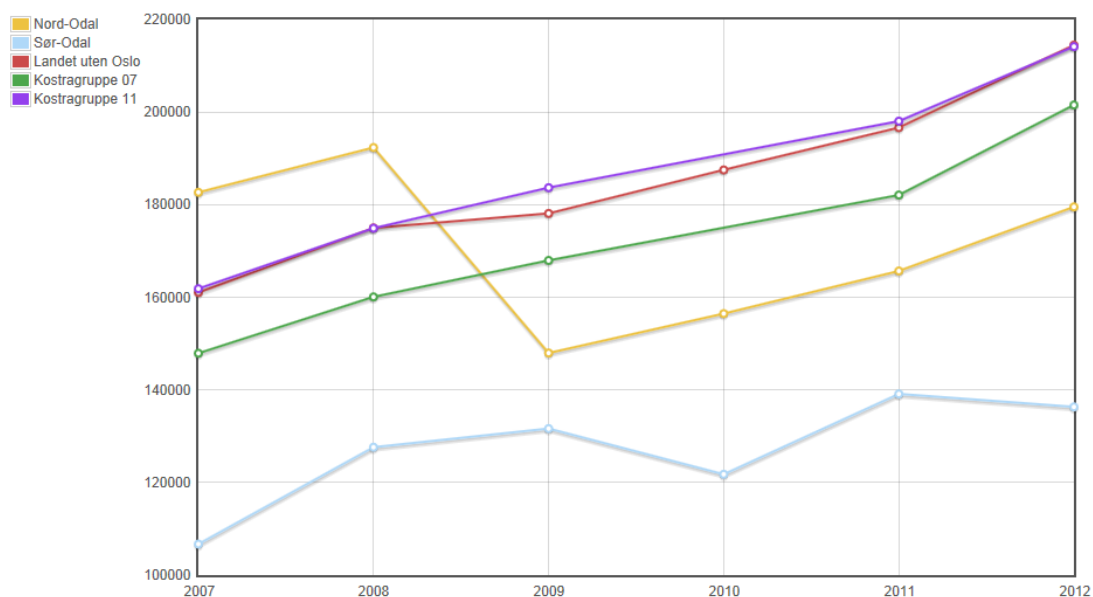
I neste diagram ser vi på enhetskostnaden for hjemmetjenesten. Her har jeg valgt en annen og større målgruppe – aldersgruppa 67+, siden hjemmetjenesten i praksis betjener en langt større gruppe, og har flere yngre brukere enn institusjonstjenesten:



Vi ser av søylene at Nord-Odal kommune brukte kr 179 540 pr mottaker av hjemmetjenesten. Dette er nest lavest i utvalget og Nord-Odal hadde dermed nest best produktivitet i tjenesten. Sør-Odal lå imidlertid enda lavere og derav med best produktivitet på kr 136 335. Når Sør-Odal lå så vidt mye lavere på enhetskostnader enn landsgjennomsnittet på institusjonstjenesten, og i tillegg ligger betydelig lavere her for hjemmetjenesten (kun 48 kommuner ligger lavere), er det en sammenheng vi ikke ser veldig ofte. Det mest vanlige mønsteret er at dersom en kommune har veldig lav produktivitet i den ene sektoren så er den gjerne høy i den andre sektoren, eller motsatt. Men her ligger altså Sør-Odal med betydelig høyere produktivitet enn landsgjennomsnittet i begge sektorene. Da er det nærliggende å tro at bemanningen er lav i begge sektorene, uten at vi her har noe grunnlag for å si noe om nivået på og innholdet i tjenestene.

Tar vi så for oss utvikling for hjemmetjenesten over tid, så får vi følgende bilde:

Tidsserie for Korrigerede brutto driftsutg pr. mottaker av hjemmetjenester (i kroner)



Den historiske utviklingen i perioden 2007 – 2012 viser en noe ujevn men likevel klar økning for korrigerede brutto driftsutgifter (fall i produktiviteten) for Sør-Odal, men ser vi på Nord-Odal hadde man en økning i produktiviteten fra 2008 – 2009, og det kan virke som om man nå er på vei tilbake til 2007 nivået. Sør-Odal har imidlertid ligget lavest gjennom hele perioden.

Nord-Odal lå med en noe høyere andel i institusjon enn landsgjennomsnittet og Sør-Odal. Erfaringsmessig ser vi gjerne at høyere andel i institusjon er med på å holde nede nivået på bistandsbehovet til de tyngste brukerne som bor hjemme, sammenlignet med kommuner som har lav andel i institusjon, som gjør at flere med omfattende behov får tilbudet i sitt eget hjem. Når jeg har to relativt sett små kommuner i min sammenligning kan få personer gjøre prosentvis store utslag både mht. antall brukere, men også mht. omfanget på vedtakene, slik at i denne sammenheng er det vanskelig å trekke en entydig konklusjon basert på rene ressursdata. Vi gjør igjen oppmerksom på at tallene ikke sier noe om verken omfanget eller kvaliteten på tjenestene.

Korrigeret brutto driftsutgifter pr. bruker i hjemmetjenesten vil normalt variere med:

- årsverk pr bruker, dvs. timetildelingen pr bruker
- aldersfordelingen i kommunen og andel 80 år + i institusjon
- andelen ressurskrevende brukere / PU

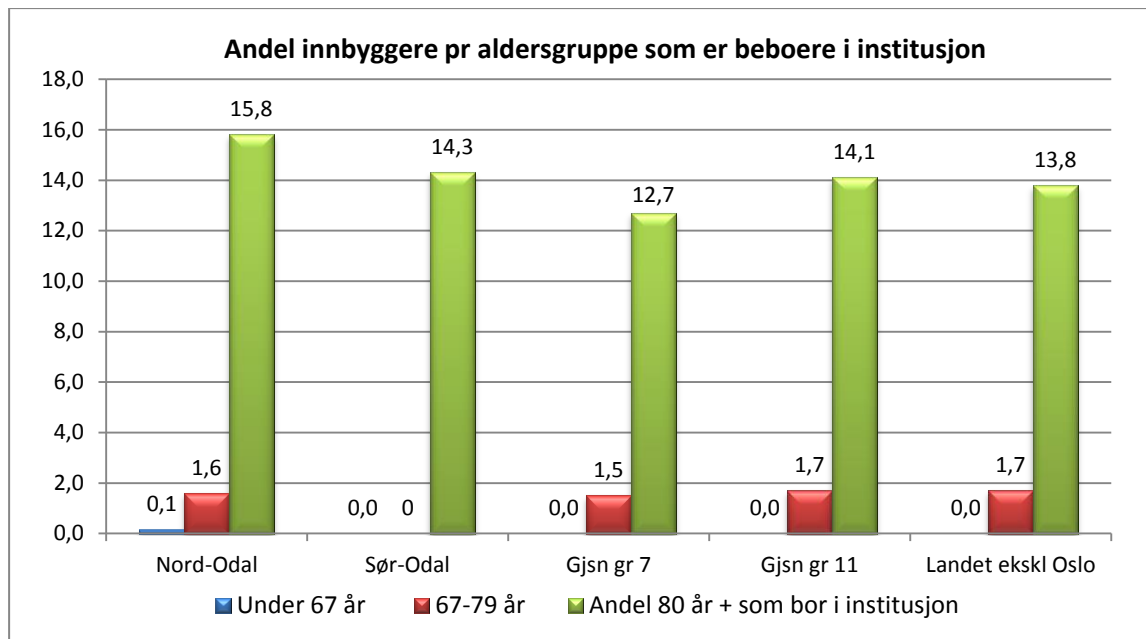
-
- utdanningsnivå / ansiennitet hos ansatte, dvs. lønnskostnader
 - andel av det samlede antall årsverk som brukes direkte i tjenesteytingen / brukerkontakt vs. kjøring, administrasjon mv.
 - lokale prioriteringer for øvrig

I KOSTRA er det ikke foretatt noe skille mellom ulike brukergrupper i rapporteringen av korrigerte brutto driftsutgifter pr mottaker, men erfaringsmessig går en betydelig andel av hjemmetjenestens utgifter til brukere under 67 år og/eller PU i en kommune. Disse er vanligvis ikke mange i antall, men har ofte et desto mer omfattende pleiebehov. Det fins heller ikke indikatorer i KOSTRA som kan angi behovet for ressursinnsats til spesielt kostnadskrevende brukere. Som følge av dette er det derfor heller ikke mulig å vurdere om kommunen har en tilstrekkelig ressursinnsats pr mottaker eller ikke.

4.3 Faktor X_3 – brukere

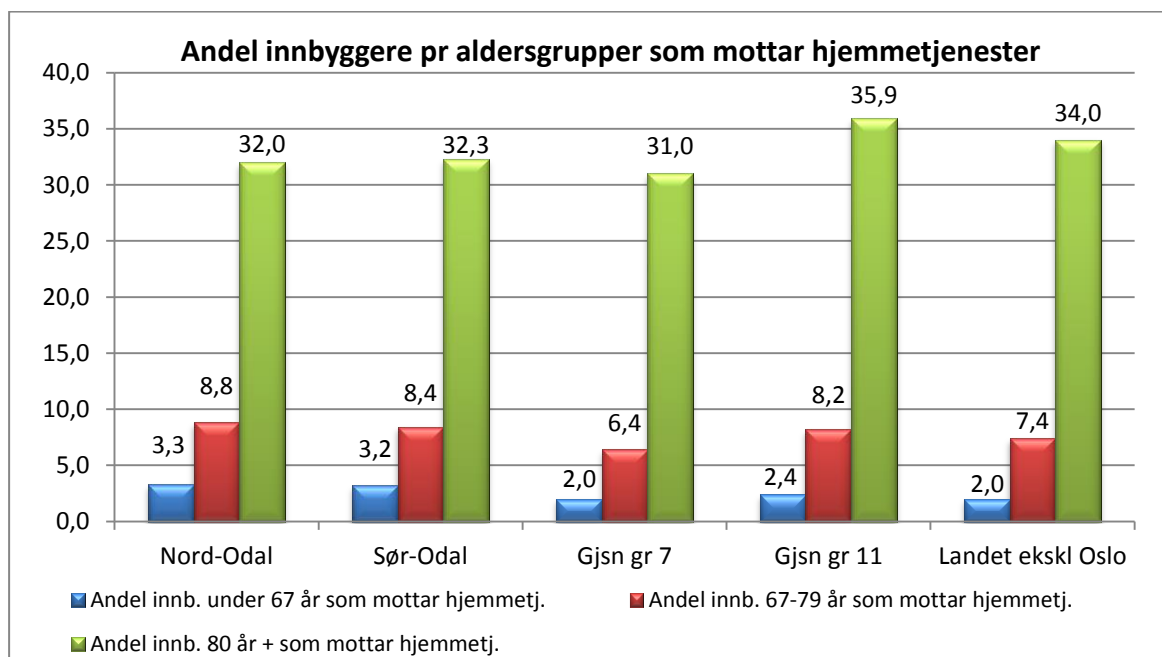
For noen år tilbake var det en gjengs oppfatning av at eldre folk hadde større pleiebehov enn yngre, og blant dagens politikere kan det ennå virke som om at når du har oppnådd en viss alder så fortjener du en institusjonsplass. Slik er det nok ikke lenger i praksis, men brukerperspektivet er nok likevel den viktigste faktoren uansett hvilket ståsted man måtte velge å ta. Den største endringen vi har sett de siste årene er at yngre brukere faktisk er de med størst og mest komplekst pleiebehov, mens de «eldre» i stadig større grad beholder en sterk helse og greier seg selv i langt større grad en tidligere.

Jeg starter her med å se på alderssammensetningen i institusjonstjenesten. Kommunene har følgende aldersfordeling sett i forhold til de ulike aldersgruppene blant innbyggerne:



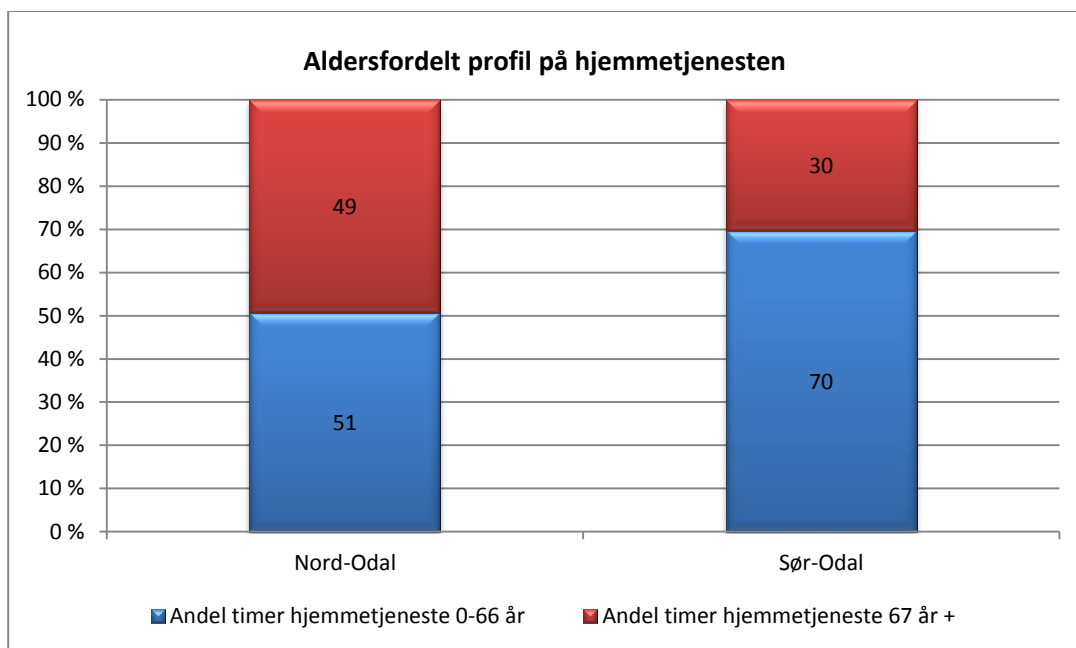
Her ser vi at andelen unge i institusjon var svært lav for alle i utvalget, og i Nord-Odal hadde man 0,1 % av de under 67 år som beboere på institusjon, mens tilsvarende tall var rapportert til 0 i Sør-Odal. I Sør-Odal antas det at dette var situasjonen akkurat pr 31.12, for erfaringsmessig har også Sør-Odal i noen grad unge beboere på institusjon. Tilsvarende gjelder også for aldersgruppa 67 – 79 år. Her hadde Nord-Odal 1,6 % av innbyggerne som beboere. Blant de eldste er 16 % beboere i Nord-Odal og 14 % beboere i Sør-Odal.

Neste diagram tar for seg aldersfordelingen blant hjemmetjenestens brukere:



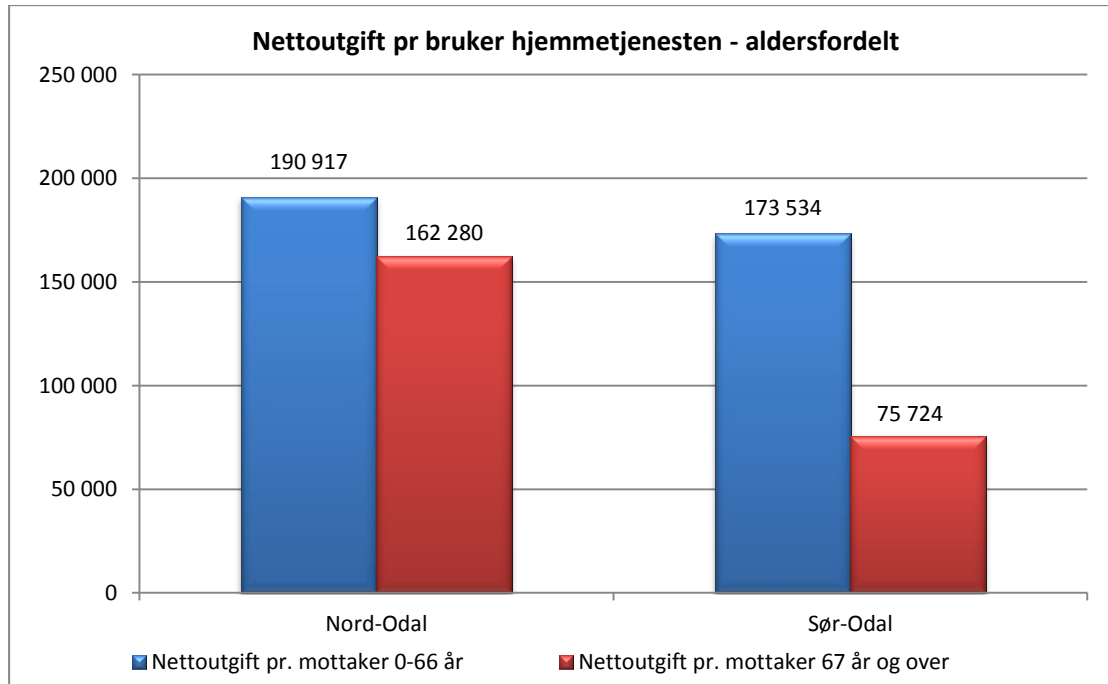
Ut fra dette bildet ser vi at Nord-Odal og Sør-Odal lå noe over landsgjennomsnittet mht. andel innbyggere under 67 år (blå søyle) som mottar tjenester, og andelen er lik i kommunene. Omtrent tilsvarende gjaldt også for aldersgruppa 67-79 år (rød søyle) og 80+. Sammenligner vi med landsgjennomsnittet hadde kommunene noen færre i den eldste gruppa og noen flere i den midterste aldergruppa.

Hvordan gjenspeiler dette seg dersom vi ser på ressursbruken mellom yngre og eldre brukere? Et bilde på dette kan vi få ved å se på timeinnsatsen i forhold til aldersfordelingen i tjenesten, da vi sånn generelt kan karakterisere tjenestene til gruppen 67+ som ordinær eldreomsorg, mens de under 67 gjerne kan være mer ressurskrevende brukere og slik utgjøre en betydelig kostand for kommunen selv om disse er færre i antall. For timefordelingen mellom yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten har vi følgende bilde:



For Nord-Odal sin del ser vi at nesten halvparten av tildelte timer gikk til aldersgruppen under 67 år, og dermed halvparten til de over 67 år. For Sør-Odal ser vi imidlertid en annen profil - hvor 70 % av timene gikk til yngre brukere og 30 % til eldre brukere. Dette er bildet vi ser i stadig flere kommuner, nettopp en profil som tilsier at hjemmetjenesten i langt større grad yter omsorg til yngre enn at de driver primært eldreomsorg. Hva kan være årsaken til denne forskjellen mellom kommunene? Er det slik at man i Sør-Odal har ulike standarder når man tildeler tjenester til yngre og eldre? Er det fordi man i Nord-Odal har valgt å prioritere eldreomsorgen? Eller er det faktisk forskjeller i behovene mellom kommunene?

Dersom vi i denne sammenheng også ser på nettoutgiftene pr bruker underbygger også dette hovedbildet innen dagens omsorgstjenester. Nettopp at yngre brukere mottar et relativt større omfang på sine vedtak om hjemmetjenester enn eldre. Informasjonen her gir et mer presist bilde av hvordan ressursene fordeles internt i kommunen mellom de to brukergruppene:



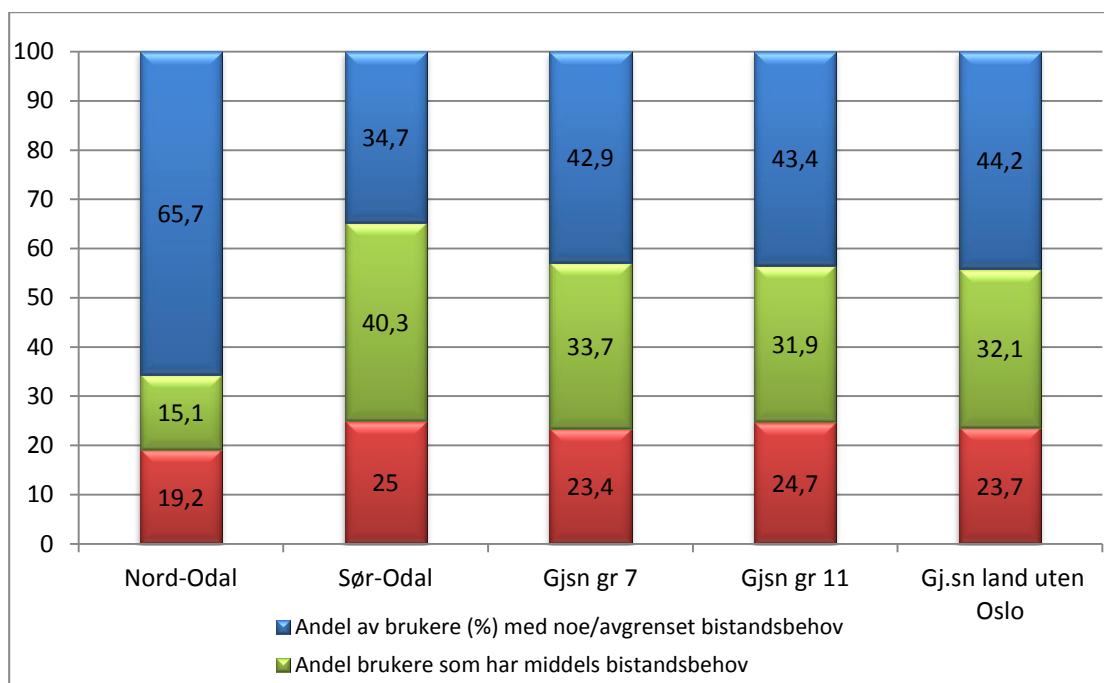
Her ser vi at en ung bruker kostet Nord-Odal kommune i gjennomsnitt kr 190 917, som er dyrere enn i Sør-Odal hvor en ung bruker i gjennomsnitt kostet kr 173 534. En eldre bruker i Nord-Odal kostet i gjennomsnitt kr 162 280, mens vi ser at i Sør-Odal kostet en eldre bruker i gjennomsnitt kr 75 724 som er godt og vel under halvparten av hva en yngre bruker kostet, og faktisk også under halvparten av hva Nord-Odal kommune bruker pr mottaker i samme aldersgruppe.

Som nevnt over kan omfanget av innbyggere med PU-diagnose være en forklaringsfaktor for omfanget på hjemmetjenesten. Inntektssystemet har også en kostnadsnøkkel som indikerer om kommunene ligger høyt eller lavt sammenlignet med et gjennomsnitt for norske kommuner. Også her tilsvare et landsgjennomsnittlig nivå 1,0:

2012	NOK	SOK
PU over 16 år	2,04007	0,96426

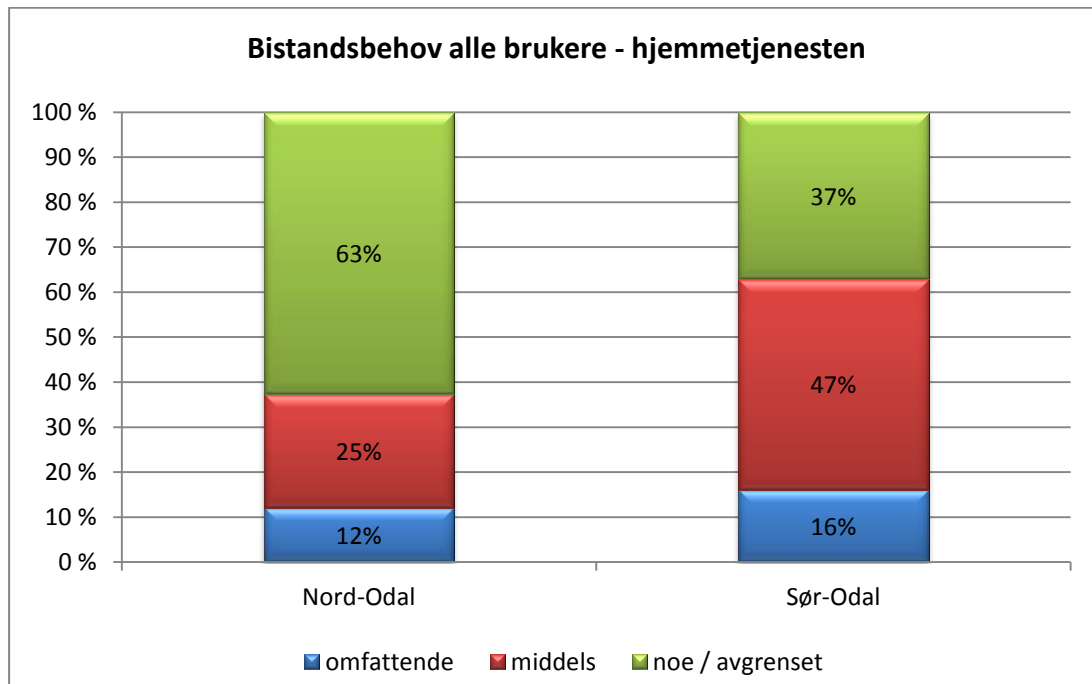
Her er forskjellen til dels betydelig mellom kommunene. Mens Nord-Odal har dobbelt så mange innbyggere over 16 år med PU diagnose, så ligger andelen i Sør-Odal rett under landsgjennomsnittet. Dette underbygger omfanget vi så over på bokollektivene og kan også være en mulig forklaringsfaktor på at Nord-Odal ligger høyere i utgiftsnivå enn Sør-Odal. Nord-Odal har totalt 36 innbyggere over 16 år med PU-diagnose, mens tilsvarende tall for Sør-Odal er 24. Tallene her er hentet fra kostnadsnøkklene i inntektssystemet. For sistnevnte er det oppgitt av Sør-Odal at antall i PU boliger er 38 (jf. kommunenes opplysninger i tabellene over).

Ser vi så på profilen når det gjelder bistandsbehovet i brukergruppa, er den som følger:



For Nord-Odal sin del ser vi at omfanget på andel brukere med omfattende bistandsbehov er lavest. 19 % av brukerne hadde omfattende bistandsbehov, mens 15 % hadde middels bistandsbehov og 66 % hadde avgrenset bistandsbehov, hvorav sistnevnte er klart høyest i utvalget. Denne profilen er i grunnen ikke sammenfallende med noen av de andre i utvalget og varierer betydelig fra Sør-Odal hvor omfanget av brukere med middels bistandsbehov var størst, og andelen med begrenset bistandsbehov var lavest i utvalget. Over så vi at andelen brukere var omtrent den samme. Fra Nord-Odal sin del ligger det en undring her om hvorvidt bruken av IPLOS kategoriene er korrekt, om kommunen faktisk har lavere terskel til sine tjenester enn både landsgjennomsnittet og Sør-Odal, eller om det reelt sett er så vidt stor ulikhet mellom kommunen mht. behov hos innbyggerne slik tallene indikerer?

Et annet interessant diagram er bistandsbehovet i hjemmetjenesten, spesielt når vi over så den betydelige forskjellen i andelen PU over 16 år:



Her fins det bare tall på kommunenivå. Diagrammet gir et bilde av bistandsbehovet for brukerne av hjemmetjenesten også her fordelt på omfattende, middels og avgrenset behov. I Nord-Odal var over 60 % av brukerne vurdert til å ha et begrenset behov for bistand. Dette er klart flere enn i nabokommunen. ¼ av brukerne hadde middels behov, hvorav denne gruppen utgjør nesten halvparten i Sør-Odal. Mens for de med omfattende behov er forskjellen mellom kommunene mindre. Det er derfor ingen entydig sammenheng mellom omfanget på tildelte timer og bistandsbehovet, når Nord-Odal har lavest bistandsbehov og har høyest utgift pr bruker.

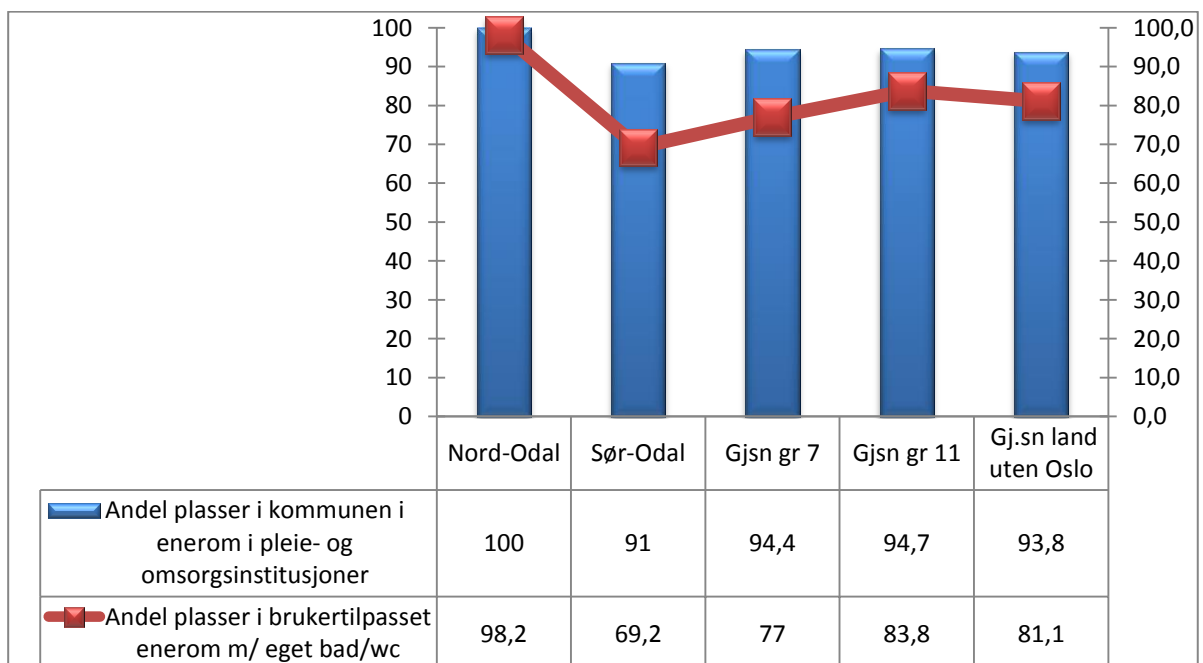
Som nevnt i kapittel 2.2.4 er det IPLOS som ligger til grunn for denne grupperingen i avgrenset / middels / omfattende behov, og som i all hovedsak måler fysisk funksjonsnivå langt bedre enn psykisk funksjonsnivå. Dette kan kanskje til en viss grad forstås av forskjellen mellom Nord-Odal og Sør-Odal mht. at andelen PU var betydelig høyere i Nord-Odal. Andelen som mottar psykiske helsetjenester i Nord-Odal utgjorde dessuten 1/3 av alle brukere.

4.4 Faktor X₄ – kvalitet

Som nevnt i teorikapitlet er kvalitet et komplekst begrep og kan bestå av mange ulike komponenter. Begge kommunene oppgir at de har et system for å gjennomføre brukerundersøkelser, men resultatet av disse inngår ikke i denne rapporten. Kommunene har ikke brukt Kommuneforlagets portal på www.bedrekommune.no, og det er derfor ikke mulig å finne offentlig tilgjengelige sammenlignbare data for dette for 2012.

IPLOS er nok et bedre egnet verktøy enn KOSTRA til å belyse kvalitetsaspektet i pleie- og omsorgssektoren, og i noen grad er IPLOS-informasjon offentliggjort i KOSTRA-databasen. Nedenfor presenterer jeg et utvalg av diagrammer hvor informasjon er hentet fra enten en eller fra begge disse kildene. Kvalitetsbegrepet vil i denne sammenheng handle mer om antall og omfang, enn om innholdet i tjenestene.

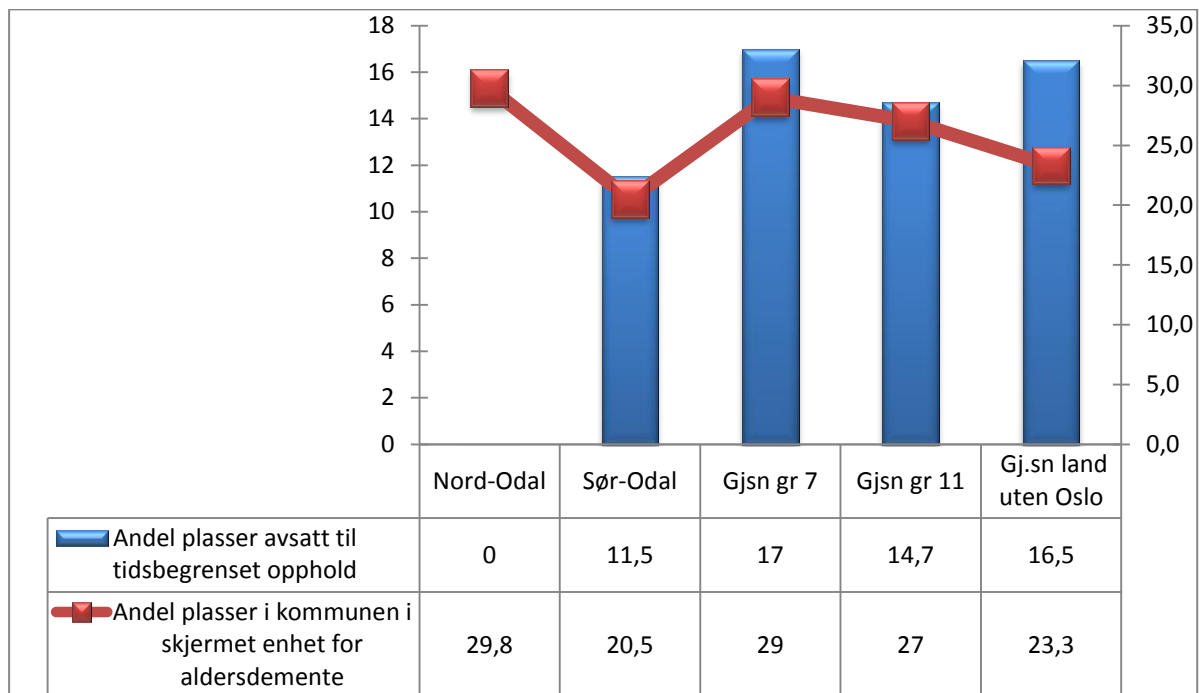
Også i denne sammenhengen starter jeg med å se på institusjonstjenestene. Tilpasning av tjenestetilbudet til beboerne kan gjøres på flere måter, deriblant ved å tilpasse rommene til enkeltbrukere og ulike brukergrupper. Andelen enerom er som følger:



De blå søylene illustrer andelen enerom mens den røde linja sier noe om hvor stor andel av enerommene som er brukertilpasset med eget bad / wc. Nord-Odal har høyest andel enerom

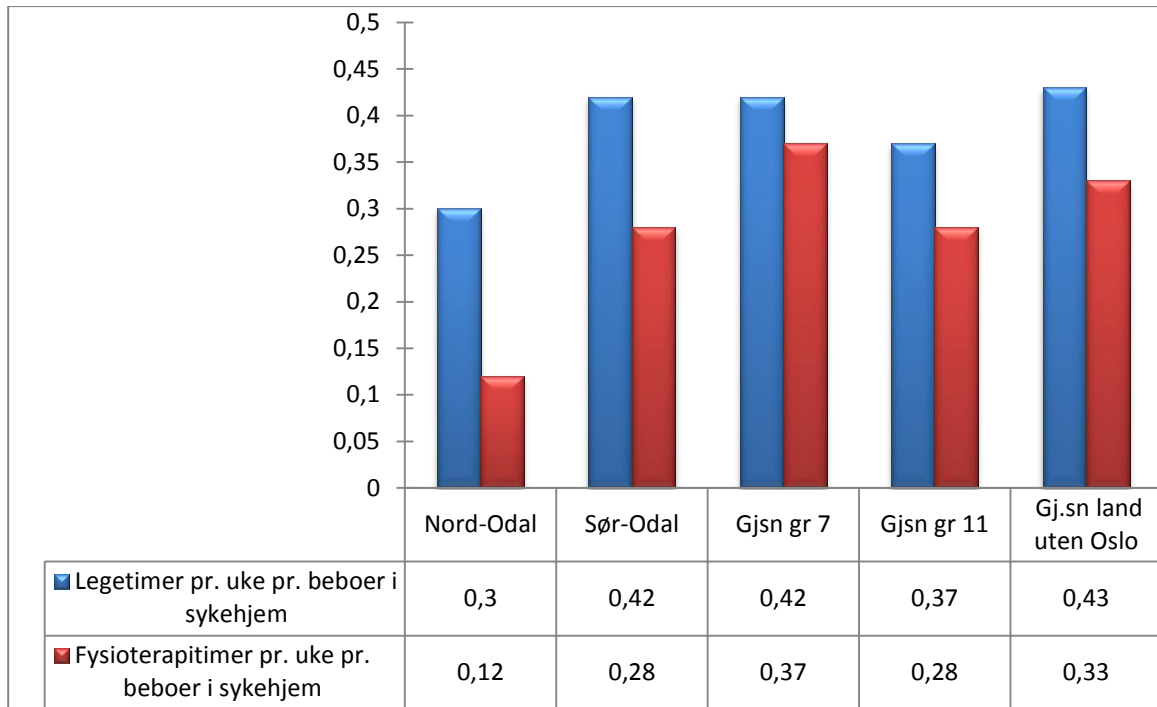
(100 %) og høyest andel brukertilpassede enerom med bad / wc (98 %) i utvalget, mens Sør-Odal ligger lavest i utvalget på begge indikatorene.

Når det gjelder tilpasning til brukergrupper kan dette illustreres gjennom plasser avsatt til korttidsopphold og aldersdemente. Her er bildet som følger:



Nord-Odal rapporterer ikke om plasser spesielt avsatt til tidsbegrenset opphold, mens 30 % av plassene var avsatt til aldersdemente. Sistnevnte er ved Solheim sykehjem. På NOS har man valgt ikke å øremerke spesielle senger til korttidsplasser, men bruker sengene i begge etasjene fleksibelt for å unngå at man må flytte på pasienter enten de er innlagt på korttid eller langtidsopphold. Så i praksis brukes noen av plassene til korttidsopphold. I Sør-Odal hadde man 20,5 % av plassene avsatt til aldersdemente og 11,5 % av plassene ble brukt som korttidsplasser.

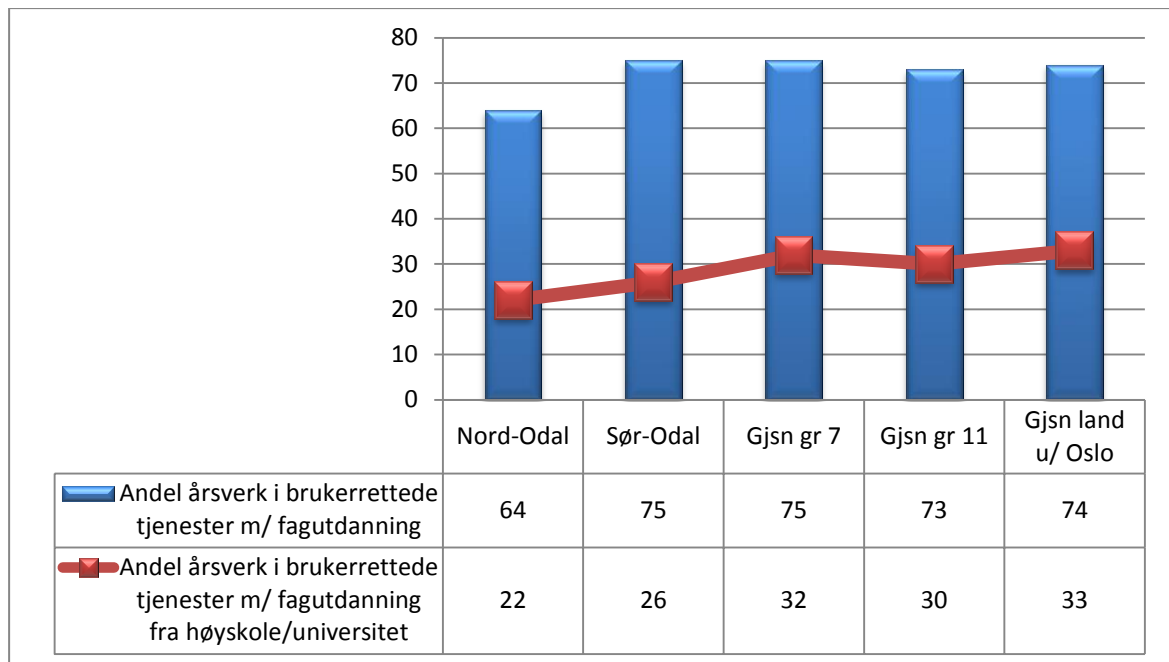
Et annet perspektiv som kan bidra til å belyse et kvalitativt perspektiv i tjenesten er kompetansen til de som jobber der, selv om det vel strengt talt ikke sier noe om hvor flinke disse er i sitt samspill med beboerne eller i hvor stor grad de har ferdigheter som utfyller kunnskapene sine. Tilgangen til lege- og fysioterapitjenestene i institusjonene kan være et element i denne sammenheng:



Tilgjengeligheten til legetjenesten for institusjonsbeboerne i Nord-Odal ser vi lå lavest i utvalget. Her hadde man 0,3 legetimer pr uke pr beboer i sykehjem, som tilsvarer 18 minutter. Tilsvarende tall i Sør-Odal på 0,42 utgjør 25 minutter.

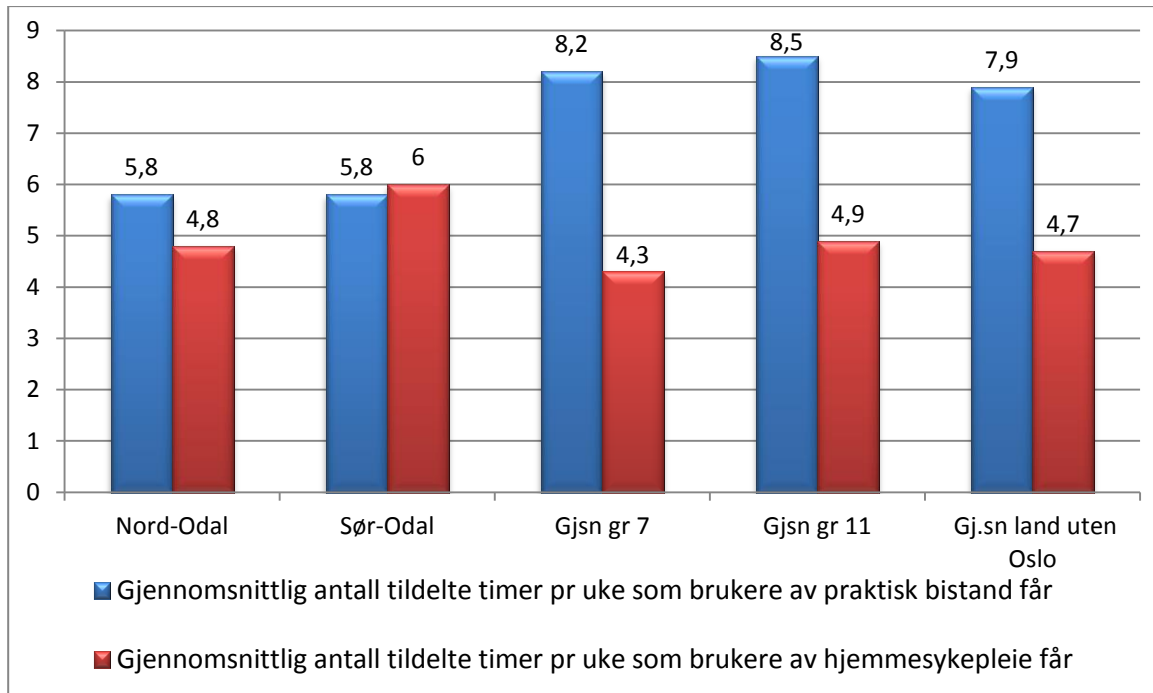
For fysioterapitimer lå Nord-Odal lavest i utvalget med 0,12 timer pr uke pr beboer som i praksis tilsvarer 7 minutter pr uke, mens i Sør-Odal tilbyr man i snitt 17 minutter pr uker pr beboer. Sør-Odal er noe usikker på omfanget av fysioterapi medfører riktighet her. Hvor vidt man bruker tid på rehabilitering, tilrettelegging og forebyggende tiltak fremgår ikke av tallene, og verdien av denne type virksomhet er at man i neste runde kan spare kommunen for direkte utlegg gjennom f.eks. utsatt bruk av institusjonsplasser.

I et mer generelt perspektiv kan vi se på hvor stor andel som har fagkompetanse:



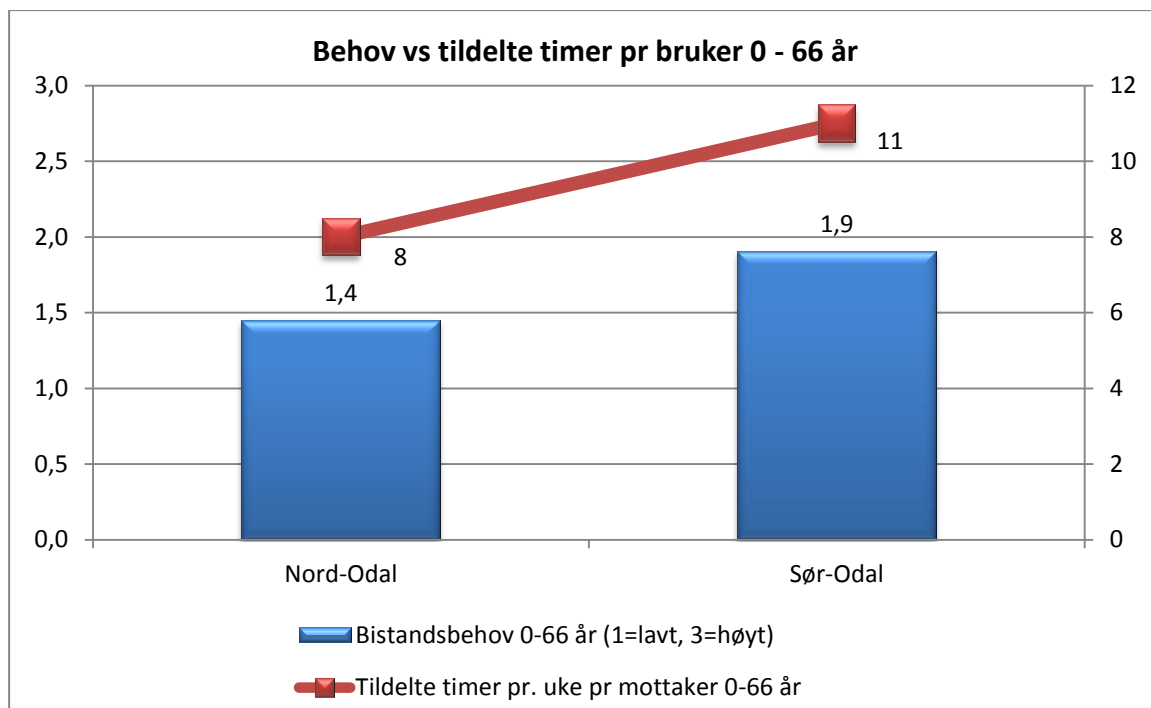
De blå søylene gir her et bilde av andel med fagutdanning, mens den røde linja fremhever andelen av de med fagutdanning som har utdanning på nivå med høyskole eller universitet. I denne sammenheng toppet Sør-Odal utvalget mht. andel i brukerrettede tjenester som har fagutdanning med 75 %. Tilsvarende andel i Nord-Odal utgjorde 64 % som var lavest i utvalget. Når det gjelder andelen med høyskole eller universitetsutdanning lå imidlertid begge kommunene lavest i utvalget, men Sør-Odal hadde også her høyere andel enn Nord-Odal med hhv 26 % og 22 %.

For hjemmetjenesten fins det tall som knytter seg til andre sider av tjenesten – nemlig omfanget på det som leveres sett i sammenheng med behovet hos brukerne. Begge deler er drivere for kostnadsbildet. Jeg starter med å se på hva som faktisk leveres. Ser vi på profilen når det gjelder antall timer praktisk bistand og hjemmesykepleie som mottakerne får, har vi følgende bilde:



Her ser vi at tildelingen pr mottaker varierte betydelig i utvalget når vi inkluderer gjennomsnittene, men at Nord- og Sør-Odal lå relativt likt. Ser vi først på praktisk bistand lå kommunene helt likt på 5,8 timer pr uke som er lavere enn alle tre gjennomsnittene, mens for hjemmesykepleie hadde Sør-Odal størst omfang på vedtakene med 6 timer pr uke pr bruker. Nord-Odal lå midt i utvalget på 4,8 timer pr uke. Her kan nok en av forklaringsfaktorene være at andelen i institusjon er noe lavere i Sør-Odal enn i Nord-Odal. Det som likevel gir grunn til undring her er når vi ser dette i sammenheng med variasjonen i bistandsbehovet, hvor vi så at Nord-Odal hadde en betydelig større andel brukere med begrenset bistandsbehov og at kommunene hadde omtrent like stor andel med omfattende behov, og likevel er omfanget på tildelingen av timer omtrent like.

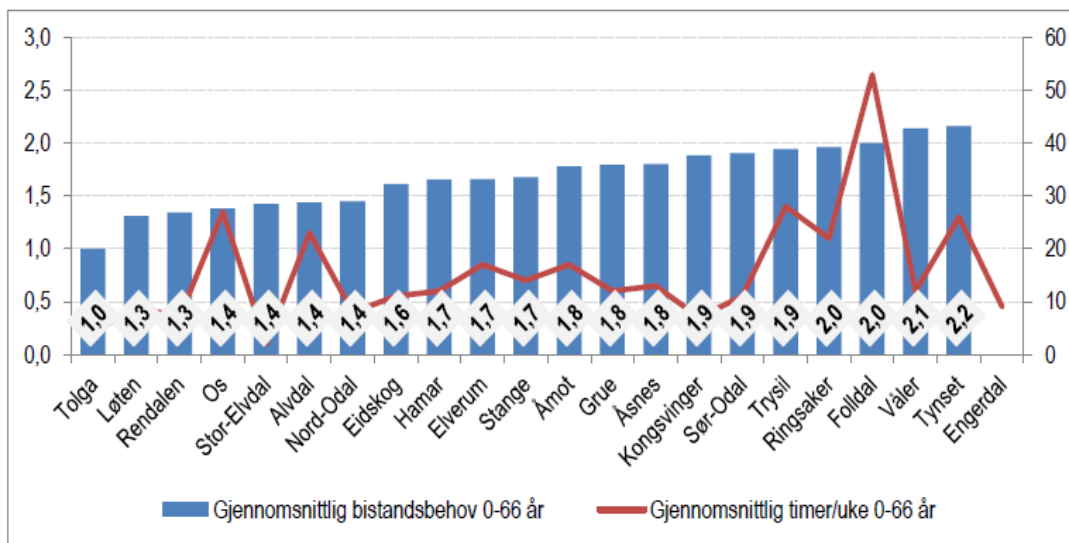
I det videre sammenstilles behovet hos brukerne med omfanget på tildeling av timer - på de to ulike aldergrupperingene hver for seg. Er det en sammenheng mellom behov og antall timer, eller kan vi se konturene av ulik tildelingspraksis mellom kommunene? Først ser vi på de yngste brukerne:



Her ser vi på sammenhengen mellom vurderingspraksis mht. bistandsbehov (blå søyler) og omfanget på tildeling av timer (rød linje) blant yngre brukere.

Nord-Odal hadde et gjennomsnittlig bistandsbehov på 1,4 og Sør-Odal et gjennomsnittlig behov på 1,9. Dette bildet stemmer godt overens med det vi har sett tidligere ved at en betydelig større andel av brukerne i Nord-Odal er vurdert til å ha begrenset behov. Ser vi så på tildelingen av timer (vedtakene) ligger Sør-Odal også høyere mht. antall tildelte timer pr mottaker pr uke, og dermed kan det se ut som om det er en sammenheng. Og det kan det godt være her. Men dette er ikke alltid entydig. Dersom vi ser på tallene for Hedmark fylke, om vi ser tallene for andre fylker, og forøvrig også internt mellom ulike distrikt i større kommuner, vil vi se at det ikke er noen entydig sammenheng. Men at likt behov kan gi ulikt omfang på vedtakene – her for Hedmark (KS, 2013):

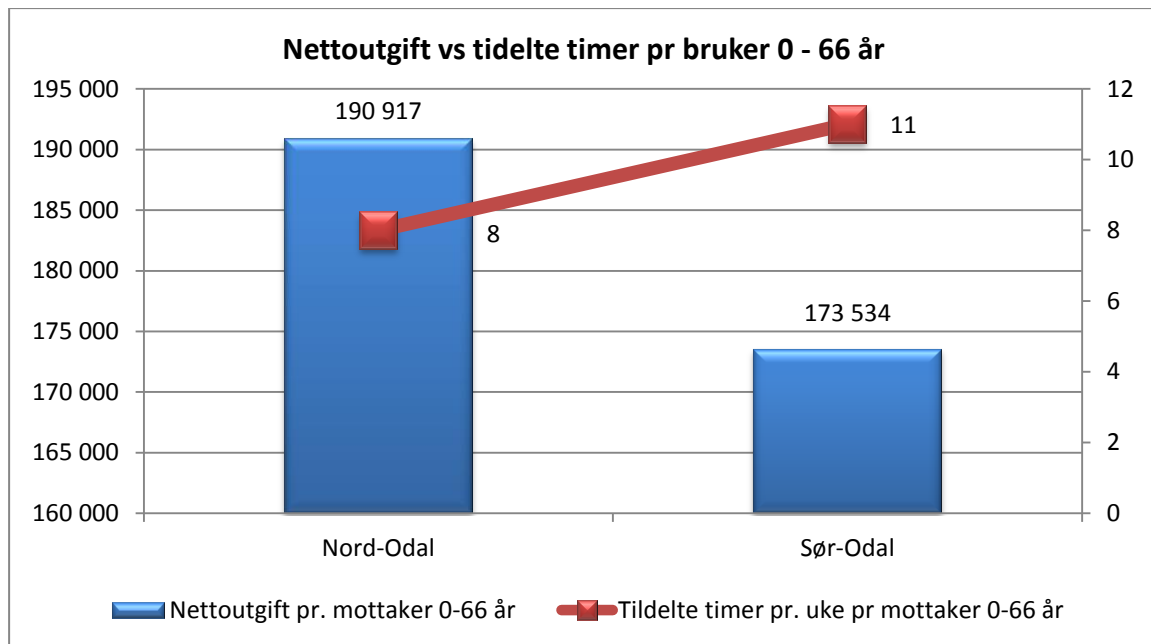
Figur 6 Hjemmetjeneste: bistandsbehov og tildelte timer/uke mottakere 0-66 år. 2012. Gjennomsnitt



* Beregnet av KS. Kilde: Statistisk sentralbyrå: KOSTRA / Pleie- og omsorgsstatistikk

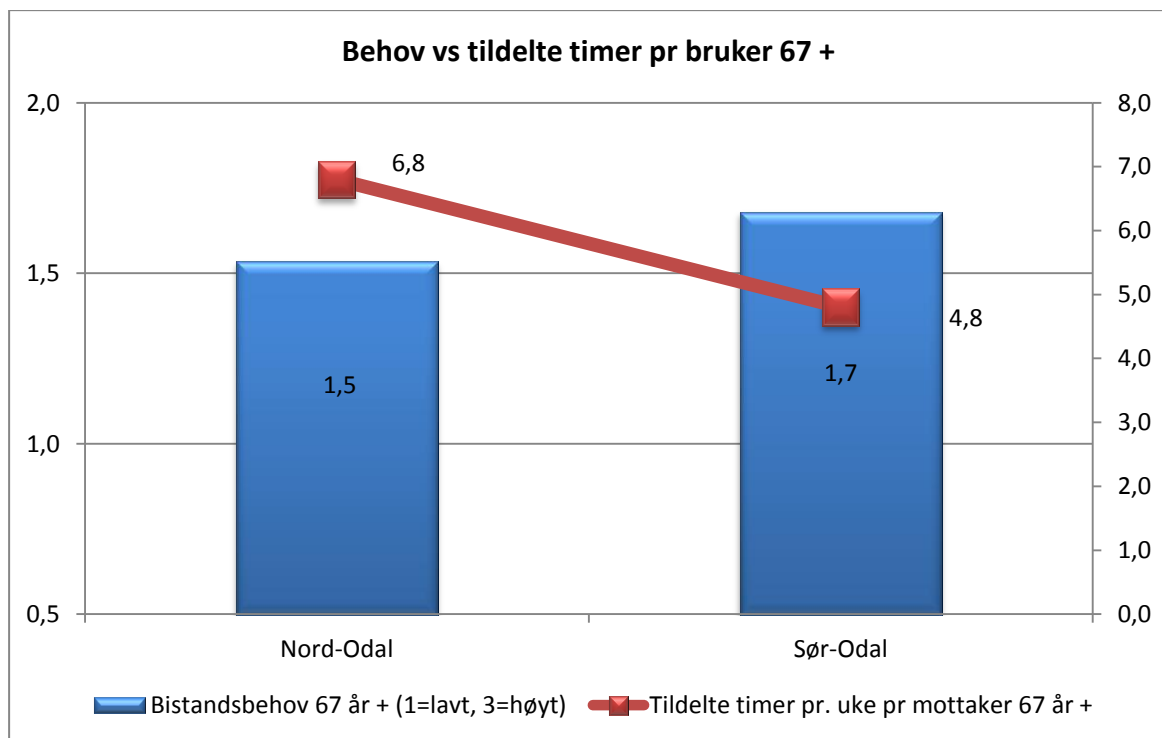
Også her illustreres behovet av blå søyler som er stigende fra venstre mot høyre. Den røde kurven illustrerer gjennomsnittlig antall timer tildelt og vi ser her at denne kurven ikke på tilsvarende måte er stigende fra venstre mot høyre i tråd med økende behov, men at det er store variasjoner mellom kommunene uavhengig av behov. Eksempelvis Nord-Odal og Os kommuner som begge hadde et gjennomsnittlig behov på 1,4. Som vi har sett ga dette i Nord-Odal et snitt på 8 timer, mens i Os utløste dette nesten 30 timer pr uke. Dette er med på å underbygge at kommunene har ulik tildelingspraksis og at hva som er «faglig forsvarlig» varierer fra kommune til kommune.

Sammenhengen mellom økonomi og omfanget på tildelte timer, kan vi belyse gjennom å se på forholdet mellom netto utgifter pr bruker i aldersgruppa og gjennomsnittlig antall timer pr bruker:



Her har vi også et interessant diagram. Tildelte timer er det samme tallet som vi så på i forrige diagram. Sør-Odal ligger fortsatt høyest med 11 timer pr bruker. Det som kan være grunn til undring her er hvorfor Nord-Odal med færre timer tildelt pr bruker likevel kommer ut med en høyere nettoutgift pr bruker. Kostet en time i Sør-Odal mindre enn i Nord-Odal, eller er det andre forhold som spiller inn?

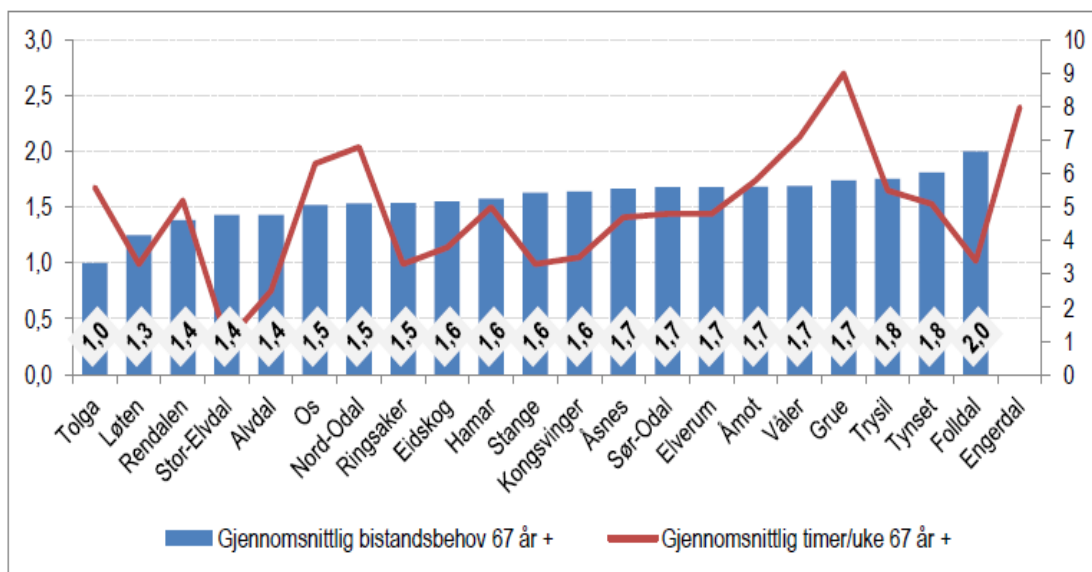
Ser vi så tilsvarende på aldersgruppa 67+ får vi følgende:



Sammenligner vi gjennomsnittlig bistandsbehov mellom yngre og eldre brukere ser vi at det ikke er store variasjon for kommunene våre. I Nord-Odal var gjennomsnittlig bistandsbehov 1,4 for de under 67 år og her 1,5 for de over 67. I Sør-Odal var tallet høyere på 1,9 for de under 67 år og her 1,7 for de over 67 år. Her er altså gjennomsnittlig bistandsbehov for de over 67 omtrent likt for begge kommunene, men vi ser at det utløste ulikt omfang av antall timer pr mottaker. På tross av omtrent likt gjennomsnittlig bistandsbehov (blå søyle) tildeler Nord-Odal flere timer enn i Sør-Odal, med hhv. 7 og 5 timer i gjennomsnitt pr bruker pr uke. Her er det altså to timer pr bruker pr uke i forskjell selv om behovet er vurdert omtrent likt. Hva er årsaken til dette? Dette sier imidlertid ikke tallgrunnlaget noe om.

Og tar vi også her for oss fylkesbildet for Hedmark ser vi samme variasjonen mellom kommunene mht. vurdert behov og tildelingspraksis (KS, 2013):

Figur 7 Hjemmetjeneste: bistandsbehov og tildelte timer/uke mottakere 67 år +. 2012. Gjennomsnitt



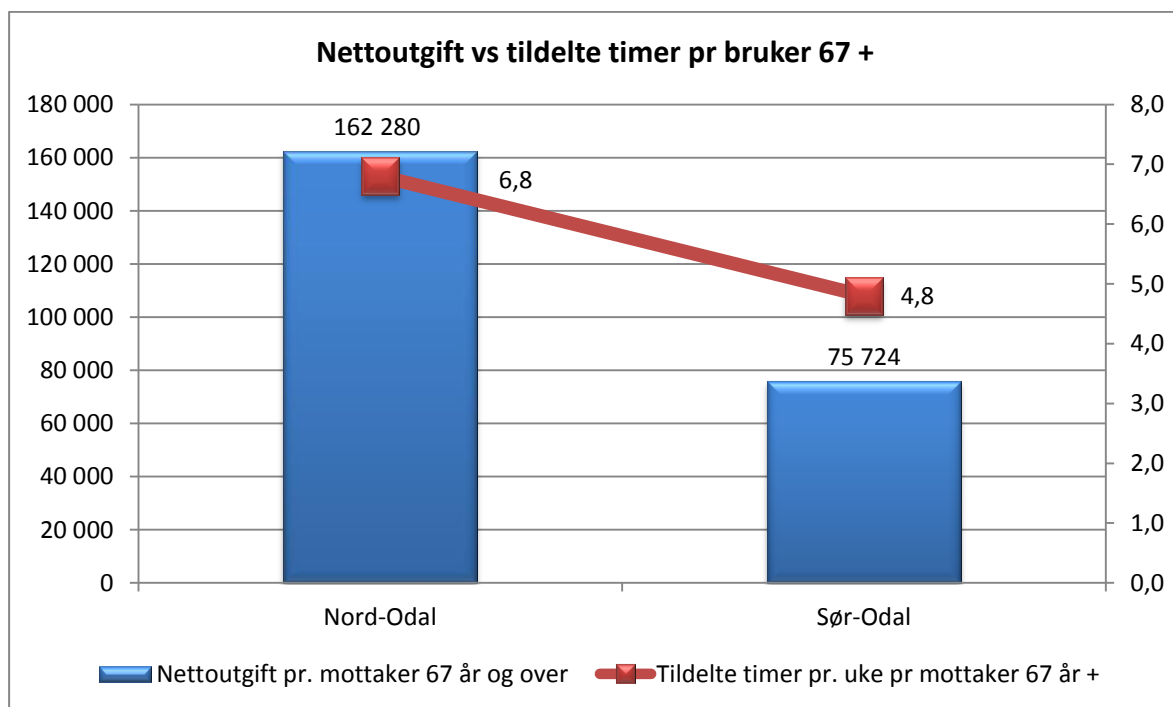
* Beregnet av KS. Kilde: Statistisk sentralbyrå: KOSTRA / Pleie- og omsorgsstatistikk

Også her illustreres behovet av blå søyler som er stigende fra venstre mot høyre. Den røde kurven illustrerer gjennomsnittlig antall timer tildelt, og vi ser igjen at denne kurven ikke på tilsvarende måte er stigende i tråd med økende behov, men at det er store variasjoner mellom kommunene uavhengig av behov. Eksempelvis Sør-Odal og Grue. Vi har sett at et behov på 1,7 i Sør-Odal utløser 4,8 timer, mens i Grue utløser tilsvarende bistandsbehov i overkant av 8 timer pr bruker pr uke. Dette er et nytt eksempel som er med på å underbygge at

kommunene har ulik tildelingspraksis og at hva som er «faglig forsvarlig» varierer fra kommune til kommune.

En annen forskjell vi også ser er nivåforskjellen på antall timer tildelt mellom eldre og yngre brukere. Her ligger alle i gjennomsnitt under 10 timer. For yngre brukere ligger et fåtall av kommunene under 10 timer i gjennomsnitt. Og den kommunen som ligger høyest tildeler i gjennomsnitt nesten 60 timer pr bruker pr uke. Dette er nok med på å underbygge at det er ulike tildelingsfilosofi mellom yngre og eldre brukere på tross av at vi ikke ser det på IPLOS scoren, men som vi så av nivået på netto utgifter foran. Hva kan være årsaken til dette? Er det faktisk slik at det er etablert en annen terskel for yngre enn for eldre? Eller har yngre en annen type behov enn eldre som ikke like godt fremkommer gjennom bruk av IPLOS?

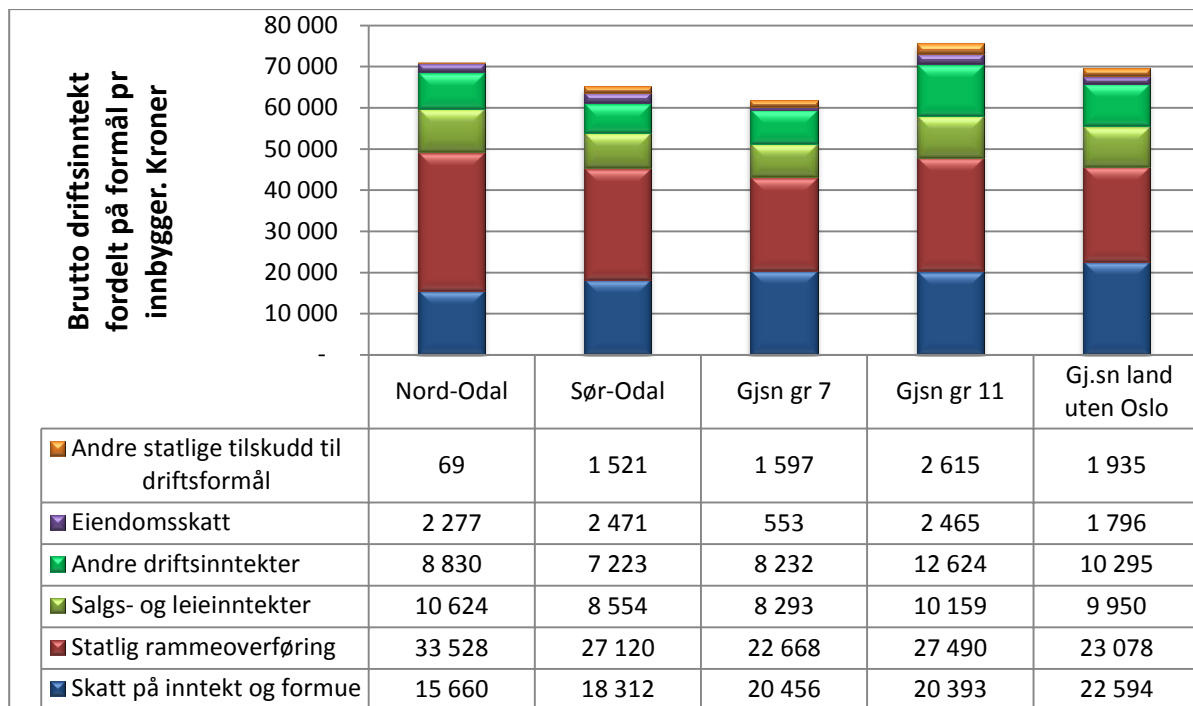
Sammenhengen mellom økonomi og omfanget på tildelte timer for denne gruppen:



Tildelte timer er det samme tallet som vi så på i forrige diagram (rød linje). Her ser vi at utgiftsnivået (blå søyle) følger omfanget på antallet timer. Sør-Odal hadde laveste nivå på nettoutgiftene pr mottaker og også laveste nivå på omfanget av tildelte timer. Forskjellen i nettoutgift pr timer blir imidlertid stor mellom kommunene her.

4.5 Faktor X₅ – kommunenes inntektsgrunnlag

Avslutningsvis i analysen er det også på sin plass å sjekke om det er forskjell på inntektsgrunnlaget til kommunene, siden denne inngår i problemstillingen. Dersom vi starter med å se på den samlede inntektssiden til kommunene får vi følgende bilde:



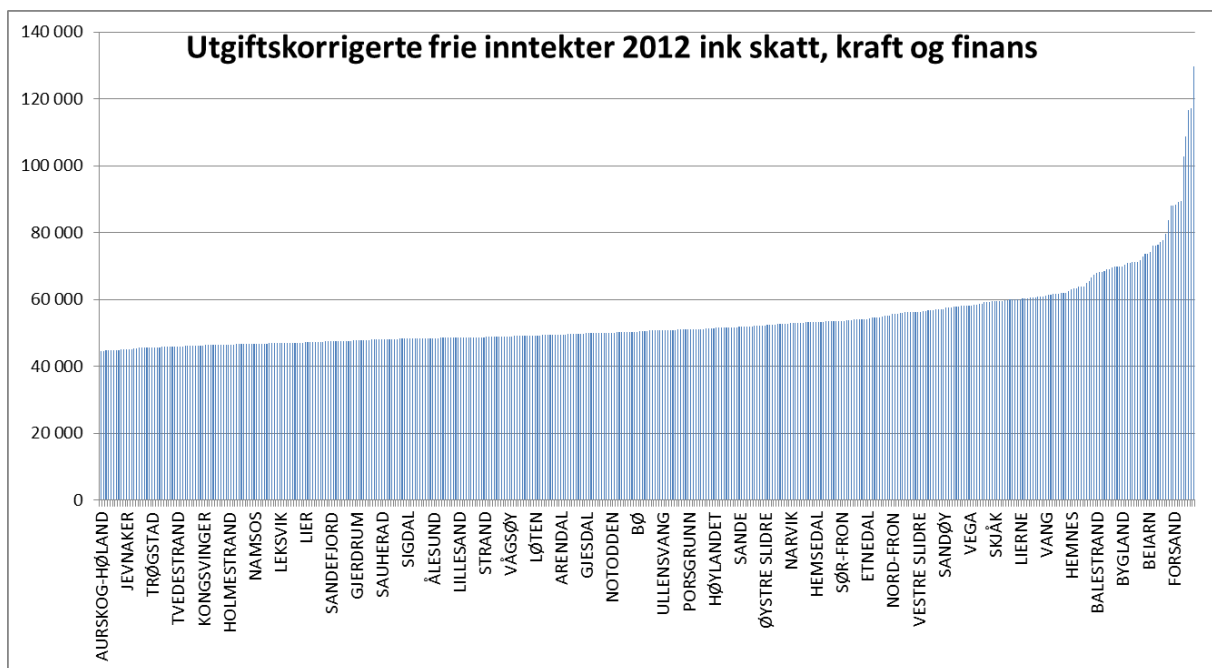
Kommunenes skatteinntekter fremgår av blå søyle og rammetilskuddet av rød søyle. Her ser vi at Sør-Odal har høyere skatteinngang pr innbygger med kr 18 312 mot kr 15 660 i Nord-Odal.

Som nevnt tidligere henger imidlertid summen av kommunenes frie inntekter sammen med nivået på kostnadsnøklerne, hvor Sør-Odal hadde omtrent samme nivå som landsgjennomsnittet mens Nord-Odal lå 10 % over. Dette gjenspeiler seg nå vi ser på rammetilskuddet. Oppå de 15 660 kronene i skatteinntekter får Nord-Odal tilført kr 33 528 i rammetilskudd pr innbygger, mens tilsvarende tall for Sør-Odal er på kr 27 120. Samlet sett kommer da Nord-Odal ut med et høyere beløp enn Sør-Odal. Samlet sett i frie inntekter har Nord-Odal kr 49 188, Sør-Odal kr 45 432, mens landsgjennomsnittet ligger på kr 45 672. Mellom Nord- og Sør-Odal utgjør dette en forskjell pr innbygger på kr 3 756. Tar vi utgangspunkt i innbyggertallet til Nord-Odal kommune pr 31.12.12 som var på 5 190

innbyggere, ville Nord-Odal hatt om lag kr 19,4 millioner mindre å rutte med dersom de frie inntektene hadde vært på nivået til Sør-Odalen. Men her ligger altså en sentral forklaringsfaktor i at Nord-Odal er beregnet til å være dyrere å drive enn Sør-Odal, jf. kostnadsnøklerne, og gjenspeiler derfor ikke automatisk et økt handlingsrom.

Ser vi på de utgiftskorrigerede frie inntektene er det jo imidlertid korrigert for ulikheten i kostnadsnøklerne og en større andel av kommunens inntekter er inkludert.

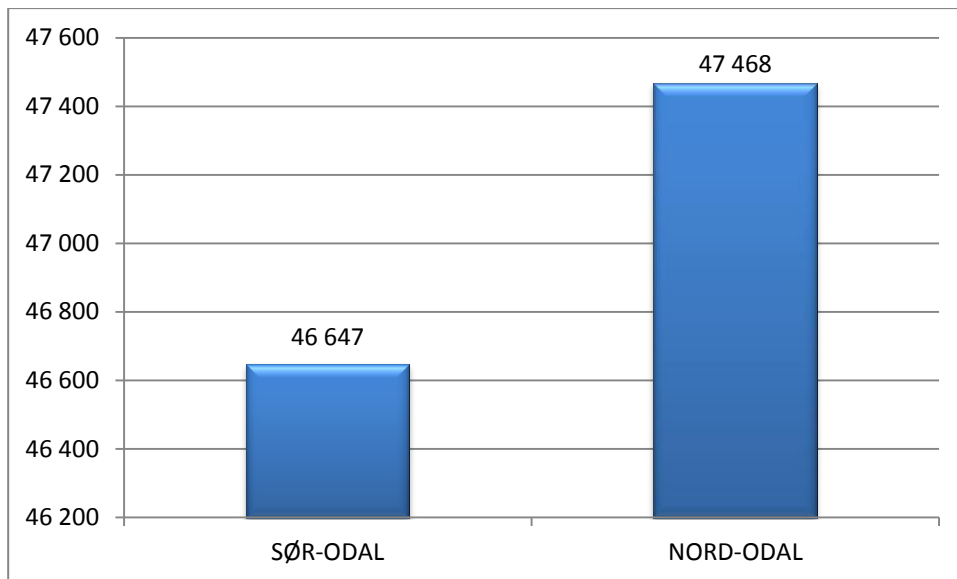
Ser vi på alle kommunene i Norge har vi følgende profil:



Beregningen er fortatt av Børre Stolp i KS.

Aurskog-Høland ligger lavest med kr 44 512, mens Bykle ligger høyest med kr 129 582, som gir et bilde på at Norges rikeste kommune Bykle har et handlingsrom som er nesten 3 ganger så stort som Norges fattigste kommune Aurskog-Høland.

Tilsvarende tall for Nord- og Sør-Odal er:



Her ser vi at avstanden mellom Nord- og Sør-Odal blir noen mindre med kr 821 pr innbygger, som samlet sett gir Nord-Odal et større handlingsrom på i overkant av kr 4,2 millioner kroner.

Igjen, siden dette ikke er faktiske budsjettall for kommunen, men et korrigerende tall, betyr dette ikke i praksis at Nord-Odal kommune kan finne dette beløpet i budsjettet sitt, men er mer ment som et bilde av et handlingsrom. Men uansett hvilket regnestykke vi velger for å synliggjøre inntektssiden har Nord-Odal større inntekter enn Sør-Odal målt pr innbygger, men siden Sør-Odal har så vidt mange flere innbyggere enn nabokommunen, vil budsjettet samlet sett være større.

5. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å se på hva er det som påvirker utgiftene i et kommunalt pleie- og omsorgstilbud, og hva som kan være forklaringsfaktorene til at Nord-Odal bruker mer i netto driftsutgifter pr innbygger i målgruppa enn Sør-Odal.

Når det nå er tid for å gjøre opp en konklusjon som svar på problemstillingen er det med en erkjennelse av at det ikke fins et enkelt svar på dette spørsmålet. Pleie- og omsorgssektoren er en kompleks og betydelig sammensatt materie hvor man så langt ikke har etablert ryddige systemer for struktur, måling og sammenligninger. Dette kan nok både skyldes at det er

mennesker med svært varierte og sammensatte behov som skal betjenes på den ene siden, og at de som fatter vedtak og leverer tjenestene ikke har systemer og tall for resultat kvalitet, men styrer ut fra budsjetter og en rekke aktiviteter som skal utføres.

Men spørsmålsstillingen var altså: **Er det bare høyere nivå på kommunens korrigerede inntekter pr innbygger som gjør at utgiftsnivået ligger høyere i Nord-Odal enn i Sør-Odal kommune?**

Faktorene som ligger til grunn for analysen er delt inn i fem grupper (x_1 - x_5) og konklusjonen vil derfor her bli delt inn tilsvarende, før jeg forsøker å samle trådene i en samlet konklusjon.

Geografi / demografi – i denne gruppen av kostnadsdrivere har jeg sett at begge kommunene har omtrent samme størrelse på det geografiske landarealet, at Sør-Odal har noe mer spredt bosetting i følge kostnadsnøklerne (sone/nabo kriteriene), og at Nord-Odal har en høyere andel eldre i alle tre aldersgrupperingene for de over 67 år.

Organisering – Nord-Odal kommune er organisert i en 3-nivå modell, mens Sør-Odal kommune har en 2-nivå modell. Dette vil nok i praksis ha betydning for hvordan kommunene utgiftsfører sine utgifter knyttet til ledelse og administrasjon, men omfanget her er likevel så lavt at det neppe vil ha noen avgjørende betydning for totalbildet og sammenligningen kommunene i mellom. Når vi ser på tjenesteprofilen er hjemmetjenesten størst i begge kommunene, mens andelen til aktivisering er størst i Nord-Odal. Nord-Odal ser også ut til å ha større omfang på tilbudet om heldøgns omsorg enn Sør-Odal. Videre dokumenterte tallene at Nord-Odal hadde lavere produktivitet enn Sør-Odal både for tjenesteområdet samlet, og også i både hjemmetjenesten og institusjonstjenesten hver for seg. I tillegg hadde Nord-Odal høyest bemanningsfaktor pr bruker og nyere bygningsmasse.

Brukere – Når vi ser på andelen i de ulike aldersgrupper som er beboere på institusjon eller som er brukere i hjemmetjenesten så er nok den i praksis relativt lik mellom kommunene. Ulikheten blir imidlertid synlig når vi analyserer tall knyttet til brukergruppene. Timefordelingen mellom yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten er omtrent 50 / 50 i Nord-Odal, mens i Sør-Odal går hele 70 % av tildelte timer til yngre brukere og 30 % til eldre. Videre viser tallene at andelen innbyggere over 16 med PU-diagnose er betydelig høyere, at en betydelig større andel av brukerne er vurdert til å ha avgrenset bistandsbehov,

og at Nord-Odal bruker mer ressurser pr bruker både blant yngre og blant eldre brukere enn i Sør-Odal.

Kvalitet – kvaliteten som i noen grad kan dokumenteres i denne sammenheng handler mer om struktur og omfang, enn om innhold, selv om sistnevnte nok er helt avgjørende for å kunne gi et fullstendig bilde av tjenestene. Oppsummert viser tallene at Nord-Odal har større andel brukertilpasset enerom enn Sør-Odal, mens Sør-Odal har høyere formalkompetanse blant sine ansatte og et høyere antall lege- og fysioterapitimer i institusjonstjenesten. For hjemmetjenesten viser tallene at Sør-Odal i gjennomsnitt tildeler et noe høyere antall timer hjemmesykepleie enn Nord-Odal. Omfanget på tildelte timer blant yngre er høyest i Sør-Odal, mens Nord-Odal har høyest omfang på tildelte timer blant eldre. Det som også er interessant er at nettoutgiftene pr bruker er lavere både for eldre og yngre brukere i Sør-Odal enn i Nord-Odal.

Kommunens inntektsnivå – kommunenes inntektsnivå er beregnet pr innbygger på to forskjellige måter: Frie inntekter pr innbygger og utgiftskorrigerede frie inntekter pr innbygger. Nord-Odal kom ut med høyest beløp pr innbygger i begge beregningene.

Samlet konklusjon – En forutsetning i problemstillingen er at Nord-Odal kommune har et høyere inntektsnivå pr innbygger enn Sør-Odal og dette bekrefter analysen tydelig. I tillegg har jeg også dokumentert at Nord-Odal har et høyere nivå på netto driftsutgifter pr innbygger i begge målgruppene. Men så blir det noe mer utfordrende å trekke en videre konklusjon – for hva kommer først, hva henger sammen med hva, og ikke minst hva kommer som følge av hverandre er kanskje ikke like entydig.

Først og fremst mangler et sentralt dokument fra hver kommune - et kommunestyrevedtak som tydelig sier noe om på hvilket nivå eller i hvilket omfang pleie- og omsorgstjenesten skal prioriteres. Dette fins ikke og dermed fins det ikke noe grunnlag å måle opp i mot. Men hvis jeg da skal sammenfatte delkonklusjonene over er den største kostandsdriveren brukeren - dens helsetilstand og behov for bistand. På dette området viser tallene at Nord-Odal kommune har en noe høyere andel eldre i sin befolkning, men at andelen som mottar tjenester er omtrent den samme. Videre viser tallene at Nord-Odal har en betydelig større andel innbyggere over 16 år med PU-diagnose, men at brukermassen som helhet i gjennomsnitt er vurdert til å ha et lavere bistandsbehov enn i Sør-Odal.

Jeg kan altså verken dokumentere at andelen som mottar tjenester er større eller at brukerne har et større bistandsbehov i Nord-Odal enn i Sør-Odal. Ei heller er det geografisk sett store forskjeller. Likevel er andel ansatte pr bruker / beboer høyere, enhetskostnaden pr bruker / beboere er høyere, institusjonsbygningene har større grad av brukertilpasning, omfanget av heldøgns omsorg er høyere, tallet på tildelte timer er lavere blant yngre men høyere blant eldre, og sist men ikke minst, så er kommunens inntektsnivå pr innbygger altså høyere i Nord-Odal enn i Sør-Odal. Så oppsummert er nok flere av faktorene med på å forklare hvorfor netto driftsutgifter er høyere i Nord-Odal enn i Sør-Odal, men spørsmålet blir da mer hva som kommer først, og hva som følger av hva? Og hva er det da som kan være den underliggende faktoren (driveren) for utgiftsbildet når det ikke er brukerne? Den eneste faktoren som her er dokumentert å være høyere og som ligger utenfor kommunenes kontroll og prioriteringer er kommunens (utgiftskorrigerte) inntektsnivå, og ut over dette blir det antakelser om at Nord-Odal kommune har valgt å prioritere pleie- og omsorgssektoren høyere enn Sør-Odal kommune.

Litteraturliste

Borge, L.E., Haraldsvik, M., Løyland, K. & Nyhus, O.H. (2013): *Delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg: Analyser av enhetskostnader, dekningsgrader, utgifter og brukerbetaling*, SØF-rapport nr. 2950 / 2013. Trondheim: Senter for økonomisk forskning as.

Borge, L.E., et al., (2005): *Fordeling, forenkling og forbedring*, (NOU 2005:18). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Finansdepartementet (2011). *Statsbudsjettet 2002*. (St.meld. nr. 1, 2011-2012). Oslo: Departementet.

Hagen, K., et al (2013). *Innovasjon i omsorg*. (NOU 2011:11). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg*. (St.meld. nr. 29, 2012-2013). Oslo: Departementet.

Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G. & Vardheim, I. (2011): *Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren*, TF-rapport nr. 280 / 2011. Bø i Telemark: Telemarksforskning.

Helsedirektoratet (2014): *IPLOS*. Lokalisert på: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/iplos-registeret/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2014): *Mottakere av omsorgstjenester*. Lokalisert på: <http://www.helsedirektoratet.no/sites/nokkeltall/primerhelsetjenesten/mottakere-av-omsorgstjenester-/Sider/default.aspx>

Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L: *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, Abstrakt forlag. 4. utgave 2. opplag, 2011.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) (2013). *Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner*. Lokalisert på

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/tema/kommuneokonomi/inntektssystemet-.html?id=540083>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) (2013). *Kommuneproposisjonen for 2014*. (Prop. 146 S, 2012-2013). Oslo: Departementet.

Kommunal- og regionaldepartementet (2012). *Veiledning til regnskapsrapporteringen i KOSTRA 2013*. Oslo: Departementet.

Kommuneforlaget (2014): *bedrekommune.no*. Lokalisert på:

<http://www.bedrekommune.no/bk/hjem/>

KS (2013): *Pleie og omsorg. Fortsatt vekst i antall yngre mottakere*, Nøkkeltallsrapport PLO Hedmark 2013. Oslo: KS.

Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten (2008/2009): *....og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse*. Oslo.

Nygård, Lars (2004): *Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem – en kvalitativ tilnærming*, SINTEF-rapport nr. A045011. Trondheim: SINTEF.

Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. og Nygård, L. (2004): *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem*, SINTEF-rapport nr. A045006. Trondheim: SINTEF.

Ranheim, A. K. og Østre, S. (2011): *Manglende komparabilitet i kommunale data*, rapport nr 16-2011. Rena: Høgskolen i Hedmark.

Ringdal, Kristen: *Enhet og mangfold*, Fagbokforlaget. 3. utgave, 2013.

Sköld, C. og Ahlin, A.W (2013): *Matlåda – med eller uten samtal*. Sverige: Akademikerförbundet SSR og Kommunal.

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2013). *Befolkningsstatistikk*. Lokalisert på <http://ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde>

Holmøy, E., Kjelvik, J. og Strøm, B (2014): *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*. Rapport nr. 2014/14. Oslo: SSB.

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2013). *KOSTRA*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/kostra/>

Utdanningsdirektoratet (Udir) (2014). Skoleporten. Lokalisert på <https://skoleporten.udir.no/>

Østre, S. (2012). *KOSTRA tall er ikke sammenlignbare*. Høgskolen i Hedmark (2011). Publisert i Fagbladet Samfunn & Økonomi 1-2012.