

KVALITET 23 – Møre og Romsdal

Analyse av kommunal effektivitet og kvalitet innen

**Helse og omsorg
Barnehager
Renhold og eiendomsdrift**

NyAnalyse

Mai 2023

Innhold

- 1 Introduksjon av DEA-analysen og demografisk situasjonsbilde
- 2 DEA-analyse: Sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg
- 3 DEA-analyse: Barnehage
- 4 DEA-analyse: Eiendomsdrift og Renhold
- 5 Appendiks

Hvorfor lages Kvalitet 23-analysen?

- Formålet med Kvalitet 23-analysen er å styrke faggrunnet for den offentlige debatten og de interne prosesser innad i kommuner rundt løsninger som fremmer kvalitet, tjeneste-innovasjon og bedre ressursutnyttelse i kommunale tjenester. I de kommende årene vil dette bli enda viktigere siden kommunene i økende grad vil utfordres av demografiutfordringene ved eldrebølgen og en relativt sett redusert arbeidende befolkning, samtidig som offentlige finanser kommer under press som følge av reduserte inntekter fra petroleumssektoren.
- Ny Analyse har utført Kvalitet 23-analysen på oppdrag fra NHO, NHO Geneo og NHO Service og Handel. Den har hatt fokus på effektivitet og kvalitet i kommunale tjenester sett i lys av ressursbruk for kommunale tjenester innen helse- og omsorgssektoren, barnehagesektoren og renhold og eiendomsdrift. Analysen er gjennomført ved DEA-metodikken for alle norske kommuner hvor data foreligger og gir kommuner og andre interesserte innsikt over den enkelte kommunes relative evne til å levere tjenester på disse områdene, sett opp mot benyttet ressursbruk. Den enkelte kommune måles opp mot sammenlignbare effektive kommuner, med rapportering av funn etter KOSTRA-grupper. Innovasjon og effektivitet i offentlige velferdstjenester har historisk sett ofte blitt drevet frem i et samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Kvalitet 23-analysen undersøker derfor også oppnådd DEA-effektivitet og DEA-kvalitet relatert til bruken av private leverandører.
- Det har også vært et ønske om å gi økt innsikt i kvalitet i de tre kommunale tjenesteområdene, der datagrunnlaget er godt nok. Det er benyttet DEA-analyse for å måle kvalitet sett i lys av ressursbruk innen helse og omsorg. Begrensninger i datagrunnlaget gjør at funnene her bør behandles som en indikasjon på kvalitet innen pleie og omsorg i den enkelte kommune, ikke en fasit. Det ble ikke identifisert egnet datagrunnlag for å gjennomføre DEA-analyse av kvalitet innen barnehagesektoren eller innen renhold og eiendomsdrift. Funn fra Foreldreundersøkelsen er derfor presentert for barnehagesektoren, som og gir en indikasjon på kvalitet målt over tid.
- Kvalitet 23-analysen er utført av partner og seniorøkonom i NyAnalyse, Villeman Vinje, som og har hatt prosjektlederansvaret, og analytiker Mari Kristine Knutsen. NyAnalyse står ansvarlig for alle faglige konklusjoner som er trukket.
- Etter analysen følger et vedlegg-sett utarbeidet av NHO, der kommuner og andre interesserte får et innblikk i bl.a. hva innbyggerne mener om privat offentlig samarbeid, og forskjellen på sykefravær i offentlig og privat sektor innenfor helse og omsorg, renhold og kantine, samt hvordan privat offentlig samarbeid kan fungere på en god måte i praksis.

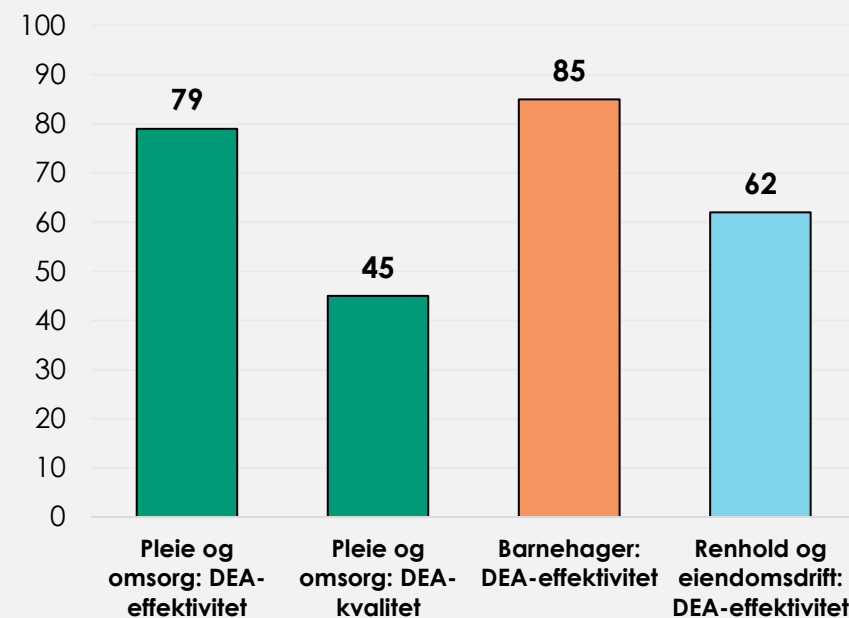
Overblikk over analyse-arbeidet i Kvalitet 23

- Analysen er tematisk todelt ved at det først er utført DEA-analyse av hvor effektive den enkelte kommune er, sett opp mot ressursgrunnlaget som er benyttet. Ved DEA-metodikken måles den enkelte kommune opp mot den eller de mest effektive sammenlignbare kommunen(e) og skåren de får indikerer effektivitetsgrad for kommunen på hver av de tre kommunale tjenesteområdene helse- og omsorgssektoren, barnehagesektoren og renhold og eiendomsdrift. Forskjellen i DEA-skåren for den enkelte kommune opp til skåren 100 som de beste kommunene oppnår, gir en indikasjon på det relative effektivitets-potensialet for kommunen sammenlignet med de mest effektive kommunene.
- For pleie og omsorg er det også utført DEA-analyse av kvalitet sett opp mot ressursbruk. Det gir grunnlag for å vurdere teknisk forbedringspotensial innen kvalitet. Datagrunnlaget for målingen av DEA-effektivitet er mer solid enn datagrunnlaget for estimering av DEA-kvalitet. Relevante kvalitetsforhold er ikke undersøkt grunnet manglende data eller svakhet i eksisterende kvalitetsdata. Funnene for DEA-kvalitet innen pleie og omsorg bør derfor behandles som en indikasjon på kvalitet, ikke som en kvalitetsfasit. For fremtidige analyser er det ønskelig at KOSTRA-rammeverket og kommunene utarbeider bedre sammenlignbar innsikt i kvaliteten på tjenestene de utfører.
- DEA-analyse er en relativitetsanalyse hvor man kan måle ulike kommuner over flere faktorer og med komplekse datamateriale. DEA-metodikken ser ikke på det ultimate potensial som kan oppnås. Også de kommuner som rangeres med toppskåren 100 i DEA-analysene har forbedringspotensial, men for analyse av dette bør andre metodikker enn DEA-analyse benyttes.
- I den andre analysefasen er det estimert det relative omfanget av private leverandører som den enkelte kommune benytter ved tjenesteproduksjonen innenfor de tre sektorene pleie og omsorg, barnehager og renhold og eiendomsdrift. Privatandelen i tjenesteproduksjonen er sammenlignet med DEA-skårene i de tre tjenesteområdene og gjennomsnittlig DEA-skåre er estimert og rangert for kommunegrupper med ulikt omfang av bruk av private leverandører.
- Kvalitet 23 begynner med en presentasjon av det demografiske bakgrunnsbildet frem mot 2040, før DEA-metodeverket gjennomgås. DEA-analysen for de tre kommunale sektorene pleie og omsorg, barnehager og renhold og eiendomsdrift presenteres deretter, hvor det mot slutten av hvert emne og presenteres en analyse av DEA-resultater sett opp mot andelen private leverandører i de tre sektorene.

Hovedfunn – DEA-analysen

- Det er gjennomført en DEA-analyse av effektivitet og ressursbruk for offentlige tjenester innen pleie og omsorg, barnehager og renhold og eiendomsdrift. DEA-analyse er en egnet metodikk for å analysere relativt rangering av kommuner og offentlig tjenesteproduksjon. De beste observerte kommunene skårer 100 og DEA-skår lavere enn dette indikerer et prosentvis forbedringspotensial gitt ressursbruken.
- Samlet skårer alle kommunene innen **pleie og omsorg** i gjennomsnitt 79 DEA-poeng i effektivitet, noe som indikerer et gjennomsnittlig forbedringspotensial på 21 prosent vs. de mest effektive kommunene. For DEA-kvalitet er gjennomsnittlig skår 45, noe som indikerer et betydelig teknisk forbedringspotensial. Datagrunnlaget for DEA-kvalitet er dog svakere så de enkelte funn for kommune bør tolkes som en indikasjon på kvalitetspotensial, ikke en fasit.
- **Barnehagesektoren** er den av tjenesteområdene som har det høyeste DEA-effektivitetsskåret, med 85. I gjennomsnitt er forbedringspotensialet 15 prosent.
- **Renhold og eiendomsdrift** er tjenesteområdet som skårer lavest i gjennomsnitt, med DEA-effektivitetsskår på 62. Det indikerer et gjennomsnittlig forbedringspotensial på 38 prosent og at variasjonen mellom de mest og minst effektive kommunene er stor.
- De større kommunene skårer i gjennomsnitt høyere på DEA-effektivitet enn mindre kommuner, men man finner kommuner med full DEA-skår på 100 poeng i alle kommune-størrelser. Det indikerer at alle kommuner uansett størrelse kan oppnå effektiv drift, og at mindre kommuner sett samlet som gruppe har det største potensialet.
- DEA-analysen er gjennomført for data for 2021, som inngår i perioden preget av Covid-pandemien. Dette kan ha påvirket tjenestetilbudet mer i kommuner som ble sterkere rammet enn i andre kommuner, men sett samlet skapte Covid utfordringer for alle kommuner.

Gjennomsnittlig DEA-skår. 2021



Kilde: NyAnalyse

Hovedfunn – velferdstjenestenes utfordringer og private leverandørers rolle

- **Befolkningen i Norge er forventet å stige med nesten 460 000 personer frem mot 2040.** At befolkningen øker over tid er ikke uvanlig. Det nye, som skaper utfordringer for velferdsstaten, er at **99,7 prosent av nettoveksten i befolkningen er forventet å komme i aldersgruppen over 65 år**, mens det normale i tidligere tiår var at det var den arbeidsføre aldersgruppen som stod for hoveddelen eller store deler av befolkningsveksten. Det er denne demografiske vridningen av befolkningssammensetningen som ofte omtales som «eldrebølgen», men reelt er det mer som et tidevann som har begynt å stige og vil fortsette å stige de kommende tiår.
- For leveransen av offentlige tjenester skaper aldersøkningen i vår demografi utfordringer – det er flere som vil trenge offentlige velferds-tjenester, og det blir relativt sett færre arbeidshender til å levere tjenestene og betale skatt. Når vi vet at denne utfordringen sammenfaller med at **inntektene fra petroleumssektoren vil falle**, vil det legge press på finansieringen av offentlige tjenester – utgiftene stiger mer enn skatteinntekter fra de arbeidende og inntektene fra petroleumssektoren synker. Det vil øke det løpende finansierungsansvaret for fremtidens arbeidstakere, som er de som årlig finansierer hoveddelen av velferdsstaten.
- Innovasjon og effektivitet i offentlige velferdstjenester har historisk sett ofte blitt drevet frem i et samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Utfordringene vi vet offentlig velferd og tjenesteproduksjon står overfor de kommende tiår øker behovet for effektiv tjeneste-produksjon og fokus på å få mest mulig kvalitet ut av tilgjengelige ressurser.
- **Kvalitet 23-analysen undersøker finner at DEA-effektivitet i gjennomsnitt er høyest blant de kommuner som i størst grad benytter seg av private leverandører** enn DEA-effektiviteten er hos kommuner som har en lav andel private leverandører. Dette funnet er gjeldende i alle de tre undersøkte tjenesteområdene - helse- og omsorgssektoren, barnehagesektoren og renhold og eiendomsdrift.
- Av de tre undersøkte sektorene så er **andelen private helt klart høyest i barnehagesektoren**. Dette er naturlig siden målet om full barnehagedekning i stor grad lot seg realisere ved å benytte privates initiativ og ressurser. Barnehagesektoren er også den av de tre sektorene som skårer høyest på DEA-effektivitet. Både sektorene pleie og omsorg og renhold og eiendomsdrift er preget av at det i liten grad benyttes private leverandører. I de fleste kommuner står kommunen for all eller nesten all leveranse av tjenester her. Disse to sektorene skårer lavere i DEA-effektivitet enn barnehagesektoren, men effektivitetsskåren er i gjennomsnitt høyest blant de kommuner med høyest omfang av private leverandører.

Det demografiske bakgrunnsbildet: I 2040 er det over 450.000 flere mennesker over 65 år i Norge

Fra 2022 til 2040 vil Norges samlede befolkning øke med nesten 460.000 personer i SSB hovedalternativ.

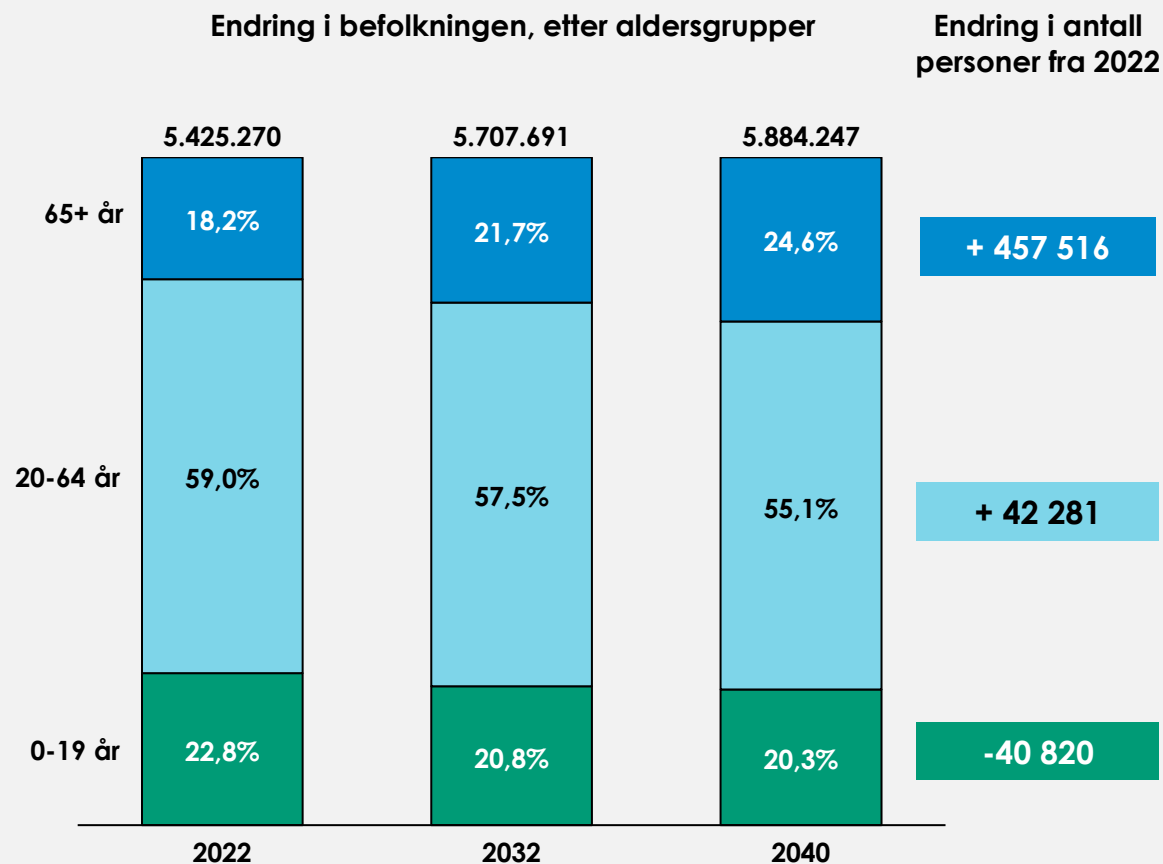
I den yngste delen av befolkningen er det estimert en nedgang på 41.000 personer. Dette oppveies av en forventet økning i befolkningen mellom 20 og 64 år på 42.000.

Aldersgruppen over 65 år vil reelt stå for hele den netto befolkningsveksten frem til 2040.

Med andre ord – Norges befolkningen fortsetter å øke, men endringen skjer primært i den delen av befolkningen som er mottakere av offentlige velferdstjenester, knapt i den arbeidsføre delen av befolkningen.

Det er mer enn 10 ganger større vekst i eldre over 65 år enn det er vekst i den arbeidsføre befolkningsgruppen 20-64 år.

Befolkningsinndelingen etter alder overrepresenterer også den reelt arbeidende befolkningen. Litt avhengig av konjunkturer står normalt 1/4 til 1/5 av den arbeidsføre delen av befolkningen utenfor arbeidsmarkedet, kortvarig eller langvarig. Den høye veksten i unge uføre legger kan f.eks. medføre enda større utfordringer i kommende tiår.



Kilde: SSB

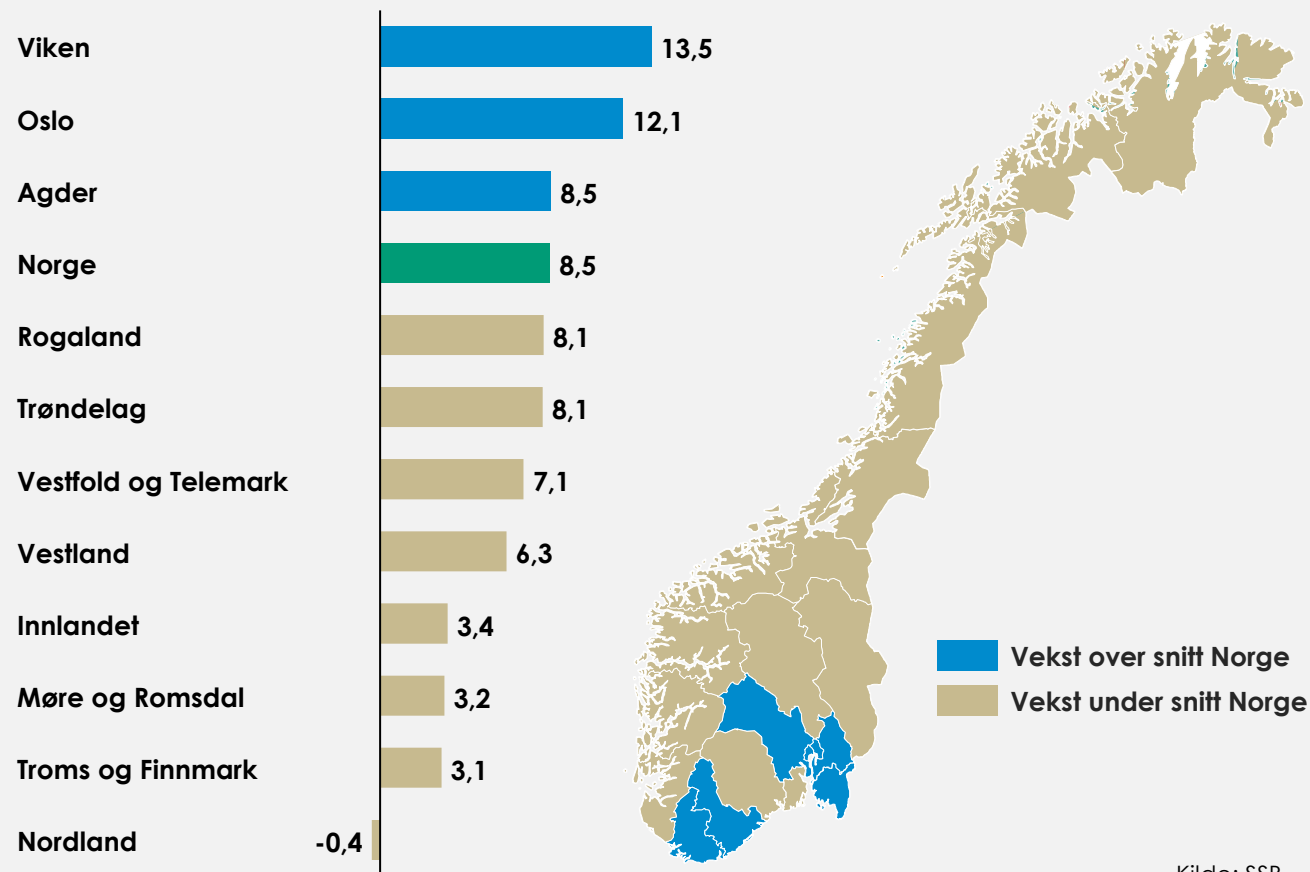
Vekst i befolkningen, men mest på Østlandet og Sørlandet

Ved inngangen til 2022 var befolkningen i Norge 5,425 millioner. SSB utarbeider prognoser over forventet befolkningsutvikling, og befolkningen er i hovedalternativet ventet å stige med 4,3 prosent til 2030, 8,5 prosent til 2040 og 11,1 prosent til 2050.

Selv om befolkningen i Norge samlet sett i stiger, har dette en viktig geografisk dimensjon – befolkningsendringene varierer betydelig mellom fylkene.

Figuren viser prosentvis forventet befolkningsvekst fordelt på fylkene frem til 2040. I Nordland viser SSB-prognosene moderat fallende befolkning, med estimerte 0,4 prosent, mens befolkningen andre enden av spektrumet estimeres å øke sterkt i Oslo og Viken, med hhv. 12,1 og 13,5 prosent og med landsgjennomsnittet på 8,5 prosent i Agder. De resterende fylkene har befolkningsvekst mellom 3,1 og 8,1 prosent, lavere enn gjennomsnittet for Norge.

Fylkesvis befolkningsvekst 2022-2040



Kilde: SSB

Seks fylker får en nedgang i befolkningen i yrkesaktiv alder i 2040

Mens de aller fleste fylker ventes erfare vekst i befolkningen, er situasjonen en helt annen når man analyserer den yrkesaktive befolkningen som reelt sett sørger for at samfunnet går rundt. Frem mot 2040 er den samlede yrkesaktive befolkningen estimert å stige med kun 1,3 prosent, vesentlig lavere enn den estimerte samlede befolkningsveksten på 8,5 prosent

Vesentlig mer dramatisk blir det når man ser på hvordan endringen i den yrkesaktive befolkningen er geografisk. I SSB sitt hovedalternativ estimeres den yrkesaktive delen av befolkningen å synke i seks fylker.

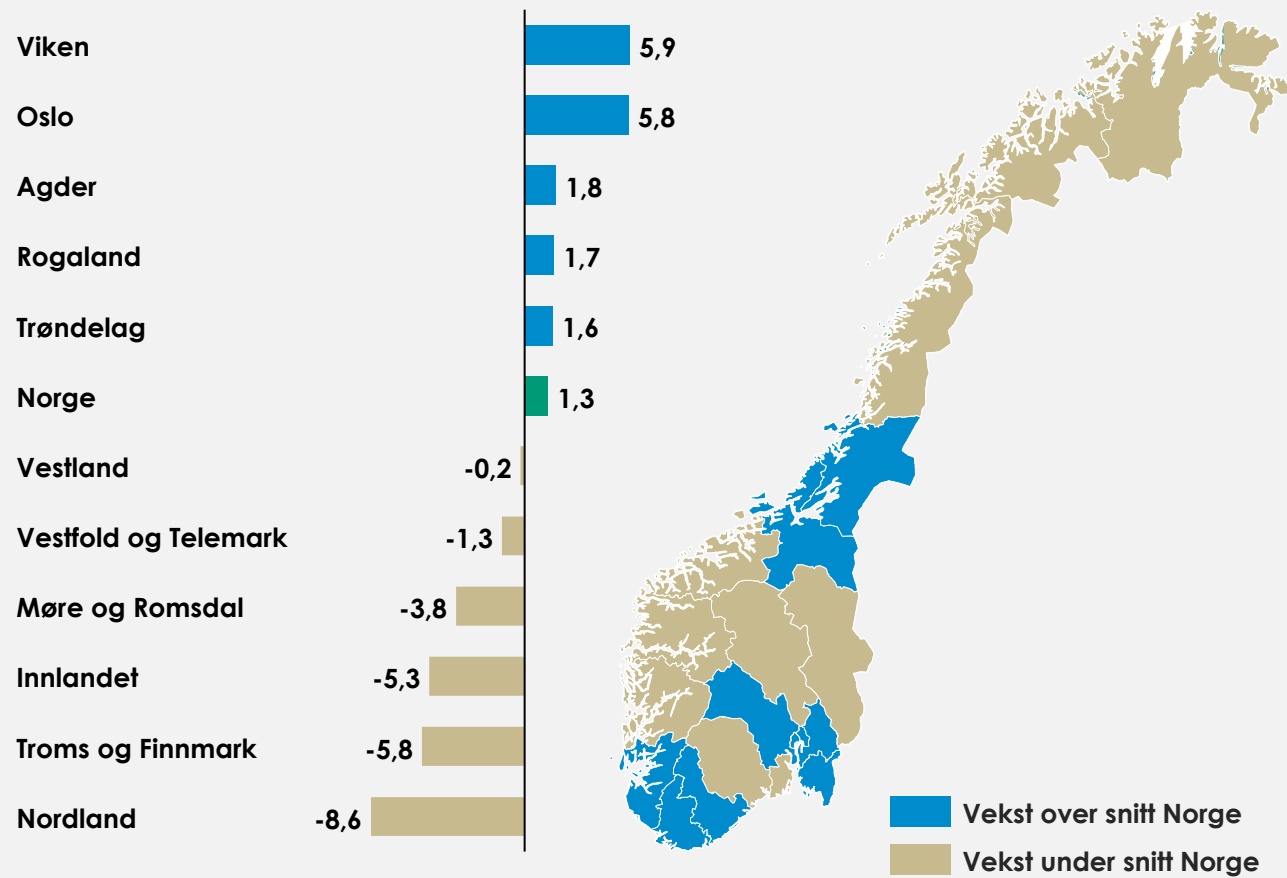
På kommunenivå blir utfordringen enda tydeligere der **140** norske kommuner får en nedgang i befolkningen i 2040 sammenlignet med 2022.

Nesten **250** (70%) norske kommuner får nedgang i den yrkesaktive delen av befolkningen.

I **138** (39%) norske kommuner vil innbyggere utenfor yrkesaktiv alder utgjøre majoriteten av befolkningen.

I **355** kommuner vil andelen av befolkningen som er i yrkesaktiv alder falle frem til 2040.

Fylkesvis endring i befolkning i yrkesaktiv alder 2022-2040



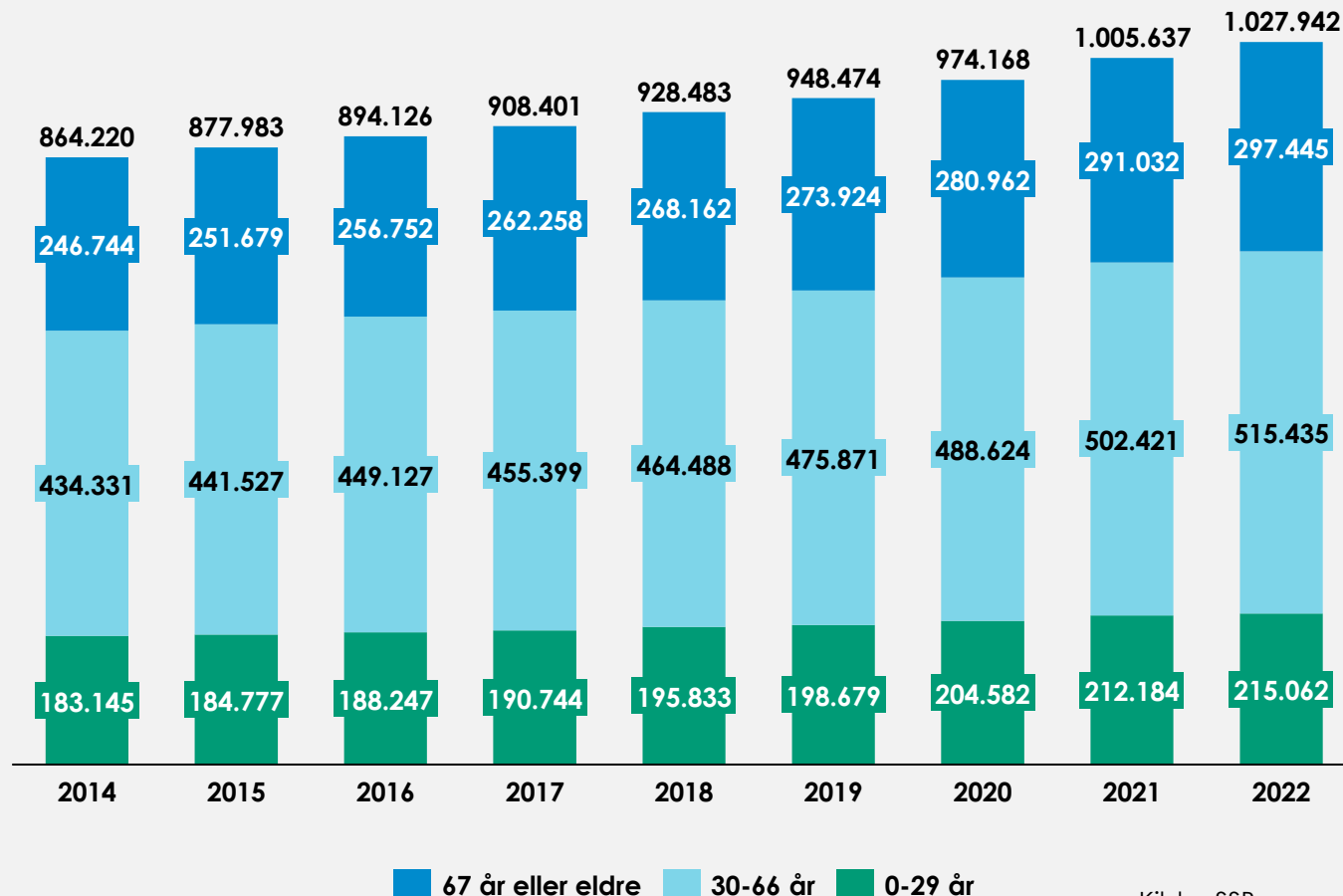
Kilde: SSB

Antall aleneboende personer har nå passert 1 million – og fremtidig vekst gir økt omsorgsbehov

Ved analyse av pleie og omsorgssektoren i kommunene er det viktig å være bevisst den samlede pleie og omsorgen som utføres og som dagens befolkning har behov for. **En stor del av omsorgen i dag blir utført av pårørende og Kvinnehelseutvalget anslår at 136 000 årsverk utføres av pårørende. Dette er nesten like høyt som de 142 000 årsverk i den kommunale omsorgen.**

Endrede husholdningstyper og en stadig økende andel aleneboende gjør at det vil bli færre pårørende fremover og at større del av omsorg utført av pårørende må utføres av kommunene.

I 2021 passerte antallet aleneboende 1 million og fram mot 2040 er det forventet en sterk vekst i eldre aleneboende, noe som vil øke det kommunale pleiebehovet ytterligere.



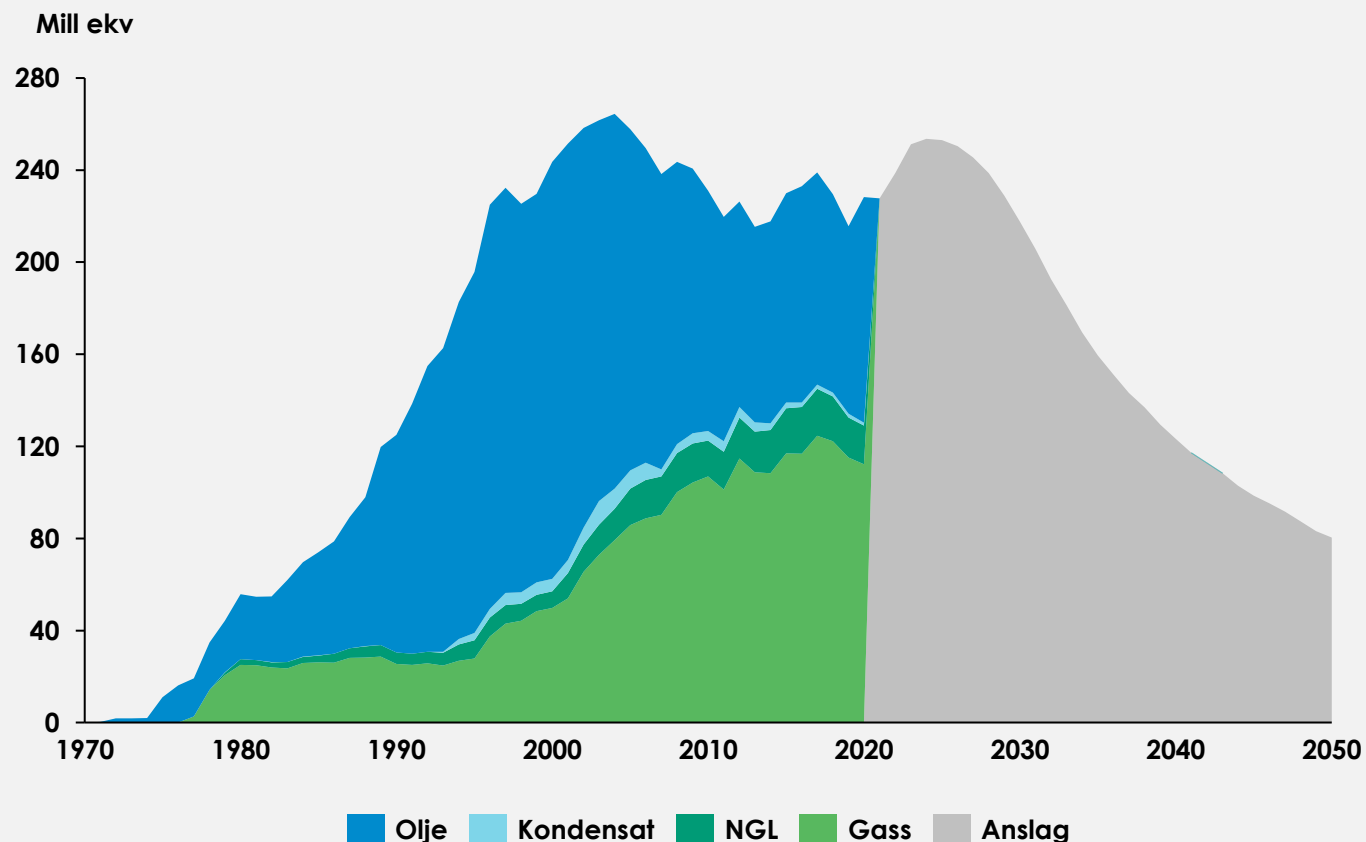
Kilde: SSB

Inntektene fra olje og gass-produksjon forventes å avta

Den økende oppgavebyrden demografi-utviklingen vil føre til for kommunene de kommende tiårene sammenfaller med en forventet nedgang i norsk olje- og gass-produksjon som reelt har finansiert store deler av oppbyggingen av dagens velferdssystem i Norge. Inntektene fra petroleumssektoren har og ført til at lønnsinntektene til bredden av befolkningen har steget noe mer, som har resultert i høyere levestandard.

Legger vi analysen fra Perspektivmeldingen til grunn, vil vi i tiårene fremover stå overfor både nye og kjente utfordringer. Forsørgerbyrden til de arbeidende øker ved at det vil stå færre i yrkesaktiv alder bak hver pensjonist. Statens utgifter vil gå opp, uten at inntektene øker like mye. Utsiktene for offentlige finanser fremover tydeliggjør at bedre ressursbruk og omprioriteringer innenfor budsjettene må til for at vi kan fortsette å utvikle velferdssamfunnet.

Petroleumsproduksjon, Million oljeekv. 1970-2021 og estimat 2022-2050



Kilde: Finansdepartementet, NB 2023 (1970-2030), NB 2022 (2031-2050) / NyAnalyse

Hvordan gjennomføres DEA-analysene og hva er data-grunnlaget?

- **DEA-Analyse** er en forkortelse for Data Envelopment Analysis og har blitt den mest utbredte analyseteknikken i studier av offentlig sektors effektivitet. **Metodikken er egnet til å beregne relativ effektivitet hvor produksjons-prosessen inkluderer flere innsatsfaktorer og flere produkter, og hvor det er vanskelig å fordele innsatsfaktorbruken mellom de ulike produktene.** Enhetenes effektivitet vurderes mot hverandre ved at de mest effektive enhetene (observert beste praksis) utgjør et referansesett som de andre enhetene måles mot. DEA-analyse er med andre ord en relativitetsanalyse, ikke en analyse av forbedringspotensial til de mest effektive observerte kommunene.
- De fire utførte DEA-analysene i denne studien baserer seg på 2-5 indikatorer på produksjonssiden av tjenestene og (korrigerte brutto) driftsutgifter på innsatssiden. DEA-skåren som måles varierer mellom 0 og 100. Den samlede DEA-effektivitets-skåren vil være lik 100 for de kommunen identifiseres som mest effektiv i i DEA-analysene, i produserte tjenester sett i forhold til ressursinnsatsen.
- Antall innsatsfaktorer og produkter vil kunne ha betydning for de beregnede effektivitetsmålene. Som alltid ved slike analyser, er det begrensninger og usikkerhet knyttet til resultatene. DEA-metodikken er sårbar for svakheter i datagrunnlaget.
- DEA-analysen er gjennomført for 2021. Den største datakilden for analysen er Kommune-Stat rapporteringen (KOSTRA) som SSB innhenter. Supplerende data er hentet fra Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og KS sin database over kommunale innkjøp. Det er benyttet 4 kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet som også har identifisert flere andre kvalitetsindikatorer. De samme 4 indikatorene ble benyttet i analysen i 2019. En liste over Helsedirektoratets kvalitets-indikatorer finnes her <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Hvordan tolke resultatene fra DEA-effektivitets- og DEA-kvalitetsanalysen

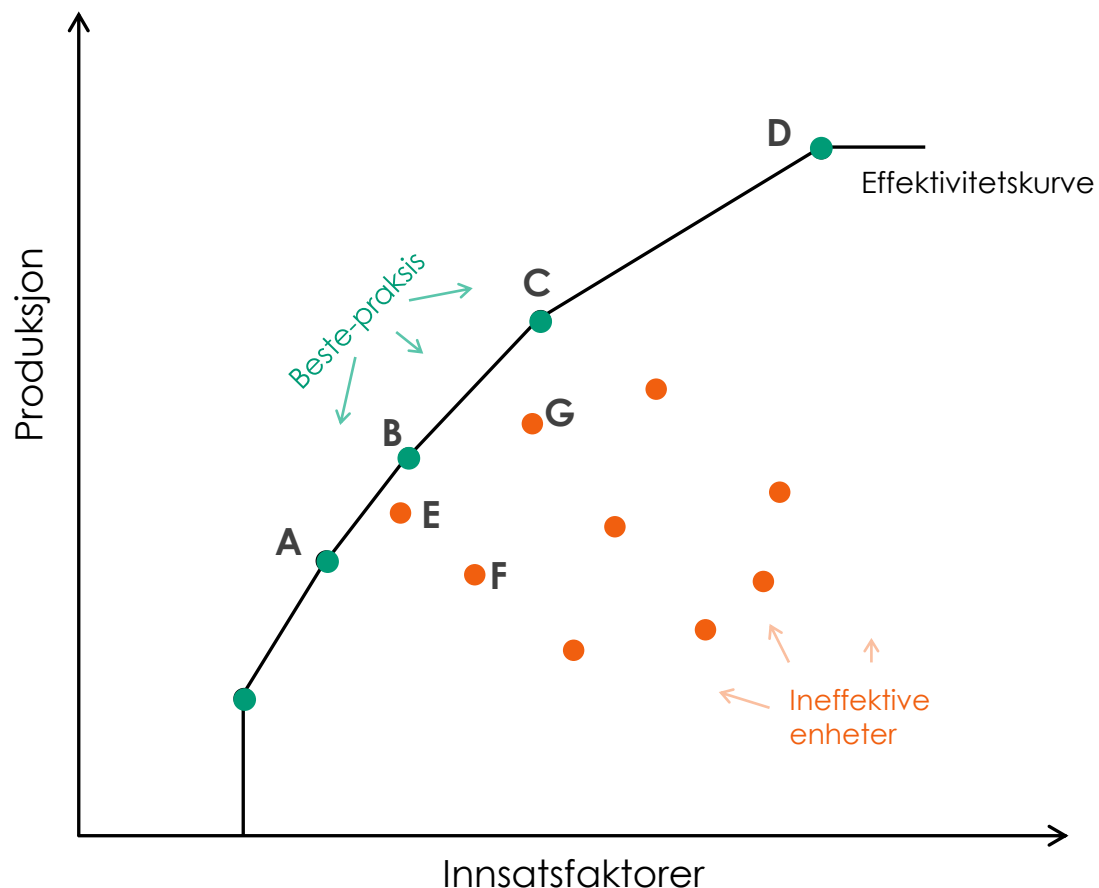
- I DEA-analysene av effektivitet i de tre analyserte sektorene pleie og omsorg, barnehager og renhold og eiendomsdrift får kommunen en skåre for økonomisk effektivitet rangert mellom 1 og 100. For pleie og omsorg foreligger det egnet kvalitetsdata slik at en DEA-analyse av kvalitet også kunne gjennomføres. Denne er og rangert med kommuneskår mellom 1 og 100.
- DEA-analysen gjennomføres for alle kommunene samlet, men DEA-metodikken gjør at den enkelte kommunene reelt sammenlignes med de beste kommuner med lignende befolkningsstørrelse. Kommunene som skårer 100 er de beste til å få ut tjenester gitt ressurs-grunnlaget som er benyttet. Det betyr ikke at en kommune med skåre 100 ikke har et forbedringspotensial, men at den fikk mest tjenester og kvalitet ut av innsatsfaktorene sammenlignet med andre relevante kommuner.
- DEA-skåre under hundre indikerer forbedringspotensial sammenlignet med de beste observerte kommunene. En kommune som skårer 90 vil være 90 prosent så effektiv som en kommune med skåre 100 i samme gruppe av sammenlignbare kommuner, noe som indikerer et 10 prosent effektivitetspotensial (evt. kvalitetspotensial innen pleie og omsorg). Tilsvarende, en kommune som f.eks. skårer 78 har et 22 prosent forbedringspotensial vs de beste sammenlignbare kommunene.
- Datagrunnlaget for målingen av DEA-effektivitet er mer solid enn datagrunnlaget for estimering av DEA-kvalitet. Funnene for DEA-kvalitet innen sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg bør derfor kun behandles som en indikasjon på kvalitet, ikke som en kvalitetsfasit.

DEA-metodikk, covid og datakvalitet

- Covid-pandemien satte de kommunale tjenestene under betydelig press. Omfanget av Covid i befolkningen og blant de kommunale tjenestebrukere varierte mellom kommunene, og over tid, men alle kommuner måtte allokere betydelige ressurser og tilpasse sine tjenester til utfordringene pandemien førte til.
- DEA-metodikken gir relative svar mellom kommuner men forklarer ikke hvorfor den enkelte kommuner skårer som den gjør. Det gjør at DEA-metodikk er spesielt sårbar for svakheter i datagrunnlaget. Hvis f.eks. en kommune grunnet målefeil registreres som effektiv, påvirker det vurderingen av andre kommuner som måles opp mot en feilaktig identifisert effektiv kommune.
- Pandemien påvirket både omfanget og kvaliteten til de kommunale tjenestene, men det påvirket også datakvaliteten. Et eksempel på utfordringene med datakvalitet både generelt og under pandemien kan illustreres med Helsedirektoratets innhenting av nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor sykehjems sektoren. Helsedirektoratet innhenter data to ganger i året ved en prevalensundersøkelse. Det er en relativt sett upresis registreringsmetode som gir et øyeblikksbilde av situasjonen. Den tilfeldige variasjonen være stor ved små tall og det kan og være variasjon i registreringspraksis. Alle sykehjem benytter samme overvåkningsmetode, men variasjon i brukerpopulasjon kan påvirke sammenlignbarheten over tid og mellom behandlingsteder. Alderen og helsen til beboerne, samt tilbudet på det enkelte sykehjem, er også forhold som kan påvirke datagrunnlaget. Helsedirektoratet viser til at Indikatoren derfor ikke uten videre kan brukes til sammenligning mellom sykehjem og at resultatene bør tolkes med varsomhet.
- Som følge av covid-19-pandemien ble datakvaliteten reduser. Sykehjem som ikke hadde kapasitet til å delta i undersøkelsen, fikk, i dialog med kommunelegen, tillatelse til å ikke delta. En del sykehjem leverte derfor ikke inn data i 2020 og 2021. Lav tilslutningsgrad er negativt for datakvalitet og skaper noe usikkerhet rundt resultatene.

Hvilke DEA-enheter er effektive? - En illustrasjon

Illustrasjon av DEA



Figuren illustrer resultatet til en DEA-analyse

- Alle punkter på kurven (**A,B,C,D,...**) er **effektive**, de har en effektivitetsskåre lik 100.
- Alle punktene utenfor kurven (**E,F,G,...**) er **ineffektive** og har en effektivitetsskåre under 100, hvor lav effektivitetsskåre avhenger av størrelsen på avstanden til nærmeste beste-praksis kommune.

Hvordan beregnes effektivitetsskåren?

De **ineffektive** enhetene sammenlignes med **effektive** enheter som er **nære** dem selv (Peers)

- Den **effektive** enheten **D** påvirker ikke scoringen til de **ineffektive** enhetene fordi den ikke er en realistisk sammenligning - den har mye høyere nivåer av både innsatsfaktorer og produkter.

I denne illustrasjonen vil:

- **E** sammenligne seg med **B**
- **F** vil sammenligne seg med **A** og/eller **B**
- **G** sammenligne seg med **C**

KOSTRA-grupper er SSBs inndeling av de norske kommunene i grupper primært basert på folketall og varierende økonomisk situasjon

1-6

KOSTRA-gruppe 1 - 6 består av kommuner med mellom 2000 og 10 000 innbyggere, hvor økonomien varierer mellom de seks KOSTRA-gruppene.

7-8

KOSTRA-gruppe 7 og 8 består av kommuner med mellom 10 000 – 20 000 innbyggere.

9

KOSTRA-gruppe 9 består av kommuner med mellom 20 000 – 30 000 innbyggere.

10-11

KOSTRA-gruppe 10 og 11 består av kommuner med mellom 30 000 – 75 000 innbyggere.

12-13

KOSTRA-gruppe 12 og 13 består av kommuner med over 75 000 innbyggere.

14-16 (17)

KOSTRA-gruppe 14, 15, og 16 og i all hovedsak **17***, består av kommuner med under 2 000 innbyggere, hvor økonomien varierer mellom gruppene.

*To kommuner i KOSTRA-gruppe 17 med DEA-skår har mellom 2000 og 10.000 innbyggere og er i denne analysen rapportert sammen med KOSTRA-gruppe 1-6

Ordliste

DEA-analyse: En metode for å beregne effektivitet ut fra flere innsatsfaktorer og produkter. Metoden identifiserer kommunene som presterer best på leverte tjenester, gitt ressursbruken.

DEA-Kostnadseffektivitetsskåre eller DEA-Effektivitetsskåre: Resultat av DEA-analysen som er utført, som viser hvor økonomisk effektiv kommunen er på en skala fra 1-100 sammenlignet med den mest effektive sammenlignbare kommunen.

DEA-Kvalitetsskåre: For pleie og omsorg er det brukt DEA-analyse for å vise hvordan kommunen skårer (skala 1-100) på fire utvalgte kvalitetsmål i forhold til ressursinnsatsen. Den enkelte kommune sammenlignes med den eller de sammenlignbare kommunen som leverer best på disse kvalitetsmålene.

KOSTRA: Kommune-Stat Rapportering. En del av Statistisk Sentralbyrå med kommune-statistikk.

KOSTRA-grupper: Kommunene er delt inn i 17 KOSTRA-grupper etter forhold som befolkningsantall og økonomi, slik at de lettere skal kunne gjøre relevante sammenligninger med kommuner med liknende forutsetninger for drift.

2 Sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg

Alle kommuner forsøker å gi et godt tilbud til eldre og syke. Kapasitetsbehovet og kommunale kostnader innen sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg følger i stor grad andelen eldre i befolkningen. Det gjør det viktig for kommuner med høy vekst i andelen eldre å kontinuerlig følge opp ressursbruken i egen tjenesteproduksjon.

NyAnalyse har på vegne av NHO Service og Handel, NHO Geneo og NHO analysert kommunens ressursbruk og effektivitet innen pleie og omsorg, ved en DEA-analyse. Funnene til kommunene rapporteres sammen med andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe.

Det er også analysert DEA-kvalitet. Datagrunnlaget for denne analysen er dog svakere enn for måling av DEA-effektivitet, noe som gjør at funnene for DEA-kvalitet bør behandles som en indikasjon på kvalitet, ikke en fasit.

DEA-effektivitetsfunnene for alle kommunene er videre analysert opp mot omfanget private leverandører innen pleie og omsorg i de enkelte kommunene, med gjennomsnittlige DEA-skår presentert for grupper av kommuner med ulik bruk av private leverandører.

DEA-Effektivitetsanalyse: Innsatsfaktorer og tjenesteleveranse

Innsatsfaktor for sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg som inngår i analysen:

- **Brutto driftskostnader av sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg**
 - Fratrullet arbeidsgiveravgift og avskrivninger
 - Korrigert for bosettingsmønster (se appendiks)

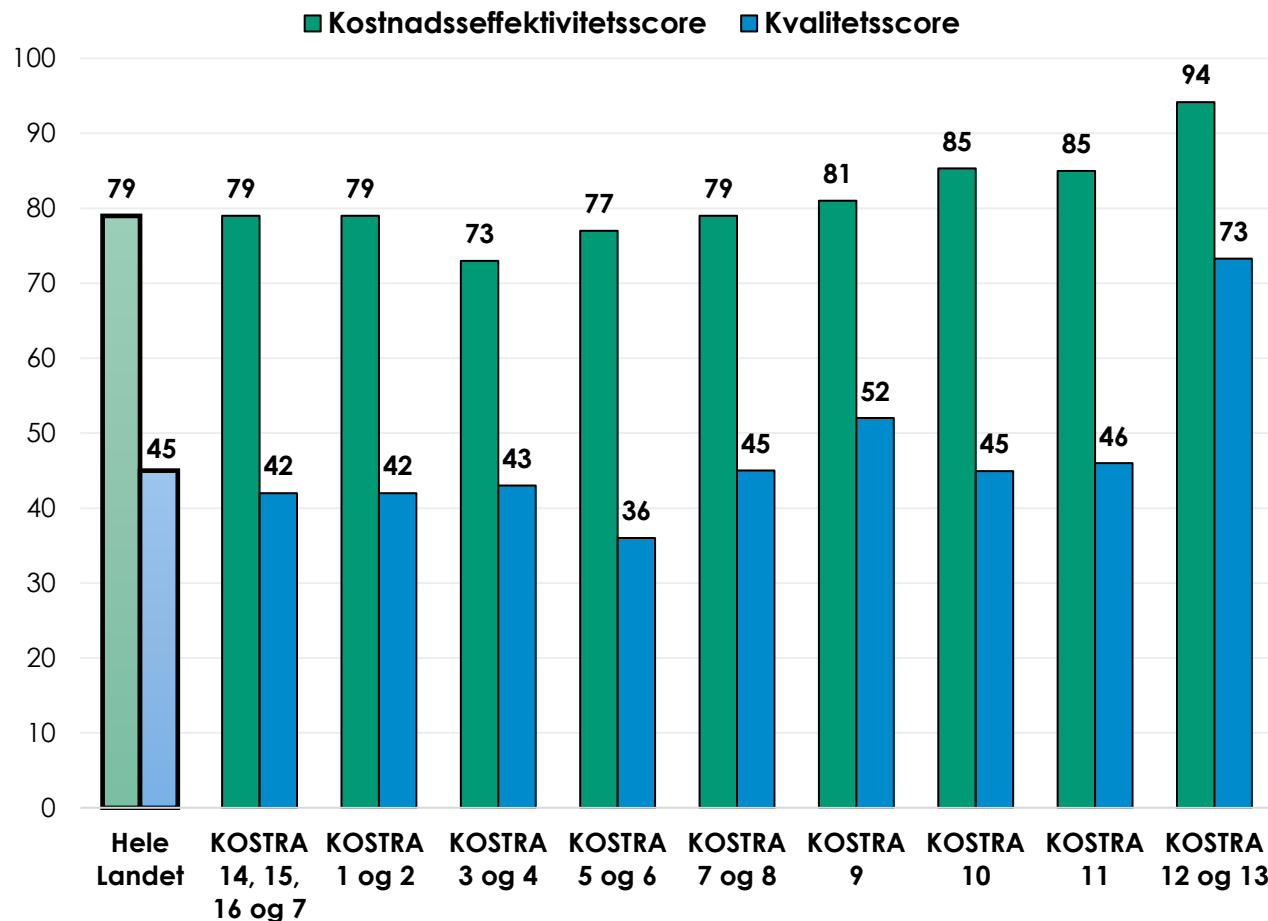
Økonomisk DEA-effektivitet måles ved følgende faktorer. Det gir funn for 242 kommuner:

- Liggedøgn i institusjoner
- Institusjonsbeboere med omfattende bistandsbehov
- Enerom i institusjon
- Timer til hjemmesykepleie
- Timer til praktisk bistand

DEA-kvalitet er måles ved følgende faktorer. Det gir funn for 126 kommuner:

- A. Kartlegging av ernæringsstatus av personer i sykehjem
- B. Kartlegging av ernæringsstatus av personer i hjemmebasert omsorg
- C. Hjemmeboende med demens som mottar et dagaktivitetstilbud av kommunen
- D. Sykehjemsbeboere uten påvist helsetjenesteassosiert infeksjon

Gjennomsnittlig DEA-effektivitet etter KOSTRA-grupper



Kilde: NyAnalyse

Større kommuner er i snitt mer effektive

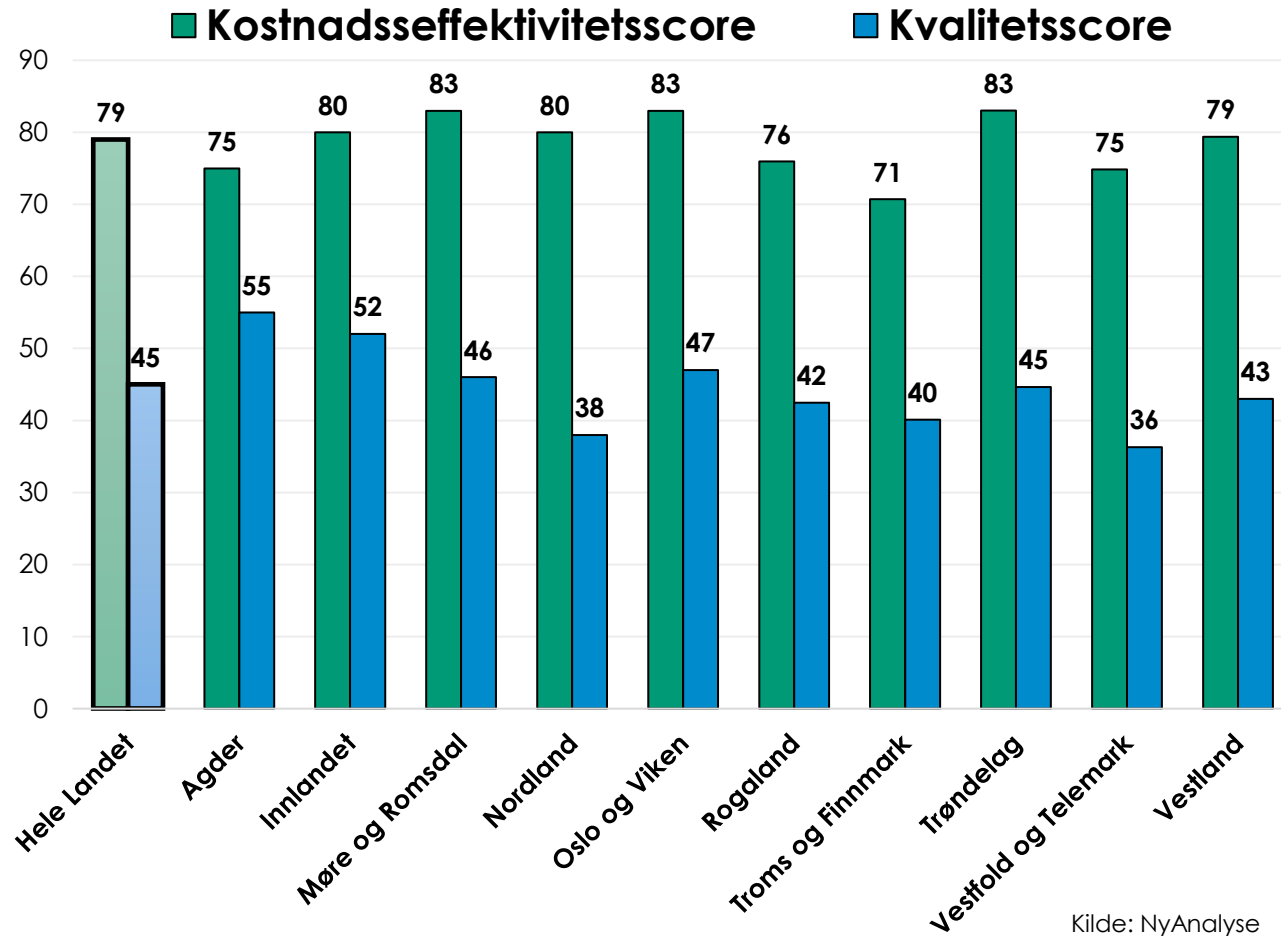
Figuren viser gjennomsnittsskåre i DEA-effektivitetsanalysen for sykehjemsdrift, institusjoner og hjemmebasert omsorg beregnet for ni kombinasjoner av KOSTRA-grupper. KOSTRA-gruppene som er kombinert har lik befolkningsgruppe og relativt lik økonomisk situasjon.

Landsgjennomsnittet for alle kommunene er en DEA-effektivitet på 79 og DEA-kvalitets på 45. Det betyr at gjennomsnittskommunen kan forbedre effektiviteten med 21 prosent sammenlignet med de mest effektive kommunene og at kvaliteten, slik den er målt her, kan mer enn doubles, gitt innsatsfaktorene som brukes til tjenesteproduksjonen.

De største kommunene, med over 75 000 innbyggere (KOSTRA-gruppe 12 og 13) har effektivitetsskåre på 94, som er 15 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet. Større forskjell er det i DEA-kvalitet, med en skåre på 73, som er 28 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet.

Det er vesentlig mer robuste data på kostnader og effektivitet enn det er på kvalitet. Det gjør at funnene på kvalitet bør behandles med varsomhet og som en indikasjon.

Fylkesvis gjennomsnittlig DEA-effektivitet for pleie og omsorg



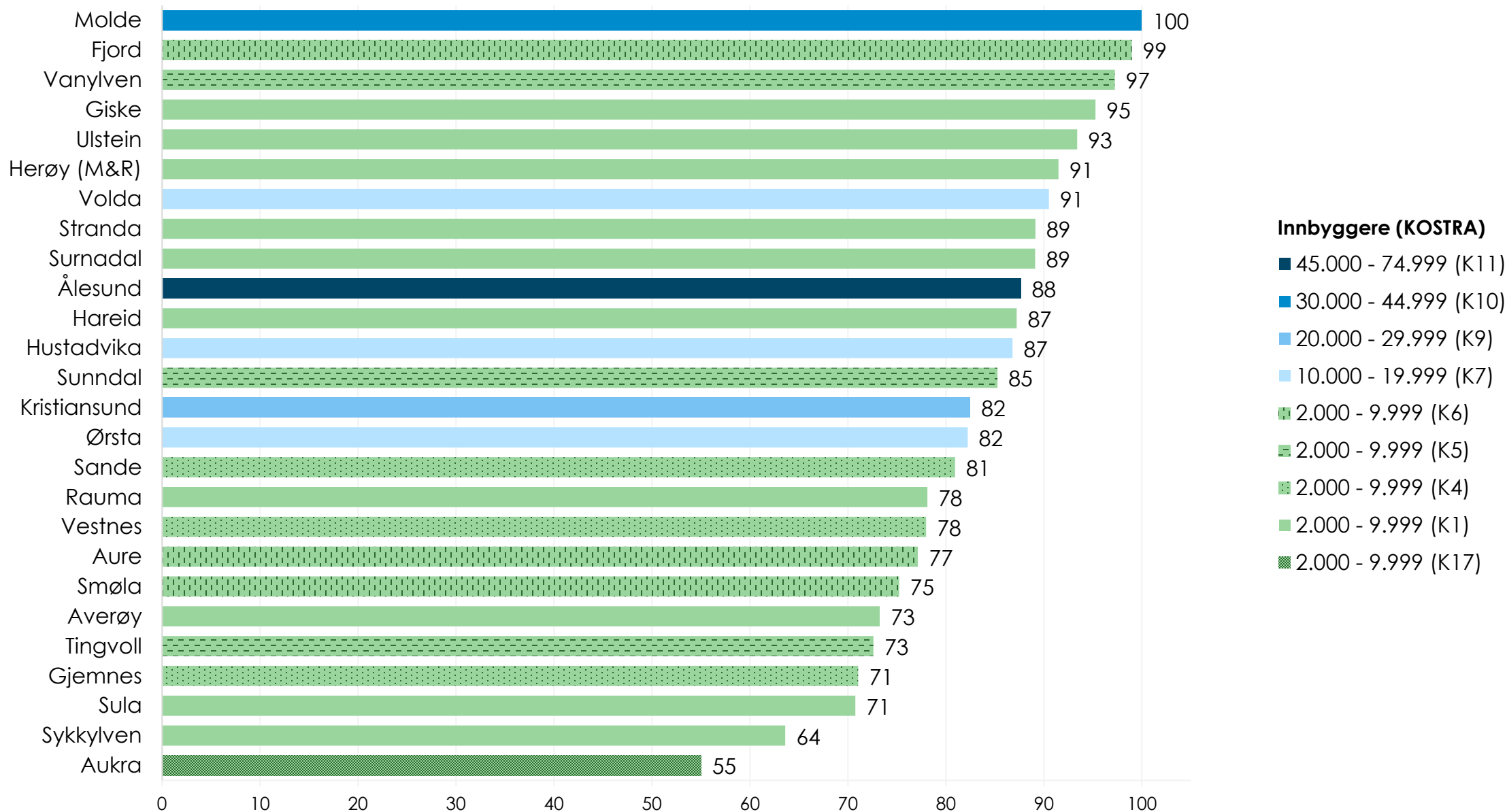
Jevnere DEA-skåre for fylkene

Figuren viser de fylkesvise gjennomsnittsskårene i DEA-effektivitetsanalysen for sykehjemsdrift, institusjoner og hjemmebasert omsorg.

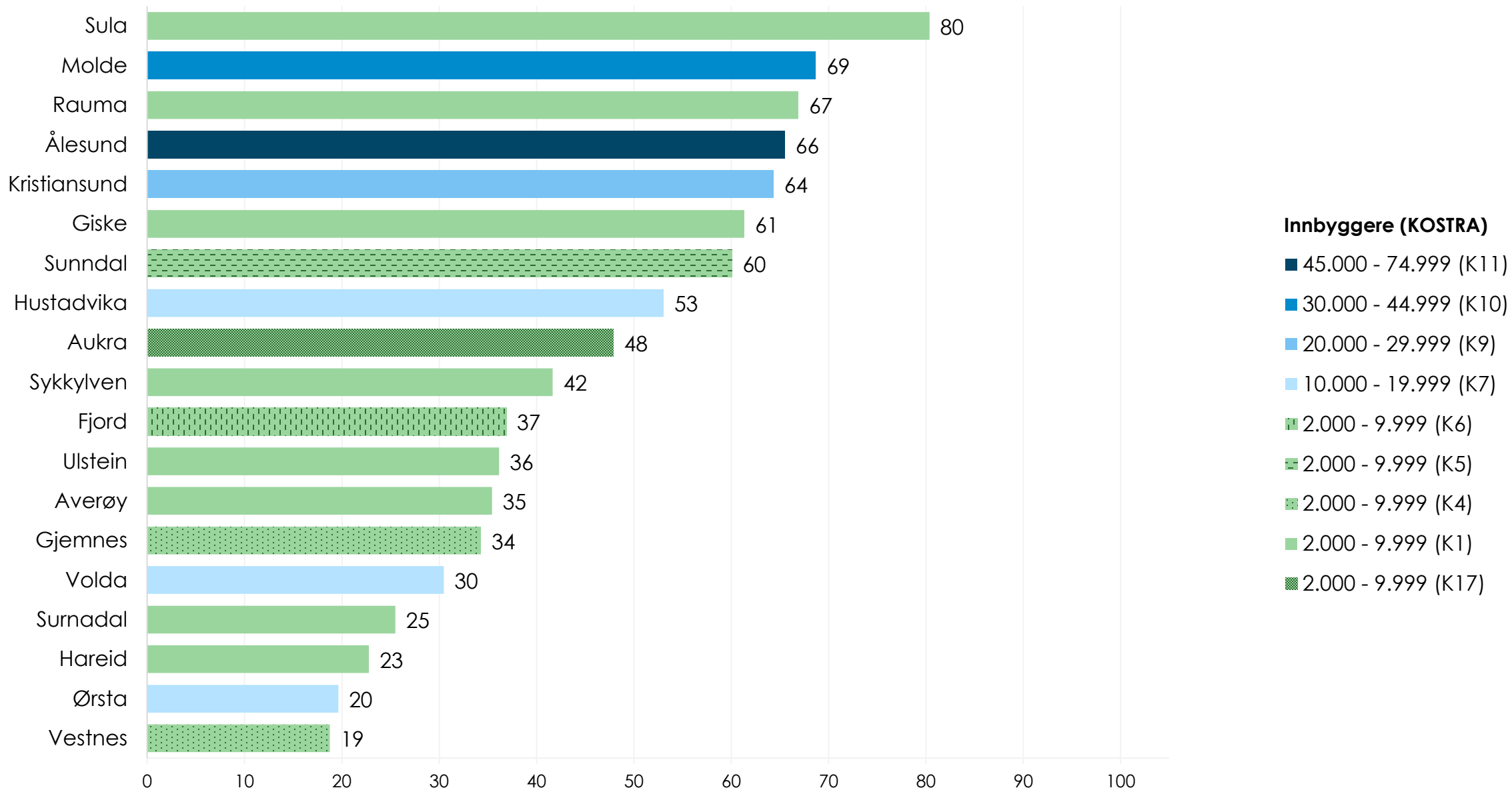
De fylkesvise DEA-skårene er mer jevne enn resultatene ved KOSTRA-grupper. Møre og Romsdal, Trøndelag og Viken inkludert Oslo skårer alle 83 i DEA-effektivitet, som er fire DEA-poeng over landsgjennomsnittet og 12 DEA-poeng høyere enn det laveste fylkesskåret.

Variasjonen er noe høyere for kvalitet. Her skårer Agder høyest, med 55, som er 19 DEA-poeng høyere enn det laveste fylkesskåret på 36 DEA-poeng.

DEA-effektivitet: Møre og Romsdal



DEA-Kvalitet: Møre og Romsdal



Gjennomsnittlig DEA-effektivitet og gjennomsnittlig DEA-kvalitet relatert til andel kjøp fra private leverandører

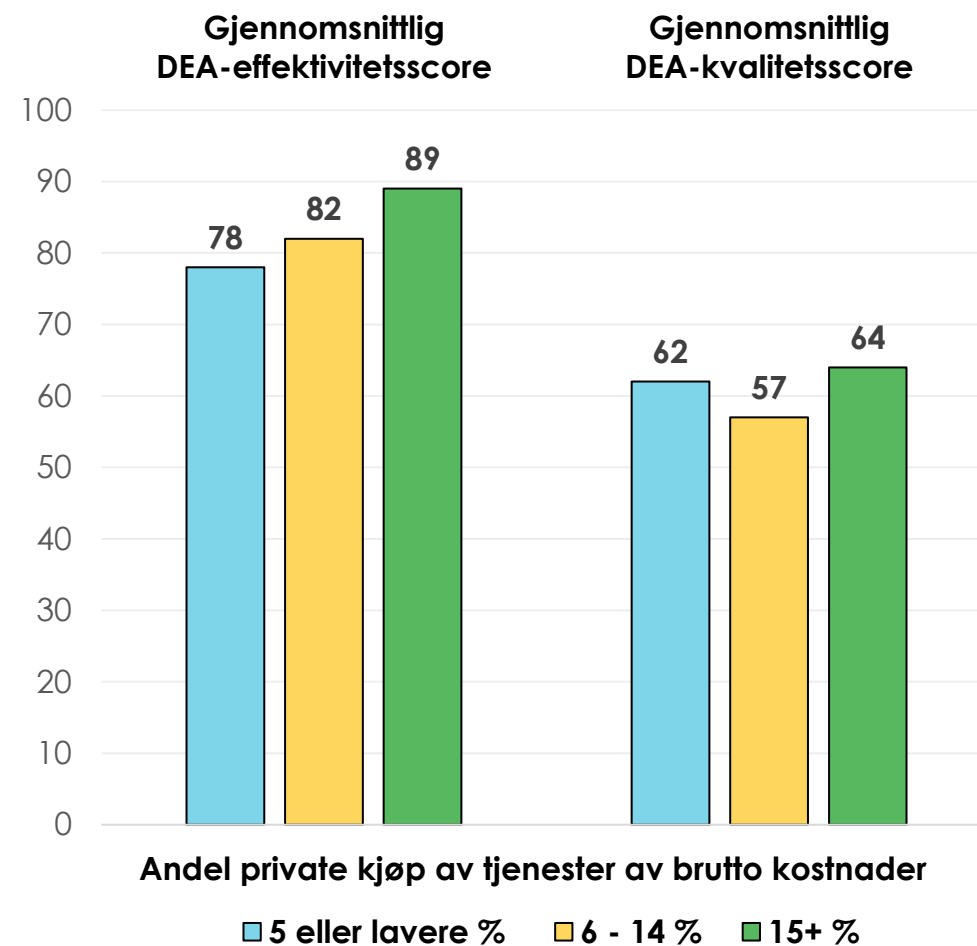
- **Høyest gjennomsnitt i DEA-effektivitet i kommuner med høyest andel private leverandører.**
- **Marginalt høyere DEA-kvalitet for kommuner med høyest andel private leverandører**

Figuren viser gjennomsnittlig DEA-effektivitetsskåre og DEA-kvalitetsskåre for kommuner med ulik andel kjøp av tjenester fra private leverandører samlet innen sykehjems-drift og hjemmebasert omsorg. Privatandelen er målt mot brutto KOSTRA-utgifter på områdene for kommuner som har nødvendig datagrunnlag for DEA-effektivitet og DEA-kvalitetsanalysen.

Kommuner som har 15 prosent eller høyere andel kjøp fra private leverandører har høyest gjennomsnittlig effektivitetsskåre, med 89. Der nest kommer kommuner med mellom 7 og 14 prosent privatandel, med 82. Lavest på DEA-effektivitet skårer kommuner med under 6 prosent andel privatandel, med 78.

Kommuner som har høyest andel private leverandører har også høyest skåre på kvalitet, men her er forskjellen kun marginalt høyere.

Analysen er kjørt for 126 kommuner med skåre for både DEA-effektivitet og kvalitet. Disse fordeler seg med 52 kommuner med privatandel under 7 prosent, 61 kommuner med privatandel fra 6 til 14 prosent og 13 kommuner med 15 prosent eller høyere privatandel. Skjevfordelingen i antall kommuner reflekterer at bruken av private leverandører er lav innenfor pleie og omsorg.



Kilde: NyAnalyse

Effektivitet og andel private plasser på sykehjem og institusjon

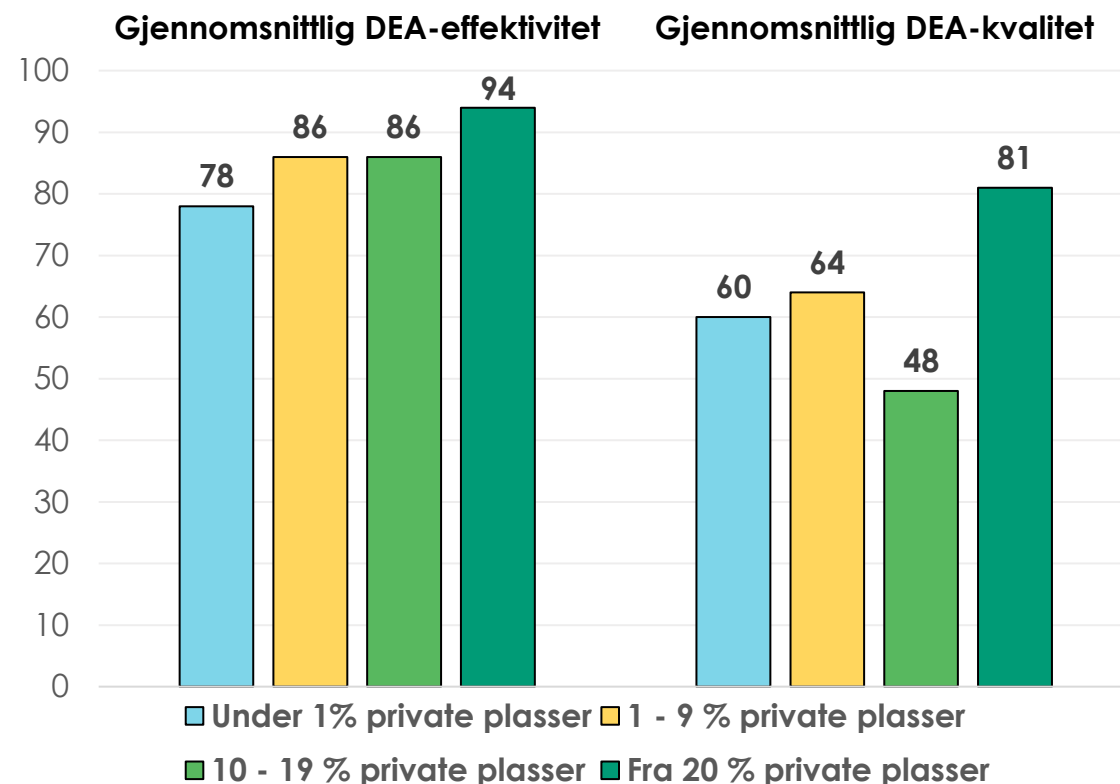
Kommuner som har høyest andel private sykehjem og institusjonsplasser skårer høyest både for DEA-effektivitet og DEA-kvalitet

Figuren viser gjennomsnittlig DEA-effektivitetsskåre og kvalitets-skåre for kommuner delt inn i firekommunegrupper etter andelen private sykehjem og institusjonsplasser: Under 1 prosent, 1-9 prosent, 10-19 prosent og over 20 prosent.

Kommuner som har over 20 prosent private plasser har i gjennomsnitt høyere DEA-skåre både for DEA-effektivitet og DEA-kvalitet enn kommuner med lavere andel private plasser. DEA-beregningene er basert på kostnadsgrunnlaget kommunene har innenfor pleie og omsorg, herunder kostnader til hjemmepleie.

Andelen private sykehjem- og institusjonsplasser er en indikasjon på kommunenes åpenhet for å benytte private leverandører. KOSTRA dokumenterer ikke hvor mange hjemmehjelpsplasser som private leverandører står for i den enkelte kommune, som er grunnen for at dette ikke er inkludert i analysen av private plasser.

DEA-effektivitet og DEA-kvalitet for kommuner gruppert etter andel private sykehjemsplasser og institusjonsplasser. 2021



3

Barnehager

NyAnalyse har på vegne av NHO Service og Handel, NHO Geneo og NHO analysert kommunens ressursbruk og effektivitet innen barnehagesektoren. Funnene til kommunene rapporteres sammen med andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe.

Det er ikke gjennomført analyse av DEA-kvalitet innen barnehagesektoren fordi det ikke er identifisert egnet tallgrunnlag for en slik analyse. Som en indikasjon på kvalitet er funn fra Foreldreundersøkelsen presentert, hvor det og oppgis egne kvalitetsmål for kommunale og private barnehager.

DEA-effektivitetsfunnene for alle kommunene er videre analysert opp mot omfanget private barnehager i de enkelte kommunene, med gjennomsnittlige DEA-skår presentert for grupper av kommuner med ulik bruk av private leverandører.

Effektivitetsanalyse (DEA): Innsatsfaktorer og tjenesteleveranse

Kvalitet og kostnader på tjenester blir belyst ved hjelp av DEA-analyse. Dette er den mest utbredte metoden i studier av offentlig sektors effektivitet.

Innsatsfaktor for barnehager som inngår i analysen:

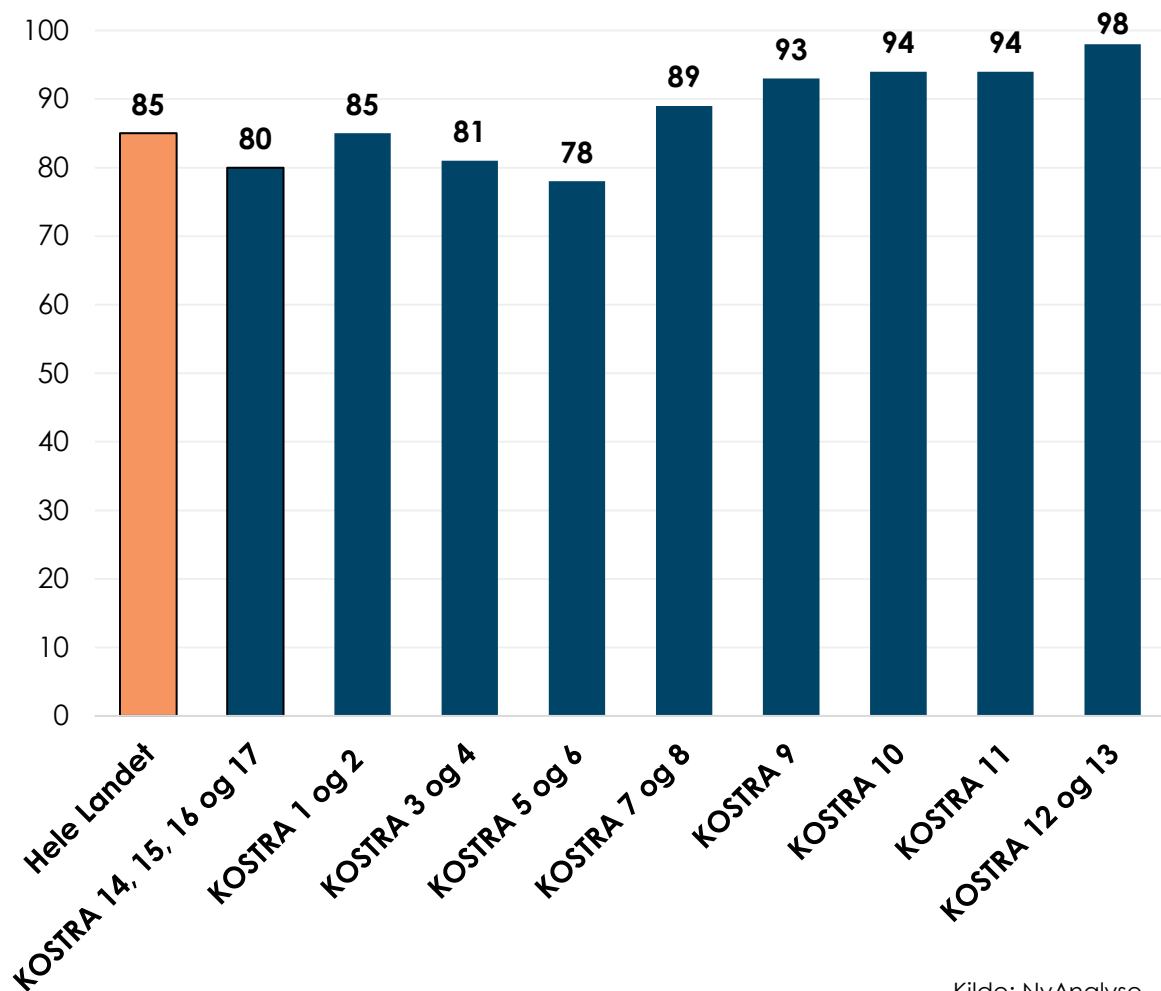
- Brutto driftskostnader
- Korrigeret for arbeidsgiveravgift og avskrivninger

For **DEA-effektivitets analysen** er kostnader satt opp mot følgende. Det gir funn for 355 kommuner:

- Antall oppholdstimer 0-2 år
 - Vektet og korrigeret (se appendiks)
- Antall oppholdstimer 3-5 år
 - Vektet og korrigeret (se appendiks)

Gjennomsnittlig DEA-effektivitet for barnehager - etter KOSTRA-grupper

Gjennomsnittlig DEA-effektivitet for barnehager etter KOSTRA-grupper. 2021



Kilde: NyAnalyse

DEA-effektiviteten stiger med kommunenes befolkningsstørrelse og de største kommunene er mest effektive

Figuren viser gjennomsnittsskåre i DEA-effektivitetsanalysen for barnehager for 355 kommuner med egnet datagrunnlag, rangert etter antall innbyggere, med lavest befolkning til venstre og høyest befolkning til høyre. KOSTRA-gruppene som er kombinert har lik befolkningsgruppe og relativt lik økonomisk situasjon. KOSTRA-gruppe 1-2, 3-4 og 5-6 er i samme KOSTRA-intervall over antall innbyggere men har varierende økonomisk situasjon.

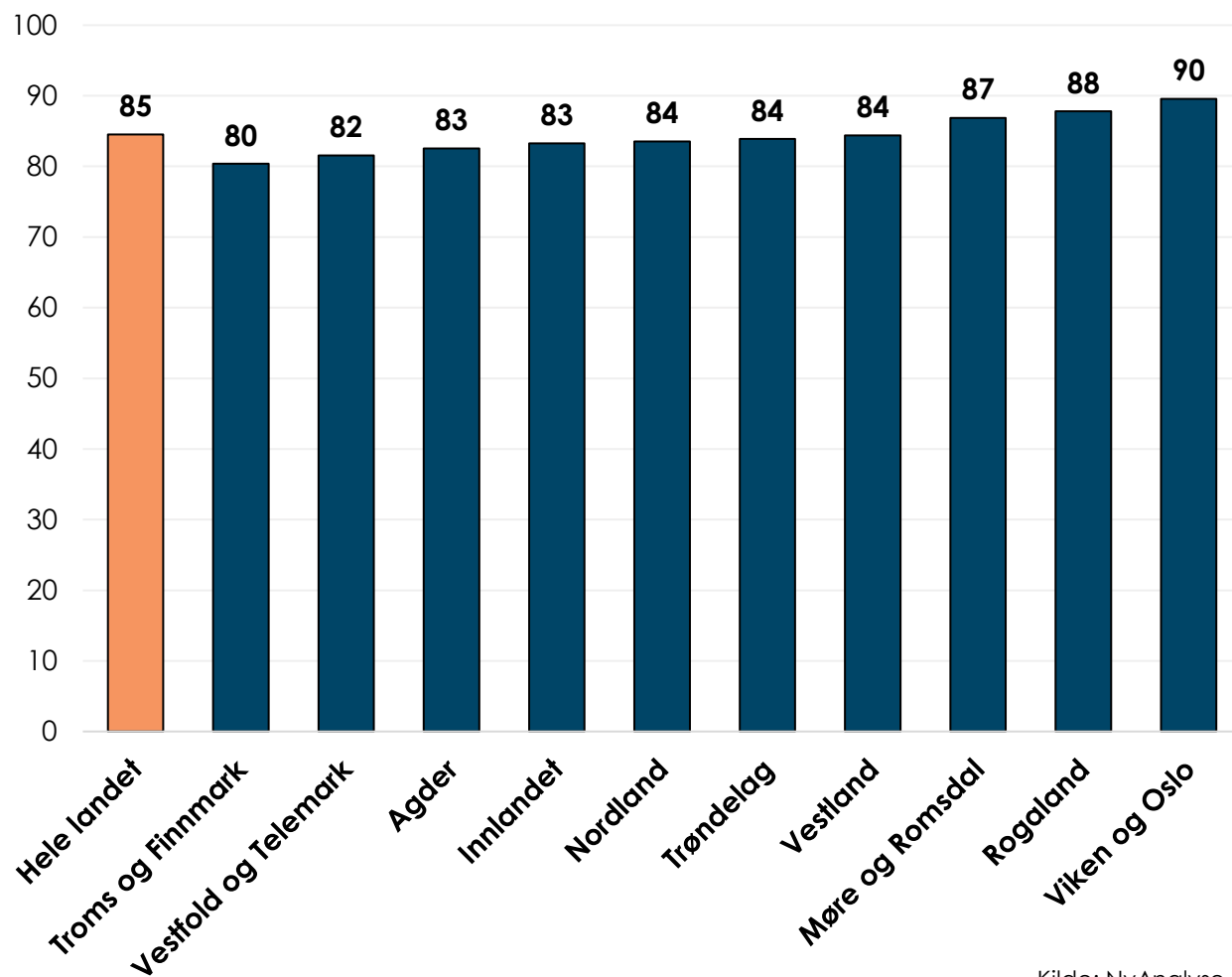
Landsgjennomsnittet for alle kommunene er en DEA effektivitets-skåre på 85, noe som indikerer høy gjennomsnittlig effektivitet i barnehagesektoren. Gjennomsnittskommunen kan forbedre effektiviteten i barnehagedriften med 15 prosent sammenlignet med de mest effektive kommunene. Kommunene som skårer lavest har et potensial som er høyere enn dette.

De største kommunene, med over 75 000 innbyggere (KOSTRA-gruppe 12 og 13) har høyest gjennomsnittlig effektivitetsskåre med 98. Det er 13 prosent-poeng høyere enn landsgjennomsnittet.

KOSTRA-gruppe 7 til og med 11 skårer og over landsgjennomsnittet, med DEA-skåre på over 90 for KOSTRA-gruppe 9 til 11. Det laveste KOSTRA-gruppe gjennomsnittet er 78.

Fylkesvis gjennomsnittlig DEA-effektivitet for barnehager

Gjennomsnittlig DEA-effektivitet for barnehager etter fylker. 2021



Kilde: NyAnalyse

Gjennomsnittlig DEA-effektivitet i fylkene

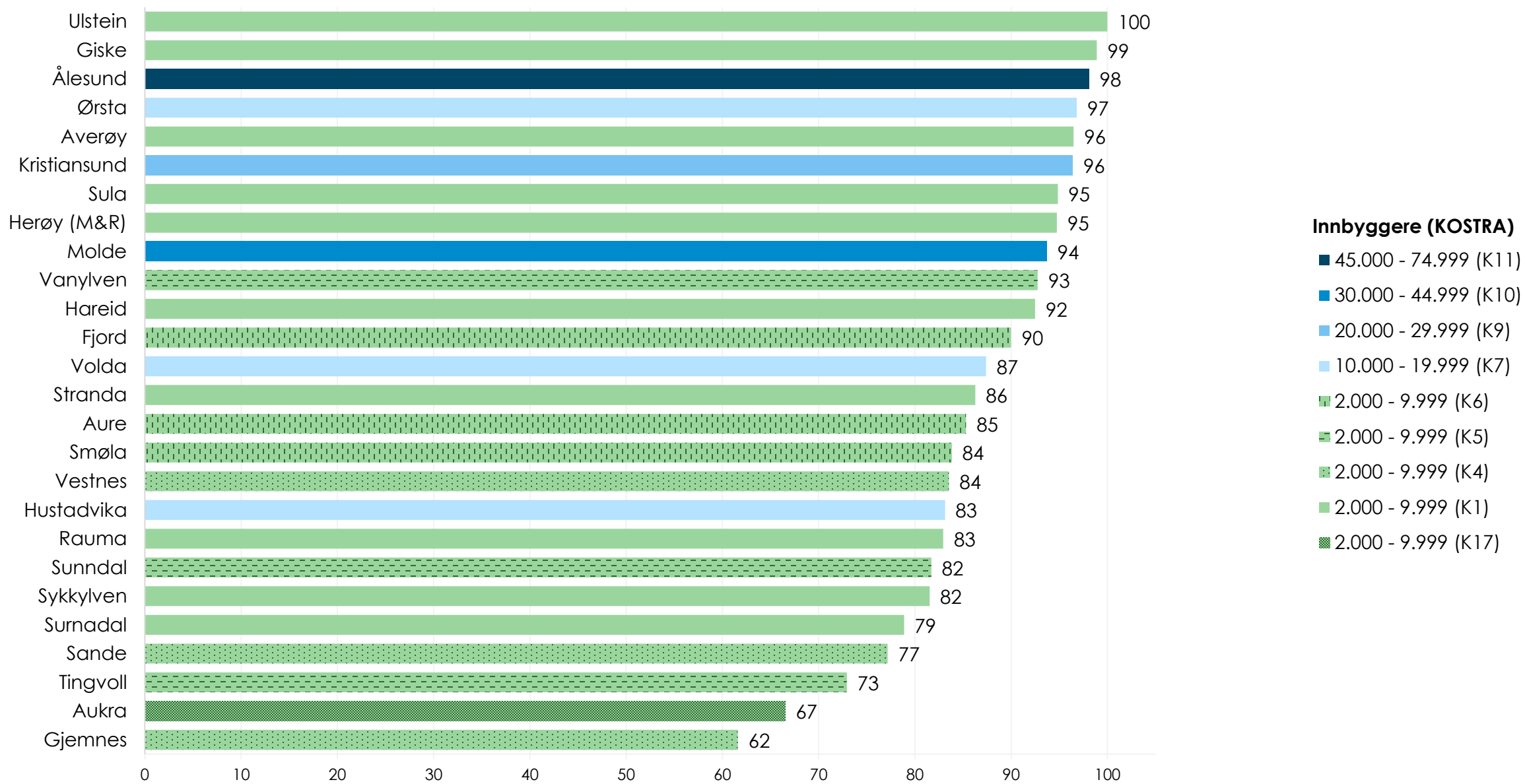
Figuren viser fylkesvis gjennomsnittsskåre i DEA-effektivitetsanalysen for barnehager for 355 kommuner med egnet datagrunnlag.

Landsgjennomsnittet for alle kommunene er en DEA-effektivitets-skåre på 85, noe som indikerer høy gjennomsnittlig effektivitet i barnehage-sektoren. Gjennomsnittskommunen kan forbedre effektiviteten i barnehagedriften med 15 prosent sammenlignet med de mest effektive kommunene.

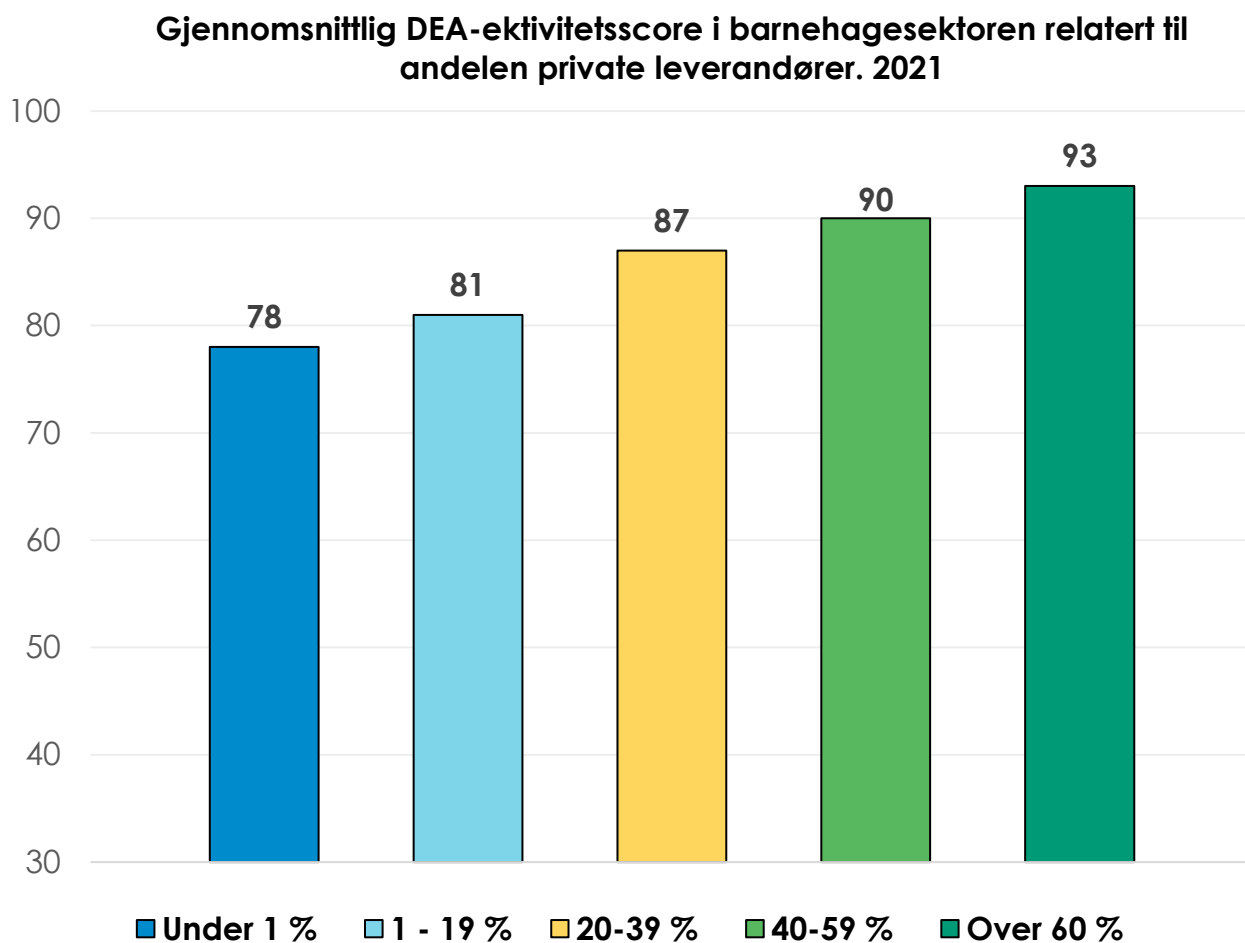
Viken og Oslo skårer høyest, med 90 poeng, etterfulgt av Rogaland og Møre og Romsdal som og skårer over landsgjennomsnittet.

De resterende fylkene ligger nær landsgjennomsnittet på undersiden, med 80 som laveste skåre.

DEA-Effektivitet: Møre og Romsdal



DEA-effektivitet i barnehagesektoren relatert til andelen private leverandører



Kilde: NyAnalyse

Høyere DEA-effektivitet i barnehagesektoren for kommuner med høyere andel private leverandører

Figuren til venstre viser den gjennomsnittlige DEA-effektivitets-skåren for kommuner med varierende andel av private leverandører av barnehagetjenester i 2021.

Kommunene med høy grad private leverandører av barnehagetjenester har en klart høyere gjennomsnittlig DEA-effektivitetsskåre enn kommuner med liten grad av kjøp fra private. I figuren er privatandelen av barnehagetjenester i kommunen delt inn i over 60 prosent, 40-59 prosent, 20-39 prosent, 1-19 prosent og under 1 prosent.

Kommuner hvor andelen private barnehager utgjør over 60 prosent har en gjennomsnittlig DEA-skåre på 93. DEA-effektiviteten synker jevnt med reduksjon i andelen private, ned til en skåre på 78 for kommuner som har under 1 prosent private barnehager.

Formelen $100 - \text{skåren}$ til kommunen indikerer hvor stort prosentvis effektivitets-potensial den enkelte kommunen har i forhold til hva de beste kommunene får ut av sitt ressursforbruk.

Kommuner med høyest andel private barnehager har i større grad høy DEA-effektivitet



Kilde: NyAnalyse

Grad av kjøp fra private fordelt på ulike effektivitetsscoringer

De tre figurene over representerer ulike nivå av effektivitetsskåre - lav, medium og høy. Lav er her definert som DEA-effektivitet mellom 56 og 74 (68 kommuner), medium er DEA-effektivitet mellom 75 og 89 (164 kommuner) og høy er gitt ved DEA-effektivitet på 90-100 (123 kommuner).

I hver effektivitetsgruppe viser figurene en oversikt over grad av kjøp fra private. Analysen viser at kommuner med lav DEA-effektivitet nesten kun har ingen eller i liten grad kjøp fra private. Blant kommuner med medium DEA-effektivitet øker graden av private kjøp, og utgjør til sammen 39 prosent). For kommunene med høy DEA-effektivitet er det flest kommuner med stor og noen grad av kjøp fra private (72 prosent til sammen) mens ingen kjøp eller i liten grad av private kjøp utgjør til sammen 28 prosent av kommunene.

Foreldre er mer tilfreds med private barnehager enn kommunale barnehager

Mer fornøyde foreldre i private barnehager

Under arbeidet med DEA-analysen ble det ikke identifisert egnet datagrunnlag for å gjennomføre en DEA-analyse av kvalitet i barnehagesektoren. Det illustrerer behov for forbedret kvantitativt kunnskaps-grunnlag om kvalitet innen barnehagesektoren. Det hadde vært nyttig og ønsket at kvalitetsindikatorer for barnehagesektoren innarbeides i KOSTRA-data-grunnlaget til SSB.

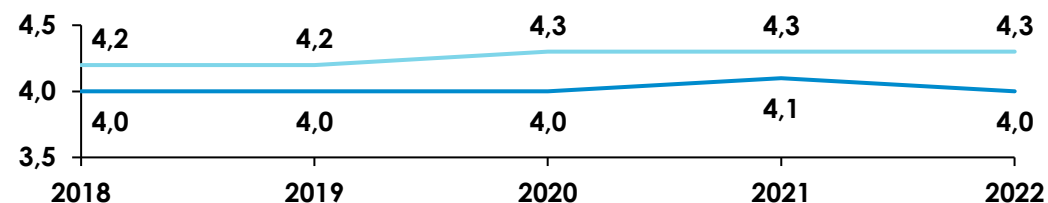
Foreldreundersøkelsen er en brukerundersøkelse som gir en kvalitetsindikator på tilstanden innen barnehagesektoren. Denne utarbeides årlig av Utdanningsdirektoratet og finner at private barnehager gjennomgående, over tid, skåre noe høyere på kvalitet enn kommunale barnehager.

Figuren viser Foreldreundersøkelsen hentet fra Utdanningsdirektoratet for spørsmålene total tilfredshet, ute- og innemiljø og relasjon mellom barn og voksne, hvor private barnehager i snitt stabilt skårer 0,1 – 0,3 prosentpoeng høyere enn kommunale barnehager de siste fem årene.

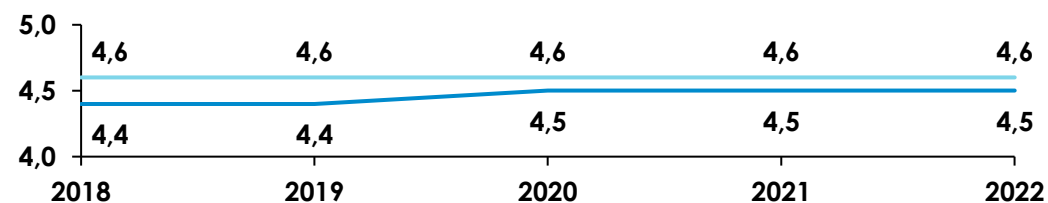
Total tilfredshet



Ute- og innemiljø



Relasjon mellom barn og voksne



— Kommunale barnehager — Private barnehager

Kilde: Utdanningsdirektoratet - Foreldreundersøkelsen

Foreldre er mer tilfreds med private barnehager enn kommunale barnehager

Mer fornøyde foreldre i private barnehager

Det vi har av empiri fra barnehagesektoren fra Foreldreundersøkelsen finner at private barnehager i gjennomsnitt skårer høyere på kvalitet enn kommunale barnehager.

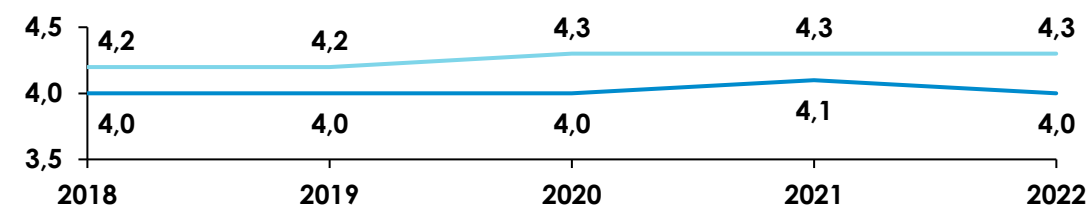
Figuren viser Foreldreundersøkelsen hentet fra Utdanningsdirektoratet for spørsmålene Barnets trivsel, Informasjon og Barnets utvikling, hvor private barnehager i snitt stabilt skårer 0,1 – 0,2 prosentpoeng høyere enn kommunale barnehager de siste fem årene.

For spørsmålet om Informasjon økte den prosentvise fordel for private barnehager fra 0,1 prosentpoeng i 2019 til 0,2 prosentpoeng i 2020 og forskjellen har holdt seg til 2022. Det kan være en indikasjon på at private barnehager har hatt moderat bedre kommunikasjon over Covid-pandemien.

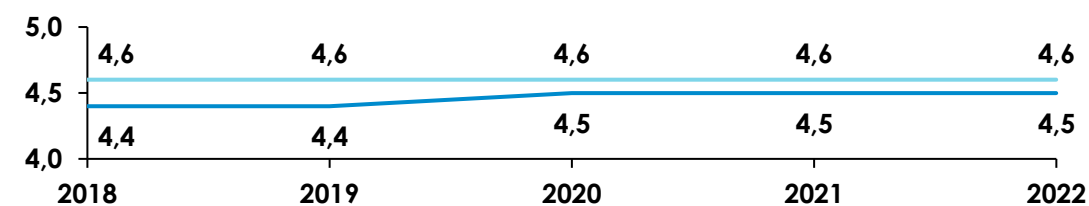
Barnets trivsel



Informasjon



Barnets utvikling



— Kommunale barnehager — Private barnehager

Kilde: Utdanningsdirektoratet - Foreldreundersøkelsen

Foreldre er mer tilfreds med private barnehager enn kommunale barnehager

Mer fornøyde foreldre i private barnehager

Det vi har av empiri fra barnehagesektoren fra Foreldreundersøkelsen finner at private barnehager i gjennomsnitt skårer høyere på kvalitet enn kommunale barnehager.

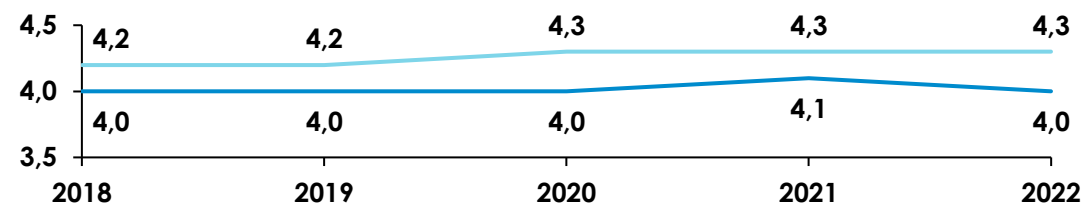
Figuren viser Foreldreundersøkelsen hentet fra Utdanningsdirektoratet for spørsmålene Medvirkning, Henting- og levering og Tilvenning og skolestart hvor private barnehager i snitt stabilt skårer 0,1 – 0,2 prosentpoeng høyere enn kommunale barnehager de siste fem årene.

Både kommunale og private barnehager skårer høyt på Foreldreundersøkelsene, over tid. Konsistent over tid er også at private barnehager i disse sentrale målene på kvalitet i gjennomsnitt skårer noe høyere enn kommunale barnehager.

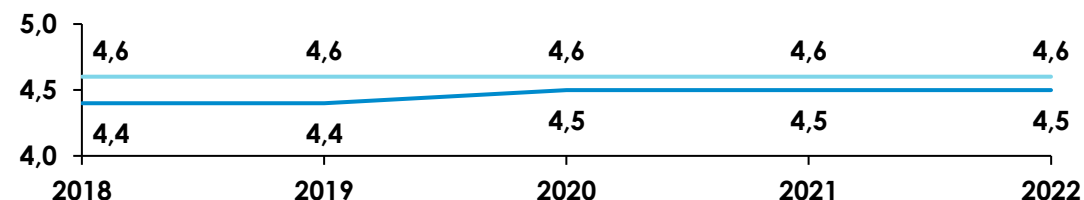
Medvirkning



Henting- og levering



Tilvenning og skolestart



— Kommunale barnehager — Private barnehager

Kilde: Utdanningsdirektoratet - Foreldreundersøkelsen

I 70 prosent av kommunene med både kommunale og private barnehager skårer private barnehager høyest på tilfredshet

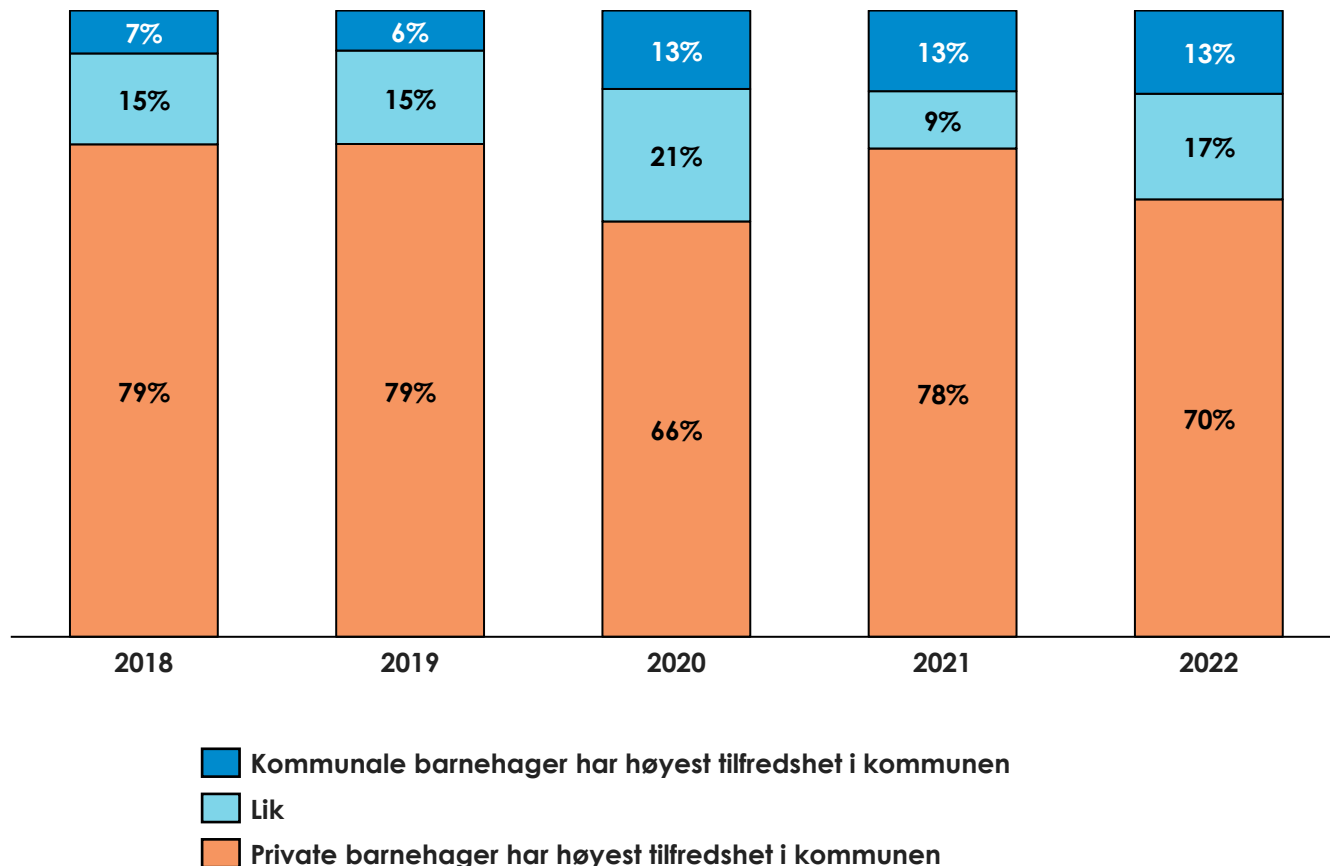
Høyeste tilfredshet etter leverandør

I kommunene hvor det er både kommunale og private barnehager, var det de private barnehagene som hadde den høyeste tilfredsheten i 70 prosent av kommunene. I 17 prosent av kommunene skåret kommunale og private barnehager likt og i 13 prosent av kommunene var tilfredsheten høyest i de kommunale barnehagene.

At private barnehager skårer bedre på tilfredshet i Foreldreundersøkelsen enn de kommunale barnehager i flertallet av kommunene er et konsistent funn over tid.

I tre av de fire foregående årene var det i underkant av 80 prosent av kommunene hvor de private barnehagene oppnådde høyest tilfredsstillelse og i 2020 hvor andelen var lavest, med 66 prosent, utgjorde dette tre ganger mer enn antallet kommuner med høyest tilfredshet i de kommunale barnehagene.

Kommuner med både kommunale og private barnehager - andel av kommunene hvor de ulike eierformene i barnehagesektoren skårer best. 2018 – 2022.



4 Renhold og eiendomsdrift

NyAnalyse har på vegne av NHO Service og Handel, NHO Geneo og NHO undersøkt og analysert kommunens ressursbruk innen eiendomsdrift og renhold. Det er utført effektivitetsanalyse (DEA) for eiendomsdrift og renhold samlet, og funnene til kommunene rapporteres sammen med andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe.

Det er ikke målt DEA-kvalitet innen renhold og eiendomstjenester fordi det ikke er identifisert egnet tallgrunnlag for dette. Det er en indikasjon på tjenestekvaliteten innen renhold og eiendomsdrift vil kunne forbedres ved bedre kvalitetsdokumentasjon og kunnskapsgrunnlag. Noen forslag til kvalitetsindikatorer som kan benyttes til å bedre tjenestekvaliteten innen renhold og eiendomsdrift presenteres.

DEA-effektivitetsfunnene for alle kommunene er videre analysert opp mot omfanget private leverandører av renhold og eiendomsdriftstjenester i de enkelte kommunene, med gjennomsnittlige DEA-skår presentert for grupper av kommuner med ulik bruk av private leverandører.

Effektivitetsanalyse (DEA): Innsatsfaktorer og tjenesteleveranse

Kvalitet og kostnader på tjenester blir belyst ved hjelp av DEA-analyse. Dette er den mest utbredte metoden i studier av offentlig sektors effektivitet.

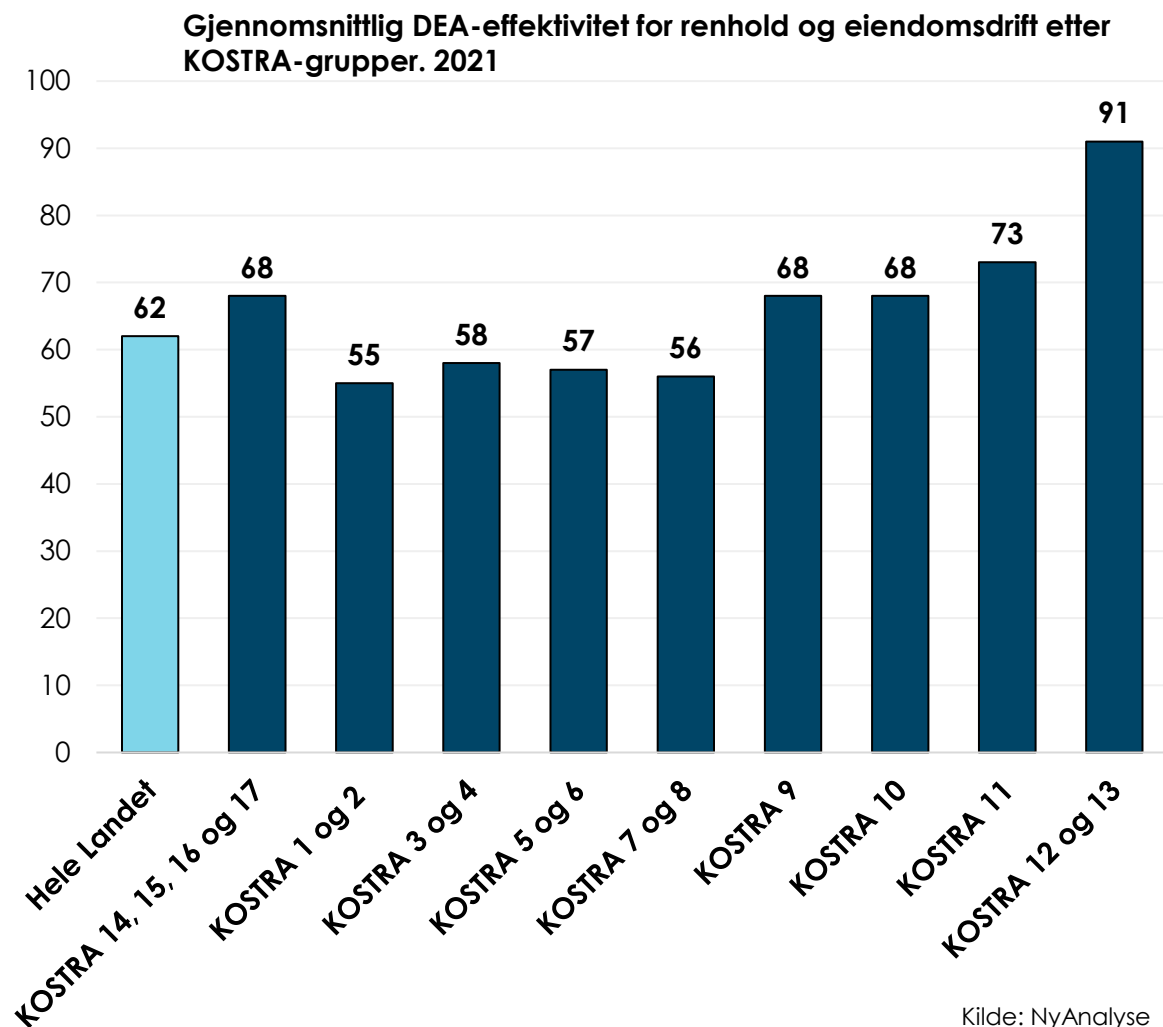
Innsatsfaktor renhold og eiendomsdrift som inngår i analysen:

- Utgifter til renholdsaktiviteter
- Utgifter til driftsaktiviteter innen eiendom

For **DEA-effektivitets analysen** er kostnader satt opp mot følgende. Det gir funn for 332 kommuner:

- Areal i administrasjonslokaler
- Areal i barnehager, skoler og institusjonslokaler
- Areal i kultur og idrettsbygg

Gjennomsnittlig kostnadseffektivitet – etter KOSTRA-grupper



Kilde: NyAnalyse

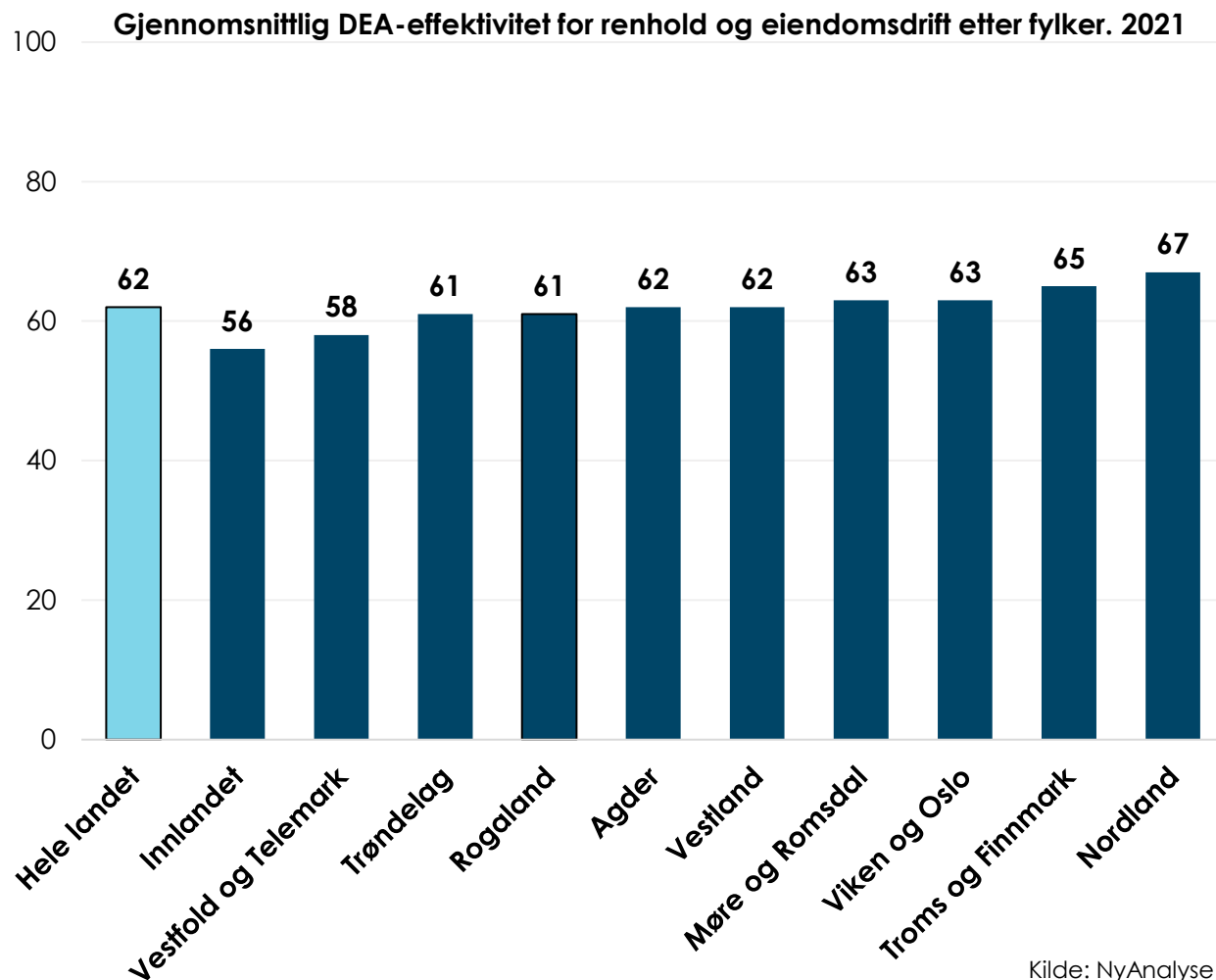
De største kommunene er mest effektive

Figuren viser gjennomsnittsscore i DEA-effektivitetsanalysen for Renhold og eiendomsdrift for 332 kommuner med egnet datagrunnlag, rangert etter antall innbyggere, med lavest til venstre og høyest til høyre. KOSTRA-gruppene som er kombinert har lik befolkningsgruppe og relativt lik økonomisk situasjon. KOSTRA-gruppe 1-2, 3-4 og 5-6 er i samme KOSTRA-intervall etter antall innbyggere men har varierende økonomisk situasjon.

Landsgjennomsnittet for alle de 332 kommunene er en DEA effektivitetsskår på 62. Det indikerer at det er relativt stor spredning i hva de ulike kommunene får ut av renholds og eiendomsdrift-tjenester, gitt ressursbruken. Gjennomsnittskommunen kan forbedre effektiviteten med 38 prosent sammenlignet med de mest effektive kommunene, og effektivitetspotensialet er vesentlig større for de minst effektive kommunene.

De største kommunene, med over 75 000 innbyggere (KOSTRA-gruppe 12 og 13), har effektivitetsscore på 91. Det er 29 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet.

Fylkesvis gjennomsnittlig DEA-effektivitet for Renhold og eiendomsdrift



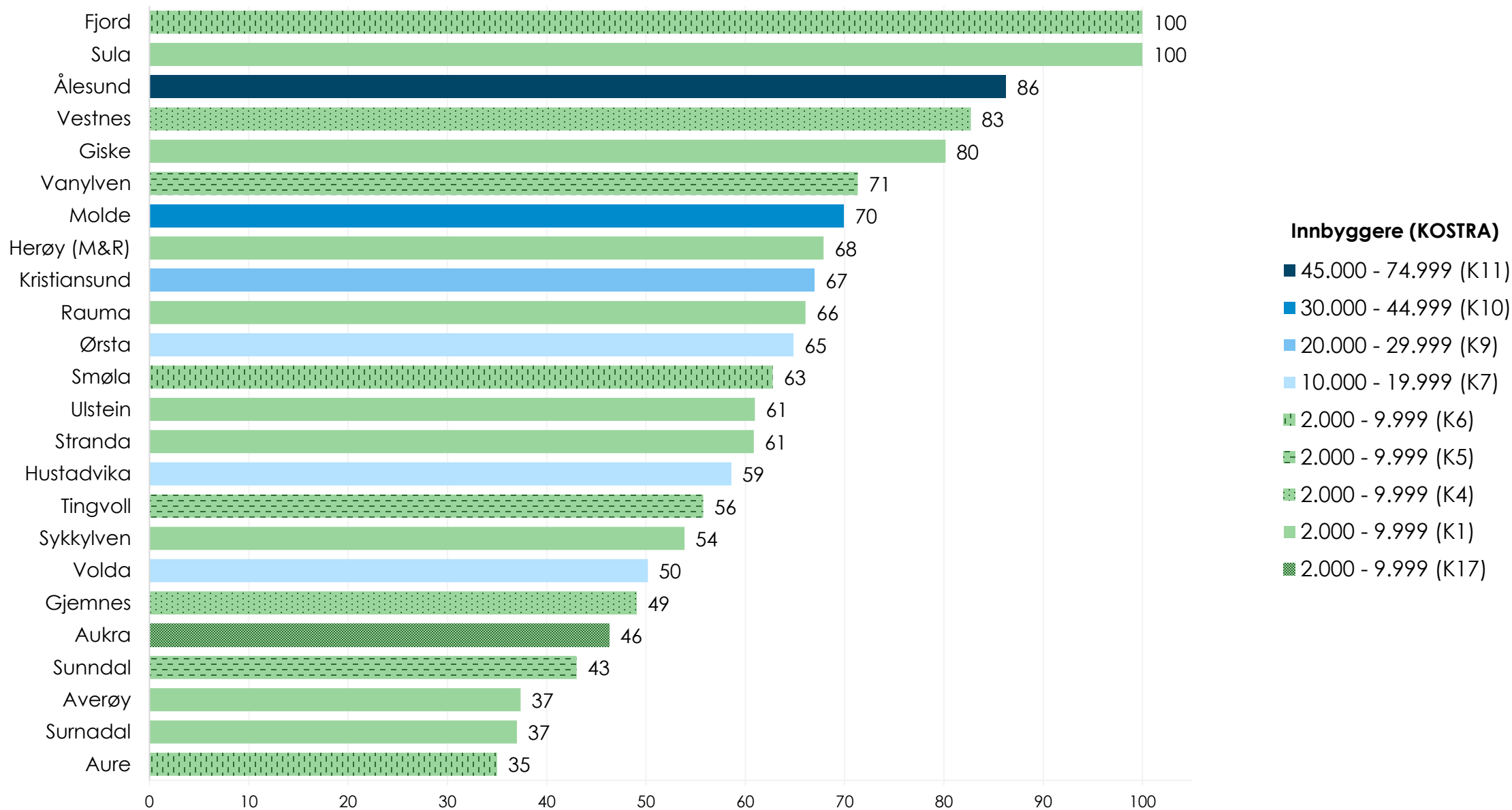
Jevn gjennomsnittlig DEA-effektivitet i fylkene

Figuren viser fylkesvis gjennomsnittsscore i DEA-effektivitetsanalysen for renhold og eiendomsdrift, samt landsgjennomsnittet for 332 kommuner med egnet datagrunnlag.

Landsgjennomsnittet for alle kommunene er en DEA-effektivitets-score på 62. Det indikerer at alle fylker har mange kommuner med et betydelig effektivitetspotensial sammenlignet med de mest effektive kommunene.

Nordland har høyest gjennomsnittlig DEA-effektivitet i Renhold og eiendomsdrift, med en DEA-effektivitetsskår på 67, fulgt av Troms og Finnmark, Viken og Oslo og Møre og Romsdal, som alle og ligger moderat over landsgjennomsnittet med DEA-effektivitetsskår mellom 63 og 65.

DEA-Effektivitet: Møre og Romsdal



Gjennomsnittlig DEA-effektivitet relatert til andel kjøp fra private leverandører

Høyest gjennomsnittlig DEA-effektivitet i kommuner med høyest andel private leverandører

Landsgjennomsnittet for alle kommuner i DEA-effektivitet innen renhold og eiendomsdrift er 62. Figuren viser gjennomsnittlig DEA-effektivitetsskåre for kommuner med ulik andel kjøp av tjenester fra private leverandører innen renhold og eiendomsdrift. Kommunene er delt i to grupper, med en gruppe bestående av de 75 kommuner med høyest andel kjøp fra private leverandører og en annen gruppe bestående av de resterende 257 kommunene med DEA-skår og lavere andel kjøp fra private leverandører inne renhold og eiendomsdrift. Skjevdelingen i antallet kommuner reflekterer at det er en relativt lav andel bruk av private leverandører innen renhold og eiendomsdrift.

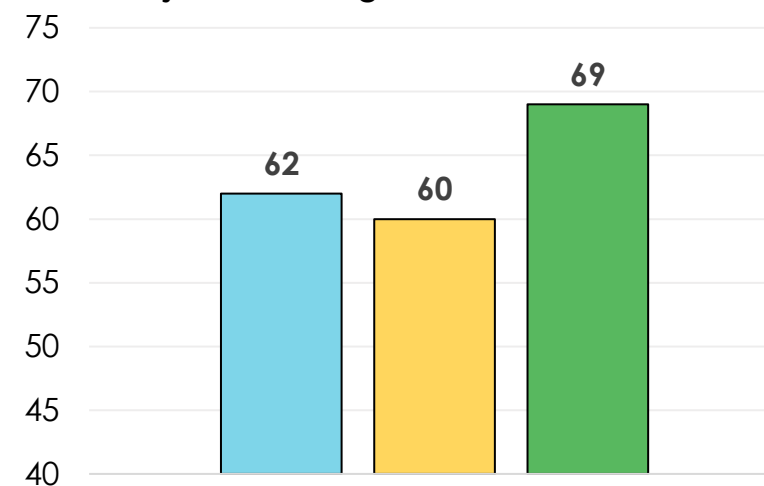
De 75 kommunene med høyest andel private leverandører innen renhold og eiendomsdrift har i gjennomsnitt DEA-effektivitet på 69. De resterende 257 kommunene med lavest andel private leverandører har gjennomsnittlige DEA-effektivitet på 60.

Analysen over den relative omfang av private leverandører er gjennomført for 332 kommuner med skåre for DEA-effektivitet hvor KS sin leverandør-database over alle kommunale innkjøp er analysert for bedrift i renhold og eiendomsdriftsbransjen innen områdene Kantiner drevet som selvstendig virksomhet (56,29), Vaktmester-tjenester (81,101), Andre kombinerte tjenester tilknyttet eiendomsdrift (81,109), Rengjøring av bygninger (81,210), Utvendig rengjøring av bygninger og industriell rengjøring (81,220) og Annen rengjøringsvirksomhet ikke nevnt annet sted (81,299). Det var opprinnelig planlagt analyse av private leverandører i KOSTRA-data-grunnlaget men det ble identifisert feil i datagrunnlaget over fordeling, noe dialog med SSB bekreftet.

Relativ fordeling av alle kommuner med DEA-skår på effektivitet fordelt i to grupper etter omfang av private leverandører innen renhold og eiendomsdrift

- Landsgjennomsnitt
- De resterende 257 kommuner
- De 75 kommunene med høyest andel private leverandører

Gjennomsnittlig DEA-effektivitetsscore



Kilde: NyAnalyse

Manglende data for måling av kvalitet innen renhold og eiendomsdrift

Kvalitet innen renhold og eiendomsdrift

Det er ikke identifisert kvalitetsmålinger og grunnlagsdata som gjør at man kan sammenligne kvalitet på tvers av kommuner. Det er derfor ikke gjennomført noen DEA-analyse av kvalitet innen eiendomsdrift

Til høyre er det presentert noen eksempler på mulige indikatorer som kan måle kvalitet innen renhold og eiendomsdrift. Uten innsikt er det vanskelig å sikte mot forbedringer. Utarbeides det kvalitetsindikatorer relatert til renhold og eiendomsdrift er det rimelig å vente at kvaliteten ved disse tjenestene over tid vil bli forbedret.



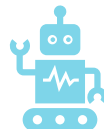
Miljø, gjennom måling av kjemikaliebruk, energieffektivitet, plasthåndtering, bærekraft og sertifiseringer



Responstid når det oppstår behov



Opplevd kvalitet på tjenesten og/eller brukertilfredsheten



Evne til å nyttiggjøre seg av ny teknologi for å effektivisere driften av tjenesten.

5 Appendiks

DEA-beregninger Pleie og omsorg

Innsatsfaktor Pleie og omsorg:

Kostnader: SSB-tabell 12367: Detaljerte regnskapstall driftsregnskapet, etter region, regnskapsomfang, funksjon, art, statistikkvariabel og år

- Brutto driftsutgifter for funksjon 234, 253, 254, 261
- Avskrivninger for funksjon 234, 253, 254, 261
- Arbeidsgiveravgift for funksjon 234, 253, 254, 261

Fremgangsmåte: Brutto driftsutgifter for funksjon 234, 253, 254, 261 summeres. Fratrekk av avskrivninger og arbeidsgiveravgift for funksjon 234, 253, 254 og 261. Korrigeres for bosettingsmønster ved at kostnadene nedjusteres (oppjusteres) hos kommuner med spredt (konsentrert) bosettingsmønster målt ved reisetid (sone og nabo). Korrigeringen tar utgangspunkt i vektingen av sone- og nabokriteriene i delkostnadsnøkkelen gjennom følgende formel hvor i angir kommune og j angir innsatsfaktor. Vektene er lik kriterienes vekt i delkostnadsnøkkelen. Dersom en kommune har en indeksverdi på både sone- og nabokriteriet over 1, det vil si at reisetid per innbygger i kommunen er høyere enn landsgjennomsnittet (spredt bosettingsmønster), vil nevneren i brøken få en verdi over 1. Dette medfører at korrigert kostnad blir lavere enn den faktiske/rapporterte innsatsfaktorbruken.

$$\text{korrigert innsatsfaktor}_{ij} = \frac{\text{rapportert innsatsfaktor}_{ij}}{(1 - \text{vekt}_{\text{sone}} - \text{vekt}_{\text{nabo}}) + \text{vekt}_{\text{sone}} \times \text{sonekrit}_i + \text{vekt}_{\text{nabo}} \times \text{nabokrit}_i}$$

DEA-effektivitet Pleie og omsorg - Produkter:

- Liggedøgn i institusjoner: SSB-tabell 12292. Omsorgstjenester - supplerende grunnlagstall, etter region, statistikkvariabel og år
- Institusjonsbeboere med omfattende bistandsbehov: SSB-tabell 12292. Omsorgstjenester - supplerende grunnlagstall, etter region, statistikkvariabel og år
- Enerom i institusjon: SSB-tabell 11933. Helse- og omsorgsinstitusjoner - rom, etter region, statistikkvariabel og år
- Timer til hjemmesykepleie: SSB-tabell 11643. Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter alder og tenestetype
- Timer til praktisk bistand: SSB-tabell 1643. Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter alder og tenestetype

DEA-kvalitet Pleie og omsorg - Produkter:

- **Ernæringsstatus:** HDIR-tabell. Antall sykehjemsbeboere og hjemmesykepleiebrukere (67 år og eldre) som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder
- **Dagaktivitetstilbud:** HDIR-tabell. Antall hjemmeboende med kognitiv svikt (og demens) som mottar et dagaktivitetstilbud av kommunen
- **Uten helsetjenesteassosierte infeksjoner:** HDIR-tabell. Andel sykehjemsbeboere uten påvist helsetjenesteassosiert infeksjon

DEA-beregninger Barnehage

Innsatsfaktor Barnehage:

Kostnader: SSB-tabell 12367. Detaljerte regnskapstall driftsregnskapet, etter region, regnskapsomfang, funksjon, art, statistikkvariabel og år

- Brutto driftsutgifter for funksjon 201, 211 og 221
- Avskrivninger for funksjon 201, 211, 221
- Arbeidsgiveravgift for funksjon 201, 211, 221

Fremgangsmåte: Brutto driftsutgifter for funksjon 201, 211 og 221 summeres. Fratrekk av avskrivninger og arbeidsgiveravgift for funksjon 201, 211 og 221.

DEA-effektivitet Barnehage - Produkter:

- **Oppholdstimer 0-2 år:** SSB-tabell 12056. Barn i barnehage, etter alder, eierforhold og oppholdstid (K).

Fremgangsmåte: Gruppene med oppholdstimer vektes sammen etter følgende regel: «Barn i barnehage korrigert for alder og oppholdstidskategorier. Oppholdstid 0- 8 timer vektes med 6 timer, 9- 16 vektes med 13 timer, 17- 24 timer. Antall barn 0-2 år vektes med 2.

- **Oppholdstimer 3-5 år:** SSB-tabell 12056: Barn i barnehage, etter alder, eierforhold og oppholdstid (K).

Fremgangsmåte: Gruppene med oppholdstimer vektes sammen etter følgende regel: «Barn i barnehage korrigert for alder og oppholdstidskategorier. Oppholdstid 0- 8 timer vektes med 6, timer, 9- 16 vektes med 13 timer, 17- 24 timer vektes med 21 timer, 25-32 timer vektes med 29 timer, 33- 40 timer vektes med 37 timer og 41 timer eller mer vektes med 45 timer. Dette ganges så med 48 uker. Antall barn 3-5 år vektes med 1.

DEA-beregninger Renhold og eiendomsdrift

Innsatsfaktor Renhold og eiendomsdrift:

Utgifter til renholdsaktiviteter: SSB-tabell 12905. Utgifter til forvaltning, drift og vedlikehold av utvalgte kommunale formålsbygg, etter art og funksjon (K) 2015 - 2022

- Utgifter til renholdsaktiviteter for funksjon: 130, 221, 222, 261 381 og 386

Fremgangsmåte: Utgifter til renholdsaktiviteter for funksjon 130, 221, 222, 261 381 og 386 summeres.

Utgifter til driftsaktiviteter: SSB-tabell 2905. Utgifter til forvaltning, drift og vedlikehold av utvalgte kommunale formålsbygg, etter art og funksjon (K) 2015 - 2022

- Utgifter til driftsaktiviteter for funksjon: 130, 221, 222, 261 381 og 386

Fremgangsmåte: Utgifter til driftsaktiviteter for funksjon 130, 221, 222, 261 381 og 386 summeres.

DEA-effektivitet Renhold og eiendomsdrift - Produkter:

- **Areal i administrasjonslokaler:** SSB-tabell 11906. Areal for kommunale formålsbygg, etter eieform og funksjon (K) 2015 – 2022, Areal (m2) - areal totalt: 130 Administrasjonslokaler
- **Areal i barnehager, skoler og institusjonslokaler:** SSB-tabell 11906. Areal for kommunale formålsbygg, etter eieform og funksjon (K) 2015 – 2022, Areal (m2) - areal totalt: 221 barnehagelokaler og skyss, 222 skolelokaler og 261 institusjonslokaler, summert.
- **Areal i kultur og idrettsbygg:** SSB-tabell 11906: Areal for kommunale formålsbygg, etter eieform og funksjon (K) 2015 – 2022, Areal (m2) - areal totalt: 381 Kommunale idrettsbygg og idrettsanlegg og 386 Kommunale kulturbygg, summert.

KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg		KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg		KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg	
				Kostnads-effektivitet	Kvalitet					Kostnads-effektivitet	Kvalitet					Kostnads-effektivitet	Kvalitet
1	Averøy	37	96	73		1	Ulstein	61	100	93		4	Bjerkreim	50	78	56	
1	Birkenes	100	76	70		1	Vindafjord	49	92	78	53	4	Dovre	64	84	98	
1	Farsund	57	93	76	76	1	Våler (V)	42	99	85		4	Drangedal	32	74	78	
1	Froland	43	76	68		1	Åsnes	58	89	79		4	Eidskog	62	94	78	56
1	Gausdal	45	82	77		2	Alstahaug	96	91	56		4	Etne	58	86	68	56
1	Giske	80	99	95		2	Austevoll	50	86	100	38	4	Evje og Hornnes	48	88	69	
1	Gjerdrum	53	90	76	66	2	Brønnøy		73	80		4	Flekkefjord	62	87	84	75
1	Grue	50	79	63		2	Fauske	51	83	88		4	Flesberg	85	74	64	52
1	Hareid		92	87		2	Heim	48	66	81		4	Frosta	66	89	67	
1	Herøy (M&R)	68	95	91		2	Hvaler	48	86	84		4	Gjemnes	49	62	71	
1	Hole	45	87	67		2	Målselv	43	87	98	35	4	Gloppen	100	84	83	44
1	Inderøy	49	84	52	89	2	Nord-Aurdal	41	77	56		4	Hemsedal	67	69	61	
1	Jevnaker	48	86	100		2	Nord-Fron	39	75	72		4	Hurdal	54	100	75	
1	Lunner	42	86	73		2	Oppdal	43	87	84		4	Krødsherad	54	76	95	
1	Løten	45	83	89		2	Ringebu	61	80	42		4	Kviteseid	60	93	77	
1	Marker	65	87	85		2	Røros	37	81	94	51	4	Lund	50	100	53	
1	Midtre Gauldal	39	90	78		2	Stad	65	100	85		4	Nesbyen		77	26	
1	Nord-Odal	52	77	84		2	Tynset	67	87	67		4	Overhalla	63	69	81	98
1	Nordre Land	53	89	93		2	Vågan	60	84	83		4	Rindal	43	74	73	
1	Osterøy	56	89	77	31	2	Øksnes	80	78	75		4	Samnanger	43	81	100	
1	Rakkestad	52	95	65	43	2	Øyer	54	81	89		4	Sande		77	81	
1	Rauma	66	83	78		2	Årdal	44	79	79	34	4	Sel	42	72	74	
1	Risør	49	79	74	44	3	Frøya	60	97	91		4	Selbu	41	83	66	
1	Råde	75	91	67		3	Hadsel	77	90	70	42	4	Sigdal	52	97	68	
1	Skaun	48	85	69		3	Hitra	57	73	86		4	Siljan	58	66	71	
1	Skiptvet	55	70	99		3	Hol	42	77	61		4	Sokndal	62	71	62	
1	Stranda	61	86	89		3	Nordkapp	61	77	64		4	Søndre Land	47	72	81	51
1	Stryn	42	86	84	74	3	Nærøysund	93	86	91		4	Sør-Aurdal	61	77	78	
1	Sula	100	95	71	100	3	Porsanger	63	85	90		4	Trysil	34	80	76	50
1	Sumadal	37	79	89	40	3	Vadsø	100	76	87		4	Vegårshei	65	94	59	
1	Sveio	59	81	84		3	Vardø	48	86	62	44	4	Vestnes	83	84	78	
1	Sykkylven	54	82	64		4	Andøy	52	73	91		4	Vågå	44	89	69	92
1	Sør-Odal	63	85	77	39	4	Askvoll	44	77	52		4	Våler (I)	74	83	99	
1	Sørreisa	51	71	69	32	4	Austrheim	36	80	67		4	Øystre Slidre		98	60	
1	Tvedestrand	47	81	59	98	4	Balsfjord		82	95		4	Åmot	54	83	93	

KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg		KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg		KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg	
				Kostnads-effektivitet	Kvalitet					Kostnads-effektivitet	Kvalitet					Kostnads-effektivitet	Kvalitet
5	Alvdal	58	85	77	84	6	Aure	35	85	77		7	Gjesdal	56	93	49	
5	Bremanger		83	100		6	Bardu	43	77	59		7	Gran	68	93	100	73
5	Bø		81	83		6	Båtsfjord	59	75	44		7	Hustadvika	59	83	87	
5	Fitjar	57	95	65		6	Fjord	100	90	99		7	Hå	60	94	92	
5	Fjaler	93	74	75		6	Grong	62	61	100		7	Indre Fosen	43	83	95	
5	Gjerstad	72	91	68		6	Gulen		68	69	49	7	Kinn	57	84	74	62
5	Gol	87	82	85		6	Hamarøy	53	70	58		7	Klepp	60	95	86	
5	Karasjok	100	78	100		6	Hemnes	86	56	81	28	7	Kongsvinger	48	89	79	53
5	Kvam	63	88	75	67	6	Hjelmeland	42	67	60		7	Kragerø	42	87	71	
5	Kvinesdal	34	77	47	96	6	Høyanger	44	71	87	75	7	Lillesand	52	80	60	43
5	Leirfjord	47	75	52		6	Karlsøy	50	66	79		7	Lyngdal	52	100	80	100
5	Lom	49	80	81	100	6	Kautokeino	65	88	100		7	Malvik	42	92	50	40
5	Luster	61	80	70		6	Kvæfjord	58	77	51		7	Melhus	55	93	78	80
5	Lyngen	58	78	95		6	Kåfjord	40	67	65		7	Midt-Telemark	51	88	67	
5	Lærdal	39	89	100		6	Meløy	35	100	71	26	7	Modum	47	89	84	44
5	Lødingen		83	80		6	Nore og Uvdal	50	65	100	67	7	Nannestad	41	92	100	39
5	Meråker	48	100	83		6	Salangen	60	73	76		7	Nesodden	41	89	92	40
5	Nome	51	83	88		6	Sauda	33	81	62	30	7	Notodden	49	88	75	56
5	Nordreisa	50	81	91		6	Skjervøy	53	77	68		7	Orkland	47	94	80	52
5	Rennebu	48	66	76		6	Smøla	63	84	75		7	Randaberg	46	90	78	85
5	Saltdal	54	78	100		6	Steigen	52	73	59		7	Rælingen	65	97	64	52
5	Seljord	42	63	72		6	Tana	100	89	45		7	Stord	58	98	68	49
5	Skjåk	55	82	65		6	Tinn	83	74	74	58	7	Strand	62	91	66	71
5	Snåsa	58	74	100	40	6	Tjeldsund	25	71	96		7	Time	64	99	72	
5	Stor-Elvdal	58	62	92		6	Tokke	45	65	72		7	Vennesla	56	86	72	
5	Sunndal	43	82	85	77	6	Vik	36	80	79		7	Verdal	44	89	81	31
5	Sør-Fron	56	74	85		6	Vinje	37	62	61		7	Vestby	74	94	81	
5	Tingvoll	56	73	73		6	Åfjord	41	74	90	51	7	Vestre Toten	86	89	75	
5	Tysnes	98	79	74		7	Aurskog-Høland	40	97	87		7	Volda	50	87	91	
5	Vaksdal	59	77	95		7	Bamble	49	87	62	55	7	Voss	52	85	100	64
5	Vanylven	71	93	97		7	Eigersund	33	92	71	72	7	Ørsta	65	97	82	
5	Vestre Slidre	55	90	71		7	Enebakk	49	98	85	65	7	Østre Toten	53	88	78	77
5	Ål	39	80	63		7	Frogn	73	92	94	65	7	Øvre Eiker	63	85	95	45

KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg		KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg		KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg	
				Kostnads-effektivitet	Kvalitet					Kostnads-effektivitet	Kvalitet					Kostnads-effektivitet	Kvalitet
8	Bømlo	90	100	79	62	9	Kristiansund	67	96	82	67	10	Ringsaker	55	89	86	49
8	Hammerfest	50	73	60		9	Levanger	58	100	89	65	10	Ullensaker	64	100	90	40
8	Kvinnherad	63	81	88	88	9	Lier	71	98	72		10	Øygarden	47	88	72	
8	Namsos	78	86	75	41	9	Lillehammer	60	95	84	59	11	Arendal	85	91	85	
8	Senja	61	81	100		9	Lindesnes	100	93	81		11	Bodø	88	94	75	30
8	Sogn dal	35	95	97	70	9	Narvik	66	85	77		11	Larvik	72	100	98	
8	Sortland	59	89	75		9	Nes	53	99	73	48	11	Moss	67	88	100	18
8	Sør-Varanger		94	62	39	9	Nittedal	54	98	81	52	11	Nordre Follo	63	94	86	52
8	Tysvær	39	81	74		9	Rana	60	99	97		11	Sandefjord	74	96	72	56
8	Ullensvang	48	73	75	62	9	Sola	69	89	82	37	11	Sarpsborg	62	93	76	76
8	Vefsn	52	88	83		9	Stange	52	86	72	100	11	Skien	69	89	97	36
8	Vestvågøy	78	93	76	100	9	Steinkjer	100	94	100	100	11	Tønsberg	63	99	84	
8	Ørland	75	86	80	84	9	Stjørdal	100	90	75	31	11	Ålesund	86	98	88	66
9	Alta	100	96	79	58	9	Sunnfjord	52	100	75	49	12	Asker	81	100	100	54
9	Alver	49	97	71		9	Ås	100	97	79		12	Bergen	100	100	100	100
9	Askøy	61	92	90	49	10	Gjøvik	89	95	98	100	12	Bærum	90	97	92	
9	Bjørnafjorden	78	96	76	52	10	Halden	87	95	85	48	12	Drammen	100	91	93	57
9	Eidsvoll	45	97	79	34	10	Hamar	57	92	91		12	Fredrikstad	100	94	90	88
9	Elverum	48	91	78		10	Haugesund	79	97	88	34	12	Kristiansand	97	100	100	
9	Færder	60	84	77	74	10	Indre Østfold	68	95	93	35	12	Lillestrøm	81	95	98	80
9	Grimstad	52	91	100	73	10	Karmøy	60	96	100		12	Sandnes	67	100	90	40
9	Harstad	72	92	77		10	Lørenskog	59	100	73	71	12	Stavanger	100	100	98	75
9	Holmestrand	67	94	75		10	Molde	70	94	100	100	12	Tromsø	76	100	75	70
9	Horten	85	85	85	59	10	Porsgrunn	100	99	75	10	12	Trondheim	100	99	100	100
9	Kongsberg	52	84	87	44	10	Ringerike	54	84	74	45	13	Oslo	100	100	100	100

KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg		KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg		KOSTRA	Kommune	Renhold og eiendomsdrift	Barnehage	Sykehjemssdrift og hjemmebasert omsorg	
				Kostnads-effektivitets-score	Kvalitets-score					Kostnads-effektivitets-score	Kvalitets-score					Kostnads-effektivitets-score	Kvalitets-score
14	Aremark	63	100	71		15	Berlevåg	54	74	46		15	Osen	72	82	100	
14	Bokn	100	72	59		15	Bindal	68	69	72		15	Rødøy	78	91	78	
14	Bygland	93	85	100		15	Dyrøy	71	84	69	100	15	Solund	63	86	92	
14	Etne	65	76	77		15	Dønna	66	93			15	Storfjord	68	83	74	
14	Evenes	69	90	89		15	Engerdal	58	63	80		15	Sømna	38	79	86	
14	Folldal	49	89	58		15	Flakstad		87	50		15	Sørfold	56	69	61	
14	Fyresdal	44	74	67	64	15	Flatanger	100	82	73		15	Valle	40	76	71	
14	Grane		81	65		15	Flå	70	88	58		15	Vang	39	65	89	
14	Hjartdal	56	63	63		15	Gamvik		94	49		15	Åseral	63	69		100
14	Holtålen	48	75	53		15	Gildeskål	43	65	81		16	Fedje	100	100	88	
14	Hyllestad	86	70	64		15	Gratangen	98	85	77		16	Kvitsøy	71	93	100	
14	Hægebostad		81	65		15	Hasvik		93			16	Leka		93		
14	Høylandet	62	76	87		15	Hattfjell	78	82	69		16	Røst	88	100		
14	Iveland	66	65	80		15	Herøy (N)	64	98			16	Røyrvik	74	89	100	
14	Lesja	81	76	78	65	15	Ibestad	56	80	60		16	Træna	62	93	96	
14	Masfjorden	57	73	82		15	Kvænangen		62	66		16	Utsira	100			
14	Nissedal	40	63	85		15	Lavangen	70	69	90		16	Vevelstad		86	98	
14	Os	50	92	81		15	Lebesby	53	74	64		17	Aukra	46	67	55	67
14	Rendalen		85	78		15	Lierne	57	70	100		17	Aurland	77	63	71	
14	Rollag		75	71		15	Loppa	100	95	68		17	Bykle	39	57	72	
14	Tolga	77	88	71		15	Lurøy	90	73	100	75	17	Eidfjord	76	74	61	
14	Ulvik	76	90	62		15	Moskenes		100	40		17	Modalen	89	70	80	
14	Vega	100	79	100		15	Måsøy	68	62	68		17	Sirdal		64	85	
14	Værøy	92	85	84		15	Namsskogan	100	100	100		17	Suldal	44	63	63	60
14	Åmli	55	83			15	Nesna		88	72	43	17	Tydal	58	78	76	
15	Beiarn	76	76	79		15	Nesseby	75	83	47							



Kantar – Helsepolitisk barometer 2023
Sykefravær i offentlig og privat sektor 2018-22
Private leverandørers bidrag
Hvordan samarbeide med private leverandører

Om undersøkelsen Kantars Helsepolitiske barometer

Kantar Helsepolitisk barometer er en uavhengig, syndikert undersøkelse.

Målingen er utviklet og eies av Kantar, og resultatene fra undersøkelsen kan kjøpes av alle.

Formålet med undersøkelsen er å kartlegge befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål.

Dette er det åttende året undersøkelsen gjennomføres. Spørsmålet om de største utfordringene Norge står overfor har imidlertid vært stilt i Kantar Klimabarometer 2009 – 2015. Resultater fra tidligere år blir referert i denne rapporten.

Rapporten skal ikke publiseres, offentliggjøres eller videresendes, verken helt eller delvis, uten samtykke fra Kantar.

Undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Synsinformasjon, If/Vertikal Helse, Apotekforeningen, NHO Geneo, Aleris Helse, Psykologforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelse, Senteret for et aldersvennlig Norge, Oslo Cancer Cluster og NafKAM.

Metode: Web-intervju (CAWI). Gjennomført på GallupPanelet.

Feltperiode: 12. desember 2022 – 15. januar 2023.

Antall respondenter: 2051 personer har besvart undersøkelsen.

Utvalg: Representativt for befolkningen over 18 år.

Vekting: Kjønn, alder, geografi og utdanning.

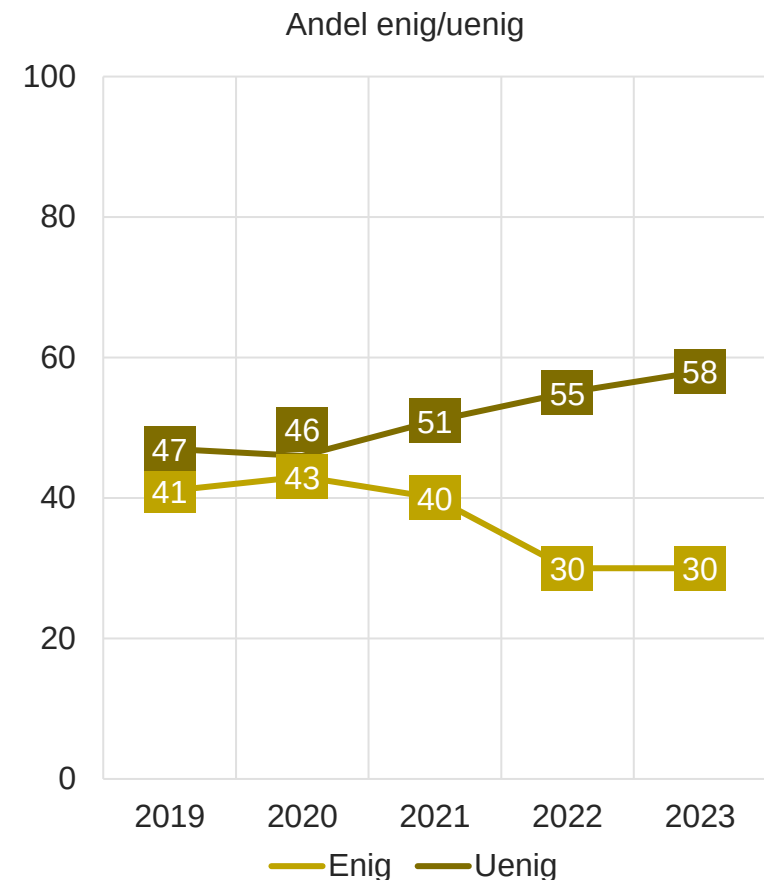
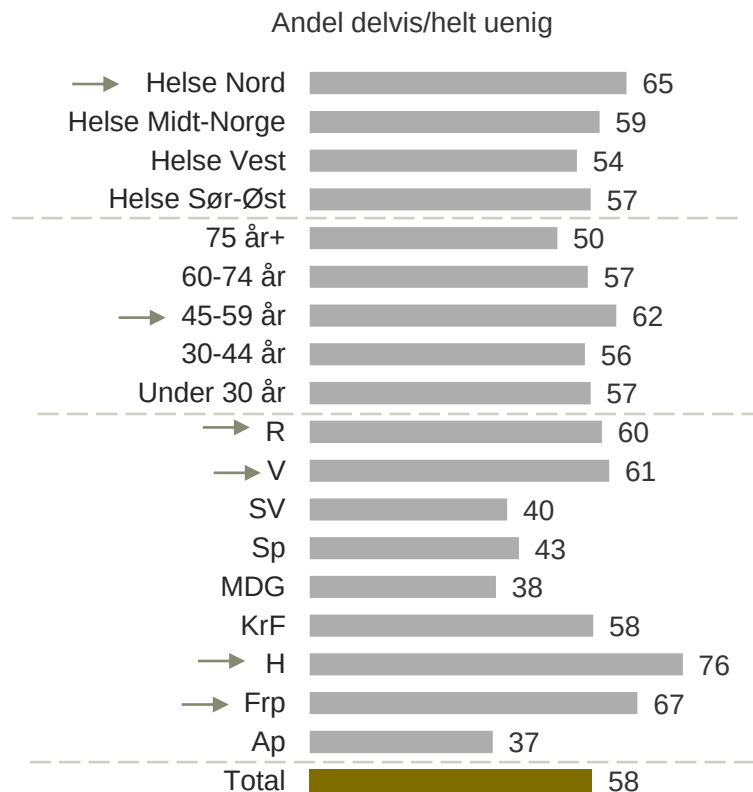
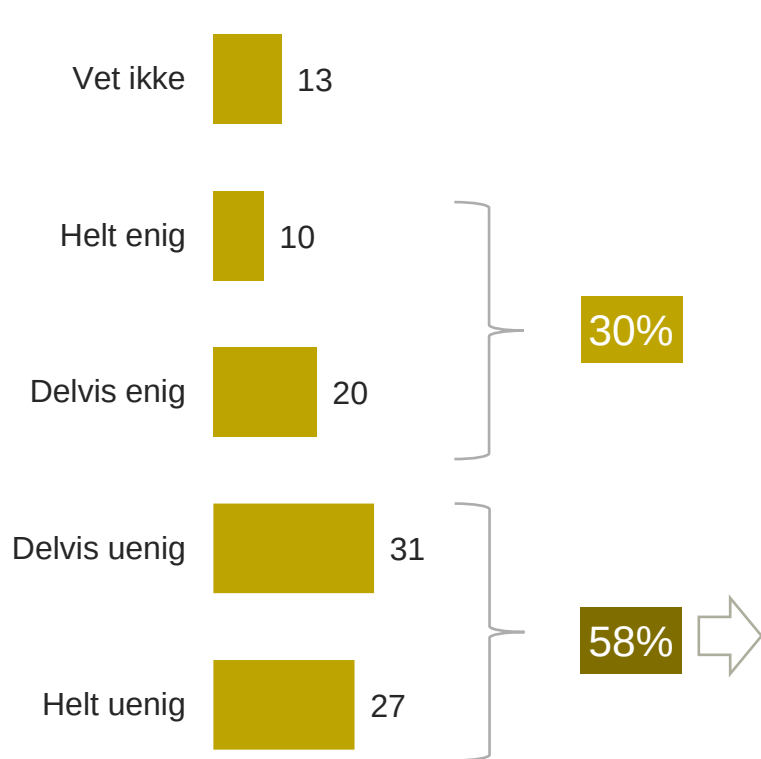
Estimert feilmargin: +/-2,2%-poeng i de spørsmål der hele utvalget er med.

Ansvarlig i Kantar: Eva Fosby Livgard

Kantar 1. mars 2023
22100803 | ©Kantar

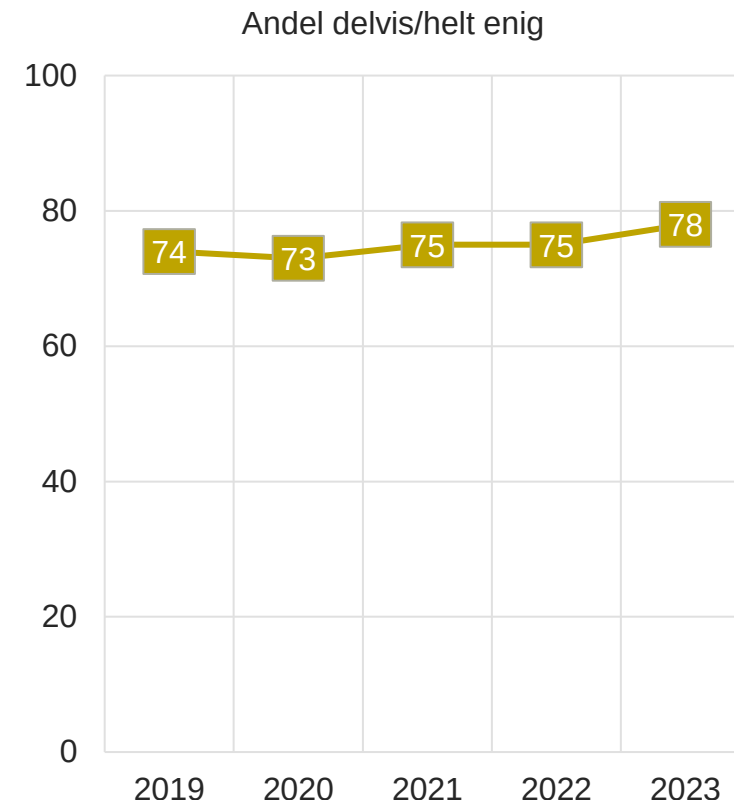
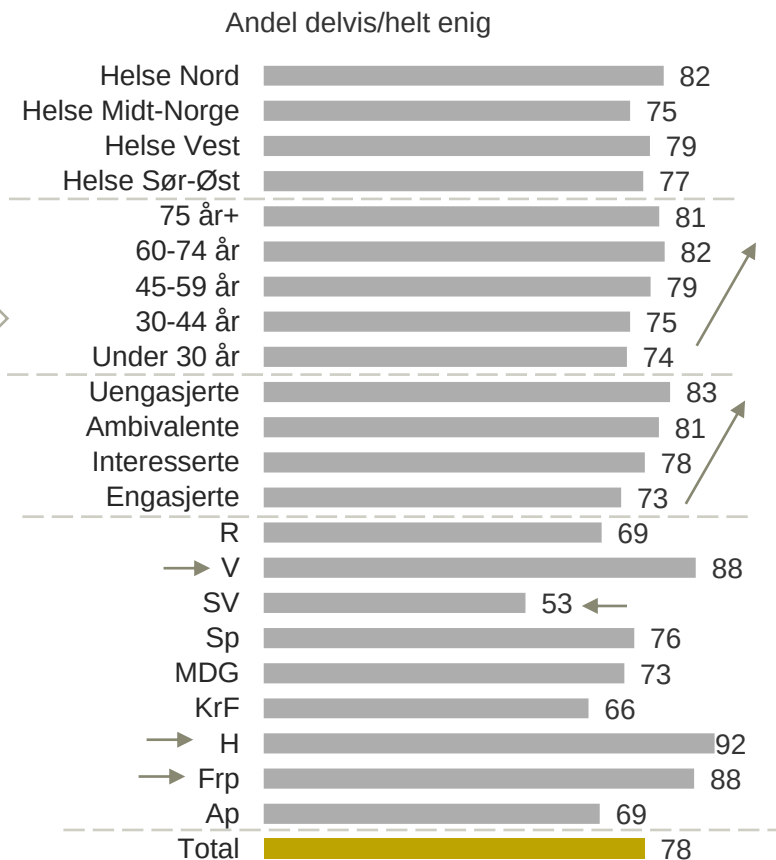
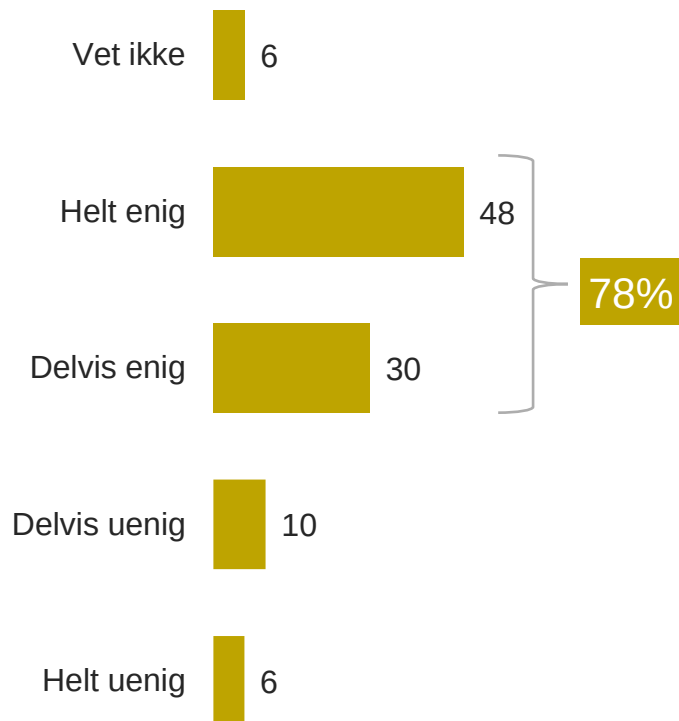
Flere tviler på at det offentlige helsevesenet vil være i stand til å dekke samfunnets fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester uten hjelp fra private helseaktører

Hvor enig eller uenig er du i at det offentlige helsevesenet vil være i stand til å dekke samfunnets fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester uten hjelp fra private og ideelle helseaktører? (n=2051) Prosent.



For 78% av befolkningen er det greit at private helseaktører leverer offentlige finansierte helse- og omsorgstjenester

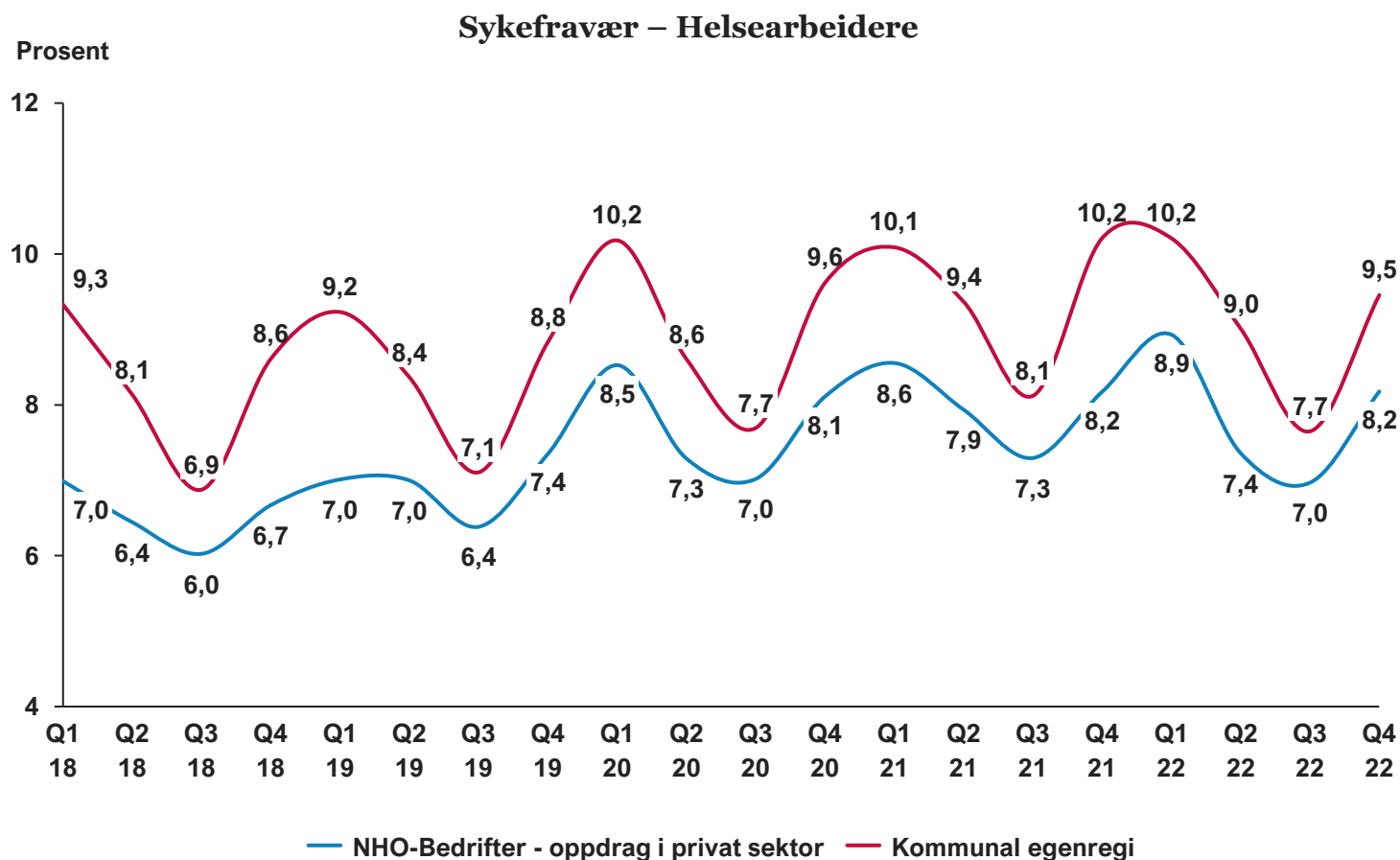
Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Hvis jeg får hjelp og behandling gjennom de offentlige finansierte helse- og omsorgstjenestene når jeg trenger det, spiller det ingen rolle om det er private/ideelle eller offentlige helseaktører som hjelper meg (n=2051) Prosent.



Legemeldt sykefravær blant bedrifter i privat sektor er lavere enn i kommunal sektor

Prosentvis legemeldt sykefravær

NB! Tallene vil påvirkes av koronapandemien og stort antall permitteringer i noen bransjer



På oppdrag for NHO har SSB sett på sykefraværet i private bedrifter som er organisert i NHO for ulike yrker sammenlignet med ansatte i kommunal sektor i de samme yrkene. Data er fra perioden 2018 til 2022.

Følgende yrker er analysert:

- 222X, 532X Helsearbeidere, utvalg
- 9111-9112 Renholdere
- 9412 Kjøkkenassistenter

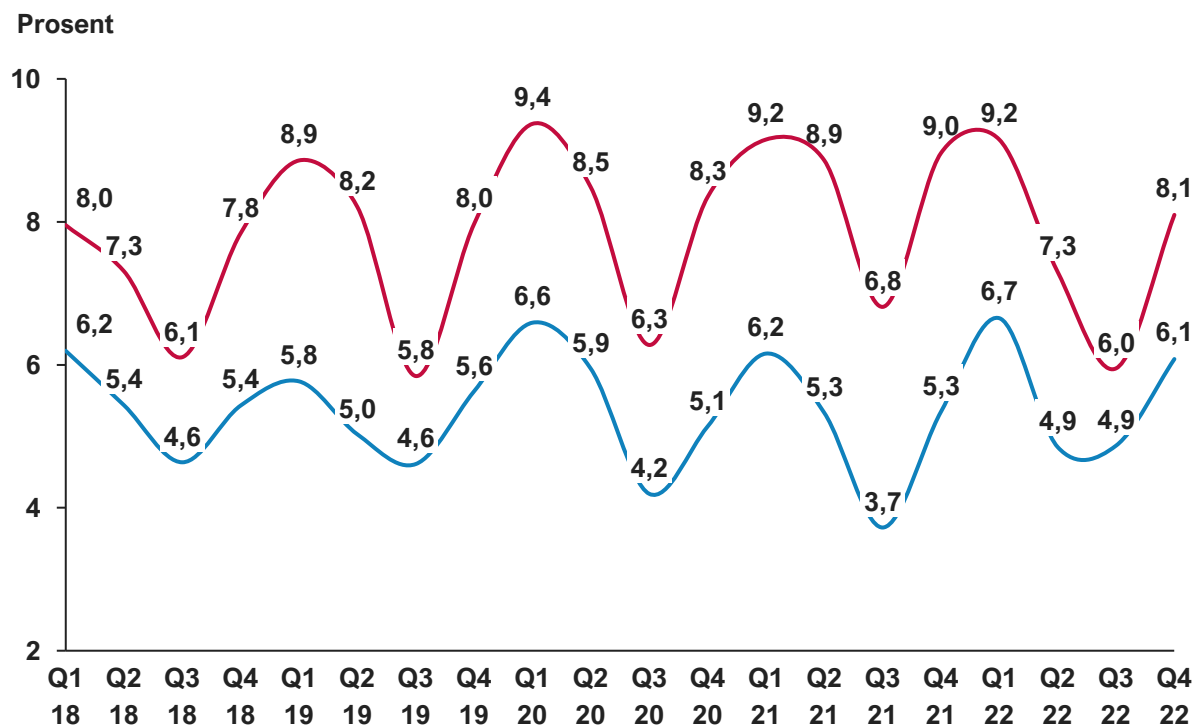
Gjennom perioden har ansatte i kommunal sektor i yrkene alle yrkene et høyere sykefravær enn ansatte i samme yrker i NHOs medlemsbedrifter i alle kvartal i alle år

Legemeldt sykefravær blant bedrifter i privat sektor er lavere enn i kommunal sektor

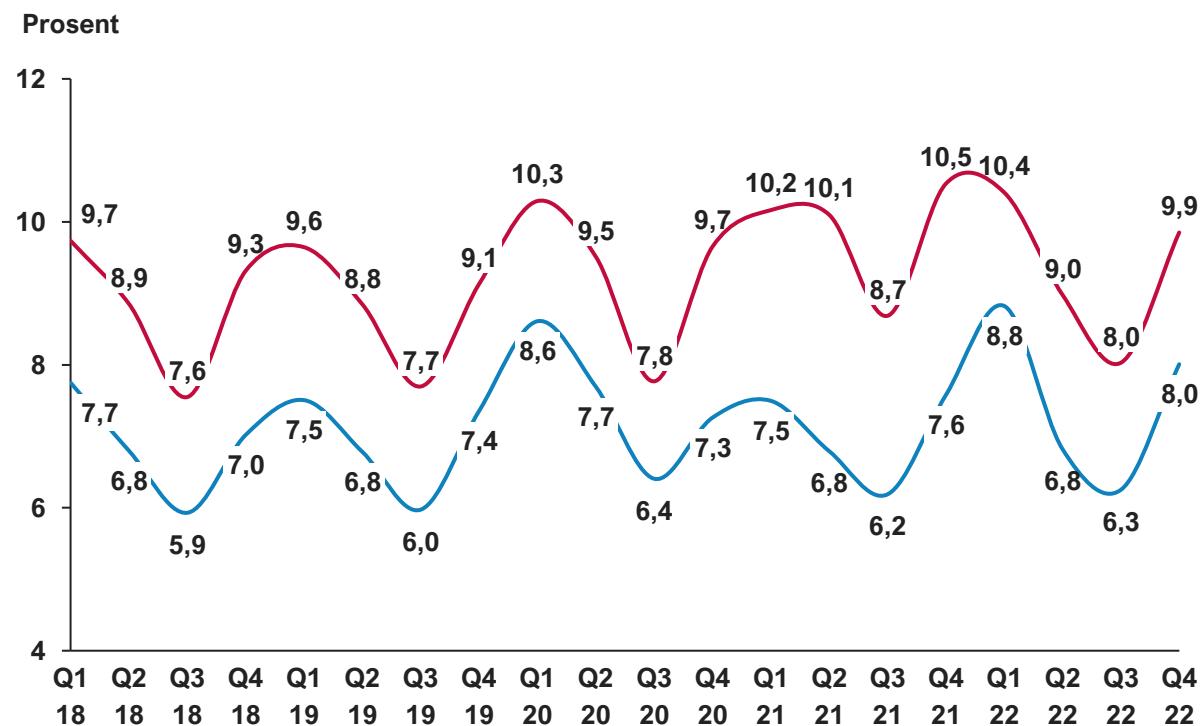
Prosentvis legemeldt sykefravær

NB! Tallene vil påvirkes av koronapandemien og stort antall permitteringer i noen bransjer

Sykefravær – Kantine



Sykefravær – Renhold



— NHO-Bedrifter - oppdrag i privat sektor — Kommunal egenregi

Private leverandører kan bidra med

Sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg

- Å hjelpe kommunal sektor med å oppnå nødvendig kapasitet
- Å tilby norske kommuner tjenester av dokumentert god kvalitet
- Å oppnå bedre kvalitet og bedre ressursutnyttelse
- Skape synergier og læringsarenaer for beste praksis i offentlig/privat samarbeid
- Lavere sykefravær

Barnehage

- Kapasitet slik at full barnehagedekning opprettholdes.
- Høy kvalitet og kvalitetsoppfølgingssystemer.
- Mangfold av typer barnehager (friluftsbarnhage, musikkbarnehage etc.)
- Skape synergier og læringsarenaer for beste praksis i offentlig/privat samarbeid
- Høy tilfredshet hos foreldre og barn (private skårer bedre enn kommunale barnehager i Foreldreundersøkelsen)

Eiendomsdrift og renhold

- Spesialiserte planleggingssystemer som bygger på erfaringer fra renhold av millioner av kvadratmeter i alle typer bygg i kommuner over hele landet. Velprøvde opplæringssystemer i kombinasjon med spesialisert ledelse av renholdsoppdrag
- Fokus på innovasjon som gir moderne renholdsteknikk og effektiv logistikk. Kommunen kan få tilgang til nye teknologiske løsninger uten investering (eksempelvis sensorstyrt renhold og robotrenhold).
- Riktig dimensjonering av renholdsbehov som gir optimalt forhold mellom behov og kostnader
- Lavere sykefravær

Hvordan samarbeide med private?

Fordeler ved samarbeid

- Kan gi kommunen bedre oversikt og kontroll med ressursbruk.
- Kan gi kommunen økt valgfrihet, bedre styringsmidler og mer tid til tjenesteforbedring, og kvalitet.
- Kan gi kommunen bevissthet om kvaliteten i egenproduserte tjenester og kan sammenligne med det som blir levert.

Kommunen får mer oversiktlig økonomi og bedre kvalitet i samarbeid med private fordi:

- Private konkurrerer om tilliten til utførelse hver dag. Hvis de svikter grovt på kritiske oppgaver – må de akseptere å bli byttet ut.
- Private kan konkurrere og måles jevnlig på om de møter kvalitetskriteriene i avtalen.
- Private fokuserer kun på utvalgte oppgaver eller tjenestetyper. Det gir en realistisk mulighet til å bli best utvikler av tjenesten, og ha skarpest fokus på ressursene som gjør oppgaven best mulig.
- Kommunen kan trekke veksel på private aktørers brede erfaring fra flere andre kommuner i spørsmål som implementering av velferdsteknologi, nye tjenestekonsepter og sykefraværarbeid.

Ulike samarbeidsformer

Kommunen lar private utføre tjenesten, men har ovenfor borgeren både ansvaret og kontrollen av tjenesten. Tre vanlige varianter:

- 1. Full tjenesteutsetting/anskaffelse** av utvalgte tjenester
- 2. Delvis egenregi og tjenesteutsetting** av samme tjeneste
- 3. Tjenestekonsesjoner:** Prekvalifisering av flere leverandører gir økt brukerfrihet. Det offentlige betaler og leverandørene har drifts- og lønnsomhetsrisikoen.

Under følger eksempler på samarbeidsformer:

- **Anskaffelse:** Kommunen kjøper plasser ved sykehjem som private, bygger, eier og drifter. Eventuelt kan den private aktøren levere kun utvalgte tjenester ved sykehjemmet.
- **Tjenestekonsesjon: Fritt Brukervalg (BPA) og ulike hjemmetjenester.** Bruker velger selv hvem som skal yte tjenesten. Kommunen kvalitetssikrer leverandørene.
- **Innovasjonspartnerskap:** Et tverrfaglig offentlig og privat prosjektsamarbeid for å levere nye eller etablerte tjenester på helt nye måter. Samarbeidet tar høyde for risiko ved nye typer leveranser.
- **OPS-modellen:** Det offentlige stiller krav til kvalitet og omfang av prosjektet, mens private har ansvar for å bygge, drifte, finansiere og over lengre tid vedlikeholde bygg og de tjenester som følger med. Leverandør bærer avtalt kvalitet- og driftsrisikoen. Kommunen betaler avdrag underveis og bygg kan overføres det offentlige ved utløp av kontrakt.

Sammen skal de skape Norges beste sykehjem



I Bærum kommune har et nytt sykehjem åpnet dørene, Oksenøya sykehjem. Som en del av generasjonskonseptet Treklang, som består av barnehage og skole, har de som mål å skape Norges beste sykehjem.

Oksenøya sykehjem som åpnet våren 2023, er trolig Norges mest moderne sykehjem. Som en del av Treklang, er det åpnet for et aktivt fellesskap mellom barn, unge, voksne og eldre, hvor blant annet barnehagen og skolen har ansvaret for drivhusene og plantekassene som er plassert i sykehjemmets plantehager.

- Det er lagt opp til generasjonsmøter der barnehagebarna, skolebarna og eldre på sykehjemmet vil møtes til felles hygge og aktiviteter, noe som er en vinn-vinn-situasjon. Barn krever ikke mye av de eldre, men de gir mye. Det samme gjelder andre vei, sier Mia Solberg, daglig leder ved Oksenøya sykehjem, som drives av Norlandia.

- Sykehjemmet er også et moderne og innovativt sykehjem som byr på blant annet ny teknologi som legger til rette for at beboerne i større grad opplever mestring og trygget. Ansatte vil oppleve en fremtidsrettet og bærekraftig arbeidsplass. De vil også oppleve en bedre oversikt over alle arbeidsoppgaver, Dette vil gi beboerne større frihet til «å være sjef i eget liv», sier Solberg.

I 2019 ble det politisk besluttet i kommunen at det nye sykehjemmet skulle konkurranseutsettes. Det har Therese Nitter, kommunalsjef for sykehjem i Bærum, kun utelukkende god erfaring med så langt.

- Norlandia fremstår som en proff leverandør med god gjennomføringsevne. De har i hele planleggingsfasen før oppstart stilt med et særdeles godt team av dedikerte og dyktige ressurser. De utviser stort engasjement for brukergruppen de skal yte tjenester til og for Treklangsamarbeidet med skole og barnehage, sier Nitter.

Nitter er sikker på at åpenhet, samarbeid og erfaringsutveksling vil gjøre at kommunen sammen med Norlandia kan heve kvaliteten og yte bedre tjeneste til innbyggerne.

- Treklang-Oksenøya senter skal understøtte samfunnsutviklingen på Fornebu, og være et naturlig møtested på tvers av generasjoner. Norlandias erfaringer med generasjonskonsepter er betydningsfullt i dette arbeidet. Vi ser frem til et spennende samarbeide i de kommende årene, sier hun.

- Norlandia har hatt et godt samarbeid med Bærum kommune over flere år ved å drifte både Gullhaug sykehjem og hjemmesykepleie. Vi setter stor pris på tilliten Bærum kommune viser oss nå også, med Treklang-prosjektet og Oksenøya sykehjem. Vi bygger hverandre opp og satser på en god kommunikasjon satt i system, sier Solberg.

Har utviklet unikt kvalitetssystem for barnehager: Deler med kommune-Norge



Fra venstre: Mari Fagerheim, fag- og utviklingssjef i Espira, og Inga Cecilie Solberg, styrer i Espira Sånum.

Da Espira oppdaget at det ikke fantes et vurderingssystem for kvalitet på barnehagens pedagogiske arbeid, og som var tilpasset deres behov, tok de saken i egne hender og utviklet Espira Blikk-metodikken.

Espira er en av de ledende aktørene innen barnehagesektoren i Norge. De har cirka 100 ulike barnehager i Norge med nærmere 10.000 barn, 2.700 ansatte, og har barnehager i rundt 50 kommuner. I 2014 startet de arbeidet med å utvikle et system for systematisk kvalitetsvurdering i Espira. Bakgrunnen for arbeidet var at de ikke fant tilgjengelige verktøy som tok utgangspunkt i «Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver», og som dekket deres behov.

- Vi ønsket å legge den pedagogiske praksisen under lupen gjennom systematisk observasjon og vurdering. Målet var å undersøke om barna i våre barnehager får det tilbudet de har krav på gjennom lov og rammeplan. Vi ville finne ut hvordan de ansatte er i sitt samspill med barn, og hvordan de støtter barnas trivsel og helhetlige utvikling, forklarer Mari Fagerheim, fag- og utviklingssjef i Espira.

De utviklet sin egen metodikk, i samarbeid med pedagogene, som de kaller Espira BLIKK.

- Alle barnehagene våre har gjort kvalitetsvurderinger etter denne metoden siden 2018. Metodikken er både praksisnær og mulig å gjennomføre innenfor rammen av ordinært barnehagetilbud sier Fagerheim.

Espira BLIKK handler om å gjøre vurderinger av kvaliteten på den pedagogiske praksisen. Hva er barnehagens sterke og svake sider? Hvor er det behov for utvikling? Alle ansatte gjennomfører årlig en intern vurdering av kvalitet. Annet hvert år får barnehagen en ekstern vurdering.

Dette kvalitetsarbeidet har blant annet gitt uttelling i Lindesnes kommune, hvor Espira har flere barnehager.

- I alle satsinger hos Lindesnes kommune inviteres og oppmuntres private barnehager til å bli med, og det er alltid en privat barnehage representert i styringsgrupper. Kommunen er også interessert i den faglige utviklingen vi driver i Espira. Blant annet har jeg hatt innlegg om kvalitetsutvikling vi driver som følge av Espira BLIKK, sier Inga Cecilie Solberg, styrer i Espira Sånum.

- Veien til et godt samarbeid går to veier, og når veien er kort til å ta en telefon, mellom barnehage og kommune, er det lett å samarbeide på en god måte, sier Solberg.

- Barne- og menneskesynet i oppvekst i Lindesnes kommune er: «Sammen skaper vi trygge vekstmuligheter». Blant annet i dette arbeidet er vi glade for at vi har de private barnehagene med på laget. Vi jobber alle med de samme barna, og det «kommunens barn». Det å kunne si at vi er på det samme laget både i utviklingsarbeidet generelt, er vinn-vinn for alle parter, sier Trine Ruud, enhetsleder for barnehage i Lindesnes kommune.

Matvarehuset i Bergen sikrer innovasjon og kvalitet



Matvarehuset i Bergen ble etablert i 2005 for å forbedre hvordan mat til eldre ble tilberedt, pakket, bestilt og levert til institusjoner og hjemmeboende eldre. Dette erstattet over 40 sykehjemkjøkken, som Bergen bystyre besluttet å legge ned i 2001. Forhistorien var en rapport som dokumenterte misnøye med mat-kvaliteten i institusjoner.

- Bergen kommune er nå godt fornøyd med tjenestene fra Matvarehuset, forteller Rolf Brurås, spesialrådgiver i byrådsavdeling for helse og omsorg.

- Bystyret hadde høsten 2022 en orientering om middagslevering i institusjoner og hjemmetjenesten der den gjennomgående kommentar fra faglig hold var at maten er god og holder høy kvalitet. Det ble også fremlagt bruker- og pårørendeundersøkelser som viser en gjennomgående tilfredshet og høy score fra brukerne og pårørende, forteller Rolf Brurås.

De første kontraktene var med Askøy og Bergen. Etter det koblet flere kommuner seg på. Det var Os, Vaksdal, Kvam, Gjerdrum, Sørums og Stord. Siden har vi vokst videre. Gründeren av Matvarehuset solgte seg etter hvert ut og Fjordland AS kjøpte seg opp til 100% eierskap i 2017.

-Vi omsetter for rundt 100 millioner kroner, og halvparten er fra matomsorg. Vi er 45 ansatte og nylig fikk vi fornyet kontrakt med Bergen, Askøy og Kvam, forteller Alf Helge Halland, daglig leder av Matvarehuset.

-Matvarehuset ønsker å være en god partner for kommuner innen matomsorg. Vår kompetanse og produksjon kan enkelt overføres til andre segmenter som for eksempel skoler. Vi mener selv at vi har en kostnadseffektiv løsning som forenkler hverdagen til de som arbeider med eldreomsorg. De sparte midlene kan brukes på ekstra hender i matomsorgen, eller som matverter. Kommunene slipper å forholde seg til sykefravær, investeringer i utstyr og lokaler. Og de får direkte glede av den samlede læringen vi opparbeider oss ved å levere til mange kommuner, sier Alf Helge Halland.

-**Vår innovasjon** består i kontinuerlig å utvikle menyer og våre matretter. Vi tilbyr menyer i 6 ukers syklus. Rettene er varierte, og vi tilbyr rundt 35 - 40 unike hovedretter i hver periode. Menyutvikling skjer i samarbeid med kommunene. Vi næringsberegner hver rett, hver dag og i hver menyperiode. I det vi kaller ren sone, i kjøkken i pakking og for huset generelt, står kvalitet i høysetet. Det er bokstavelig talt livsnødvendig å produsere trygt og sikkert. Alle produkter har datablad som beskriver i detalj alt man trenger å vite om hver enkelt komponent.

Viktigste bærekraftstiltak er å forhindre matsvinn. Bedriften klarte å redusere matavfall med 33% i 2022, målt i andel av produsert volum. Matvarehuset gir i tillegg overskuddsmat til Matsentralen som deler ut dette gratis til de som trenger det.

-Asker kommune er en dyktig innkjøper av renhold



Servicemedarbeider Jelena Grisko (tv) og avdelingsansvarlig May-Grethe Flateby i Ren Service AS.

-Vår bedrift har mange store og små offentlige kontrakter. En større kunde er Asker kommune som i våre øyne er en dyktig innkjøper. Kommunen har bra kompetanse på renhold og har god kontraktsoppfølging, sier Siw Mjøllner, salgsansvarlig i Ren Service AS.

Virksomhetsleder Hilde Bjerke i Asker kommune forteller at kommunen har gode erfaringer med å kjøpe renhold fra private leverandører gjennom mange år. - Vi har for tiden kontrakt med flere renholdsbedrifter. Det er Insider, Toma, Ren Service, 4Service, Anker Renhold og Ability, sier hun.

-I anbud legger vi 50 prosent vekt på pris og 50 prosent på kvalitet, miljø og bærekraft. Vi er meget opptatt av påseplikten som gjelder de ansattes arbeidsvilkår, med allmenngjort tariff lønn. I kontroll av renholdskvalitet holder vi oss til INSTA800 som standard, forteller Hilde Bjerke.

Asker har over 37.000 kvadratmeter i 11 skoler og andre offentlige bygg hvor renholdet utføres av Ren Service AS. Oppdragene utføres i henhold til INSTA800 kvalitetsnivåer og inspeksjonsregime. Utover fire årlige INSTA-kontroller utføres det åtte normale inspeksjoner.

-Vi tar oss av daglig renhold og ivaretar områdene etter fastsatte kvalitetsnivåer, forteller Siw Mjøllner i Ren Service. Oppdragene har en samlet kostnadsramme på 9 millioner kroner (eks. mva.). Bedriften har hatt ansvar for renholdet i Asker siden august 2022 og kontrakten løper til 2026.

Første linje i kontrollene er det som utføres av servicemedarbeider selv. Han eller hun vurderer om arbeidet er utført i henhold til avtalte krav. I de første ukene av en kontrakt følger kundeansvarlig og teamleder tett opp med kontroller for å kvalitetssikre at alle servicemedarbeiderne ivaretar sine områder og at arbeidsomfanget er forstått.

-INSTA800-kontrollene er digitalisert. Det gjør det enkelt å kommunisere renholdskvalitet med kommunen og servicemedarbeider, sier Siw Mjøllner.

Kvalitetsrapporten er et dynamisk skjema som tilpasses de ulike objektene. Verktøyet egner seg godt til å kunne se trender og få en rask oversikt over avvik og forbedringspunkter, og på hvilket nivå kvaliteten på de kontrollerte objekter er. Avtalestedene får tilgang til en kundeportal der kvalitetsrapportene er tilgjengelig. Asker har en rekke avtalesteder og det er laget en plan for gjennomføring av kontrollene i løpet av en periode på en måned for hver INSTA-kontroll. Kontaktperson for avtalestedet blir kontaktet i god tid før gjennomføringen av kontrollene, slik at de har mulighet å bli med på disse. Det er normal inspeksjon i de månedene det ikke er INSTA-rapportering. Ved evalueringen fylles det ut en rapport som sendes elektronisk sammen med kommentarer til kommunens kontaktperson.