



 NHO
Service og Handel

Kvalitet19

Kommuneanalyse av Oslo (2019)

Innledning

NHO Service og Handel har analysert **tjenestekvalitet** og **ressursbruk** innenfor utvalgte offentlige tjenester i 190 norske kommuner. Hovedfokuset har vært på helse- og omsorgssektoren, men også eiendomsdrift og renhold er inkludert.

Formålet er å se i hvilken grad det leveres kvalitet på tjenestene sett opp mot medgått ressursbruk. Det pekes på forbedringsmuligheter som ligger i et styrket samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Unikt for analysen er at det for første gang kobles kvalitet og ressursbruk i en slik analyse.

For NHO Service og Handel er det en sentral oppgave å vie oppmerksomhet til løsninger som fremmer kvalitet, tjenesteinnovasjon og bedre ressursutnyttelse i kommunene. Det er et viktig samfunnsmessig mål å oppnå økt produktivitet i offentlig sektor. Et velfungerende velferdssamfunn skal levere gode offentlige tjenester til borgerne. Vi tror at løsningen på velferdsstatens utfordringer ligger i styrket samarbeid mellom offentlig og privat sektor. NHO Service og Handel ønsker på vegne av bedrifter i tjenestesektoren å synliggjøre hvordan vi sammen kan sikre bærekraftige velferdsløsninger.

Innhold

- 1 Introduksjon og sammendrag
- 2 Sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg
 - 2A Sykehjemsdrift
 - 2B Hjemmebasert omsorg
- 3 Eiendomsdrift og renhold
- 4 Når samarbeid fungerer

Demografiske endringer og trangere økonomiske tider krever samarbeid

De kommende tiårene vil demografiske endringer øke etterspørselen etter velferdstjenester av høy kvalitet. Samtidig som behovene blir større, vil inntekter vi i dag tar for gitt reduseres. Dette skjer samtidig som statens inntekter fra olje og gass blir mindre. Offentlige utgifter vil overstige inntektene fra og med 2030, og gapet vil øke med 5 milliarder kroner, hvert år.

Disse endringene vil skape et stort press på tjenestetilbudet og kreve at vi blir enda flinkere til det vi allerede er gode på: Samarbeide om å skape tjenester av god kvalitet for innbyggerne, arbeidsplasser som er trygge for de ansatte og ordninger som er bærekraftige over tid.

30,000

Nye heldøgns-omsorgsplasser må bygges og driftes innen 2030. Dette krever byggekostnader nær 100 milliarder kroner. I tillegg vil årlige driftskostnader utgjøre ca. 36 milliarder kroner.

33,000

Nye årsverk innen helse og omsorg vil kommune-Norge trenge allerede i 2026

Fremskrevet folkeemngde og antall yrkesaktive per pensjonist (aldersbæreevne) 2016-2040



Kilde: SSB

Hvordan gjennomføres analysene?

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

■ Analysen tar for seg **190 kommuner** som har tilfredsstillende datakvalitet på kostnads- og kvalitetstall.

■ Grunnlagstallene er hentet fra Statistisk Sentralbyrå; Kommune-Stat rapportering (KOSTRA) og Helsenorge.no og gjelder **regnskapsåret 2017**. NyAnalyse har bistått NHO Service og Handel med deler av analysearbeidet.

KOSTRA: Kommuneinndeling

Gruppene 1-6 er små kommuner

Gruppe 7 er mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter

Gruppe 8 er mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter

Gruppe 10 er mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter

Gruppe 11 er mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter

Gruppe 12 er mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

Gruppe 13 er store kommuner utenom de fire største byene

Gruppe 14 er Stavanger, Bergen og Trondheim som er analysert sammen med

Gruppe 15 er Oslo

Gruppe 16 er de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger

En oppdatert oversikt over hvilke kommuner som inngår i de ulike KOSTRA-gruppene [finnes man her](#).

Hvordan tolke resultatene fra kvalitets- og effektivitetsanalysen (DEA)

- I omsorgstjenestene får kommunen en score (1-100) for kvalitet og en score for økonomisk effektivitet. Disse to vektes 50/50 inn i en samlet effektivitetsverdi. For eiendom og renhold får kommunen en score (1-100) for økonomisk effektivitet.
- Kommunene sammenlignes med kommuner med lignende størrelse og økonomi som seg selv (sin KOSTRA-gruppe). Det betyr at beste praksis (score 100) er definert innen hver gruppe av sammenlignbare kommuner. Derfor betyr det ikke at en kommune med score 100 ikke har noe forbedringspotensial, men at den fikk mest tjenester og kvalitet ut av innsatsfaktorene, årsverk og andre kostnader enn lønn (ikke investeringer), sammenlignet med andre kommuner i sin gruppe.
- En kommune som scorer 90 vil være 90 prosent så effektiv som en kommune med score 100 i samme gruppe av sammenlignbare kommuner. Hva som kreves for å oppnå score 100 vil variere mellom KOSTRA-gruppene, og resultatene er derfor ikke direkte sammenlignbare på tvers av KOSTRA-grupper.
- NHO Service og Handel har regnet om årsverk som DEA-modellen mener kan effektiviseres til kroner, hvor et årsverk uten relevant utdanning er satt til 420.000 kroner og et årsverk med relevant utdanning er satt til 490.000 kroner i omregningen. Det er brukt et konservativt estimat.

Ordliste

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

KOSTRA-grupper: Kommunene er delt inn i 16 grupper etter forhold som befolkningsantall og økonomi, slik at de lettere skal kunne gjøre relevante sammenligninger med kommuner med liknende forutsetninger for drift.

DEA-analyse: En metode for å beregne effektivitet ut fra flere innsatsfaktorer og produkter. Metoden identifiserer kommunene som presterer best i sin KOSTRA-gruppe på kvalitet og økonomisk effektivitet på leverte tjenester.

Kvalitetsscore: For omsorg er det brukt DEA-analyse for å vise hvordan kommunen scorer (skala 1-100) på tre utvalgte kvalitetsmål i forhold til ressursinnsatsen. Den enkelte kommune sammenlignes med den kommunen som leverer best på disse kvalitetsmålene i sin KOSTRA-gruppe.

Kostnadseffektivitetsscore: 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 kommunen i sin KOSTRA-gruppe.

Kvalitet19: Viktige funn - omsorg

- Unikt for Kvalitet19 er at **både kvalitet og ressursbruk** er parametere i analysen, i motsetning til andre analyser som enten ser på medgått ressursbruk eller på målt kvalitet.
- Det er totalt **32 kommuner som kommer ut som Kvalitet19-vinnere** innen sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg. Dette er definert som 100 av 100 mulige i score på både kvalitet og kostnadseffektivitet, sammenlignet med andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe.
- De 32 vinnerkommunene kjøper i større grad tjenester enn andre kommuner. Hele 21 av 32 kommuner (66 %) kjøper tjenester i større grad enn snittet i sin KOSTRA-gruppe.
- Det samlede økonomiske effektiviseringspotensialet utgjør åtte prosent av kommunenes kostnader til omsorg, renhold og eiendomsdrift. Dette tilsvarer **ca. 6,9 mrd.** kroner årlig, noe som kunne utgjort drift av **ca. 5.750 nye sykehjemsplasser** på landsbasis.

32 kommuner er Kvalitet19-vinnere



- Kjøper tjenester i større grad enn snitt i sin KOSTRA-gruppe
- Kjøper tjenester i mindre grad enn snitt i sin KOSTRA-gruppe
- Kjøper i praksis ikke tjenester

Kvalitet19: Oslo

Kommunen gjør en god jobb i dag! Her er en oversikt over identifisert forbedringspotensial:



Sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg

Kommunens kvalitet og ressursbruk



Kommunen scorer maksimalt på kvalitet og medgått ressursbruk sett opp mot andre kommuner i sin KOSTRA-gruppe.

Studerte kvalitetsindikatorer som viser størst forbedringspotensial

- Tilby flere hjemmeboende med kognitiv svikt et dagaktivitetstilbud
- Kartlegge ernæringsstatus for flere brukere av hjemmesykepleie år



Eiendomsdrift og renhold

Kommunens ressursbruk



Kommunen scorer maksimalt på ressursbruk sett opp mot andre kommuner i sin KOSTRA-gruppe.

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 er derfor viktig for kommuner med høy vekst i andelen eldre å kontinuerlig følge opp ressursbruken i egen tjenesteproduksjon.

Private og frivillige aktører kan hjelpe kommunal sektor med å oppnå nødvendig kapasitet, men kan også tilby norske kommuner tjenester av dokumentert god kvalitet. Et samarbeid mellom det offentlige og private tjenesteleverandører kan bidra til bedre kvalitet og bedre ressursutnyttelse.

Denne seksjonen er delt inn i tre deler; del 2 og 2A og 2B. Del 2 omhandler analyse og kvalitetsindikatorer som relaterer seg til *både sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg*. Del 2A omhandler det som relateres til *kun sykehjemsdrift* og del 2B, kun det som relateres til *hjemmebasert omsorg*. I del 2 presenteres selve DEA-analysen med resultater, samt de kvalitetsindikatorene som relateres til både sykehjem og hjemmebasert omsorg. I del 2A og 2B presenteres andel kjøp fra eksterne, samt ulike kvalitetsindikatorer som relateres til hver av tjenestene (sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg).

NB! Det er kun fire kvalitetsindikatorer som inngår i DEA-analysen, men det presenteres i det følgende resultater for åtte indikatorer.

2 Sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg

1. Effektivitetsanalyse (DEA) og effektiviseringspotensial
2. Kvalitetsindikatorer
 - Nærvær i pleie- og omsorgstjenesten
 - Fagtetthet i pleie- og omsorgstjenesten



2A

Sykehjemsdrift

1. Andel kjøp fra eksterne til institusjon/sykehjem
2. Kvalitetsindikatorer
 - Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem (indikatoren inngår i DEA-analyse)
 - Helsetjenesteassosierte infeksjoner på sykehjem (indikatoren inngår i DEA-analyse)
 - Legemiddelgjennomgang hos beboere i sykehjem
 - Legetimer per beboer i sykehjem

2B

Hjemmebasert omsorg

1. Andel kjøp fra eksterne til hjemmebasert omsorg
2. Kvalitetsindikatorer
 - Kartlegging av ernæring for hjemmeboende (indikatoren inngår i DEA-analyse)
 - Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med kognitiv svikt (indikatoren inngår i DEA-analyse)

Effektivitetsanalyse (DEA): Innsatsfaktorer og tjenesteleveranse

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

Innsatsfaktorer i omsorgstjenesten som inngår i analysen:

1. Årsverk med relevant fagutdanning
2. Årsverk med ufaglærte/ikke relevant fagutdanning
3. Andre kostnader enn lønn, fratrukket avskrivninger

For analyse av **økonomisk effektivitet** er innsatsfaktorene sett opp mot følgende:

1. Oppholdsdøgn på langtid i sykehjem pluss oppholdsdøgn i korttid på sykehjem
2. Vedtakstimer til hjemmesykepleie og praktisk bistand
3. Antall enkeltrom i institusjon

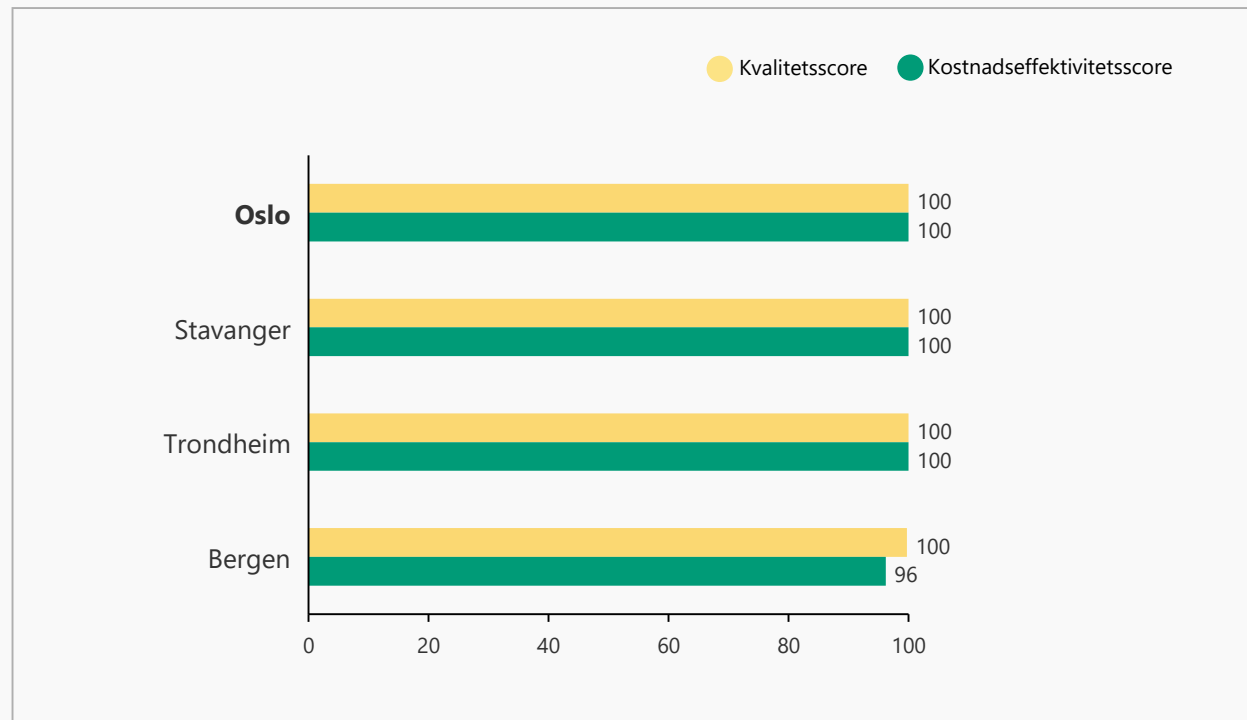
For **kvalitetsanalysen** er innsatsfaktorene sett opp mot følgende:

1. Antall personer i sykehjem med kartlagt ernæringsstatus
2. Antall personer i hjemmebasert omsorg med kartlagt ernæringsstatus
3. Antall sykehjemsbeboere uten helsetjenesteassosiert infeksjon
4. Antall hjemmeboende med kognitiv svikt som mottar et dagaktivitetstilbud

Effektivitetsanalyse: KOSTRA-gruppe 14 og 15

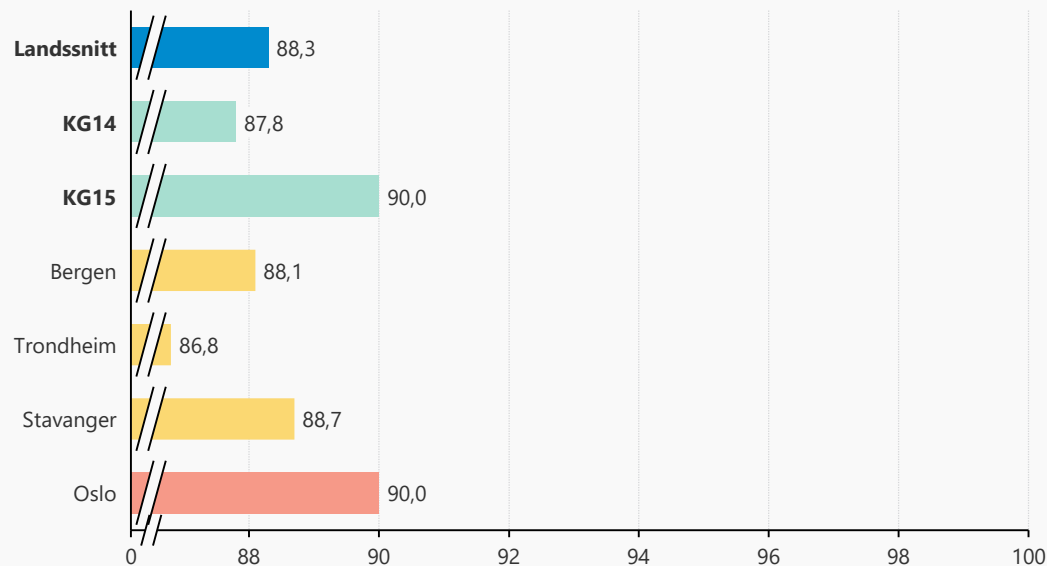
Oslo

- Oslo har en kvalitetsscore på 100 og en kostnadseffektivitetsscore på 100
- Dette gir en samlet effektivitetsverdi på 100
- I likhet med Stavanger og Trondheim er Oslo en beste-praxis kommune. Bergen er like kostnadseffektiv som Stavanger og Trondheim men scorer noe lavere på kvalitet.



Nærvær i pleie- og omsorgstjenesten: KOSTRA-gruppe 14 og 15

Andel samlet nærvær i pleie- og omsorgstjenesten (2017)



Nærvær i pleie- og omsorgstjenesten

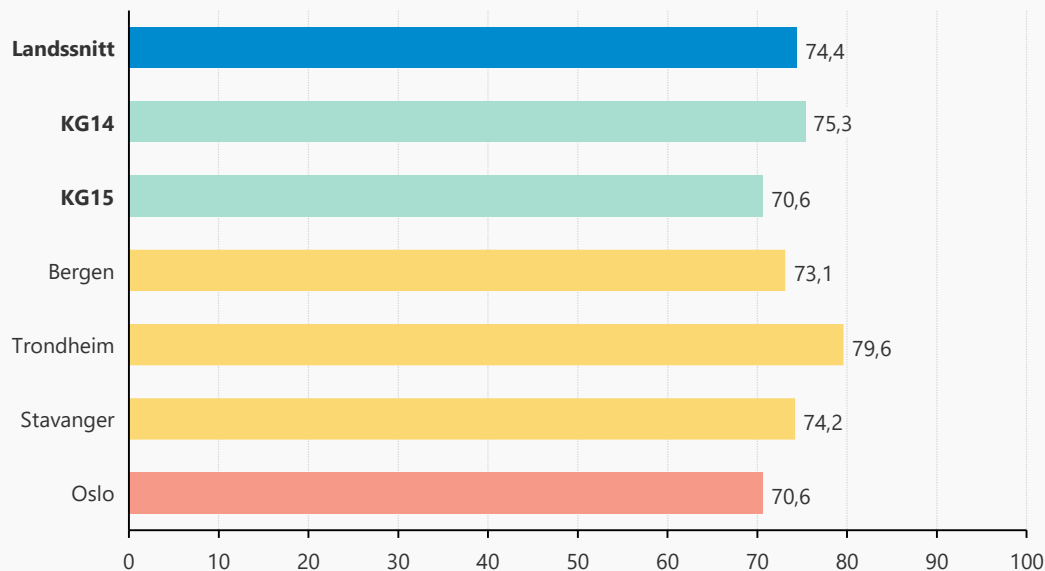
Nærvær er regnet ut som 100 minus sykefraværet. Nærvær er alle ansatte minus kommunens sykefravær for ansatte som jobber direkte for brukerne i sykehjem eller hjemmebasert omsorg.

Sykefravær blant ansatte kan medføre redusert tid til hver tjenestemottaker, redusert kvalitet på tjenesten, forsinkelser og/eller avlyste hjemmebesøk. Med vikarer er det fare for at viktig erfaring går tapt eller må opparbeides på nytt over tid. Derfor er høyt nærvær i tjenesten viktig for kvaliteten.

Les mer på [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

Fagetthet i pleie- og omsorgstjenesten: KOSTRA-gruppe 14 og 15

Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning (2017)



Fagetthet

Fagetthet viser andelen årsverk i pleie- og omsorgstjenesten som har helse- og sosialfaglig utdanning.

Fagutdanning er grunnleggende viktig for god kvalitet.

Den medisinske behandlingen har økt både i omfang og kompleksitet. Dermed øker også behovet for kompetanse i forskjellige profesjonsgrupper i pleie- og omsorgstjenesten.

Les mer på [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

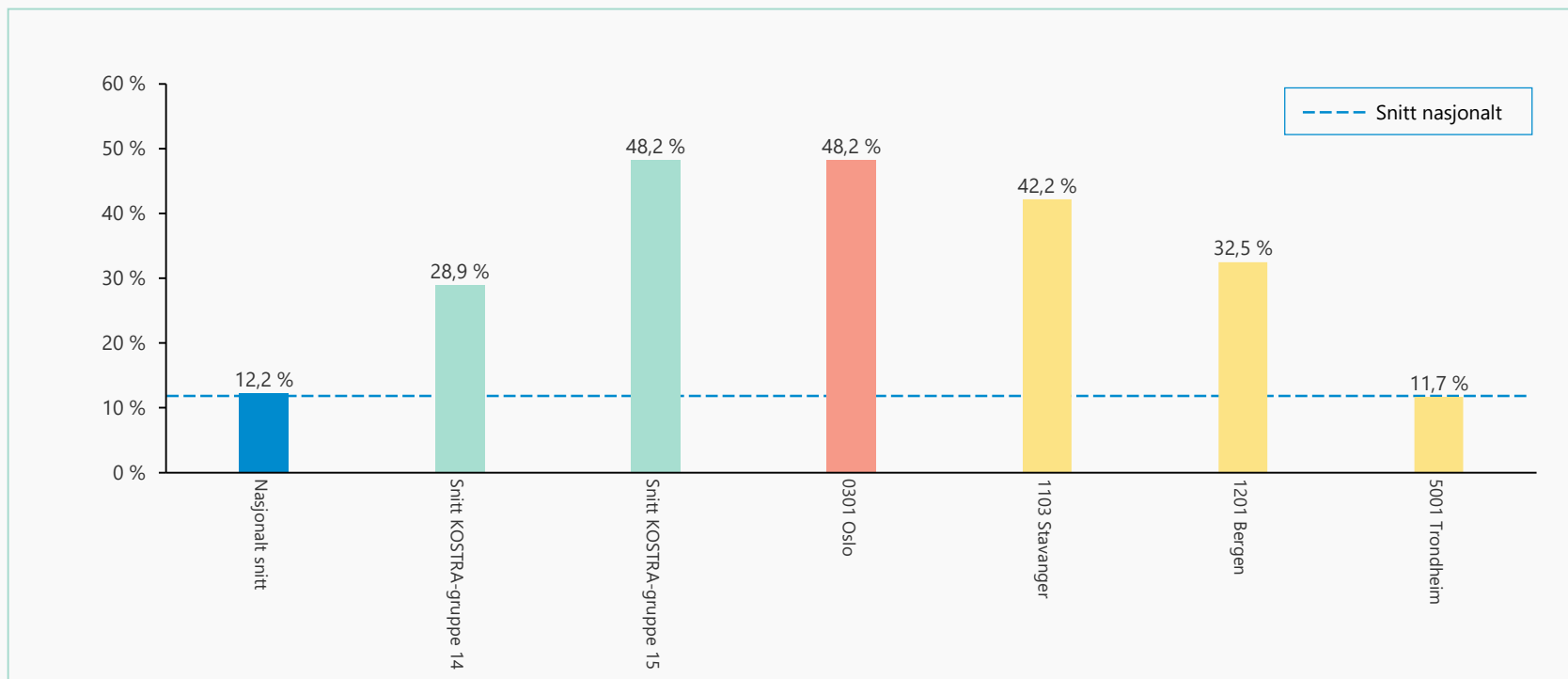
2A

Sykehjemsdrift i Oslo

- Kostnader til omsorg i institusjon var 5,2 mrd. kroner (2017), inkl. kjøp som erstatter kommunal egenproduksjon og fratrukket kommunens investeringer.
- Kostnad pr. plass (pleie) var 1 109 200 i 2017.
- Kommunen har 4.536 disponible plasser i institusjon, hvorav 4.325 er i sykehjem. Kommunen drifter 2.137 av sykehjemsplassene i egenregi

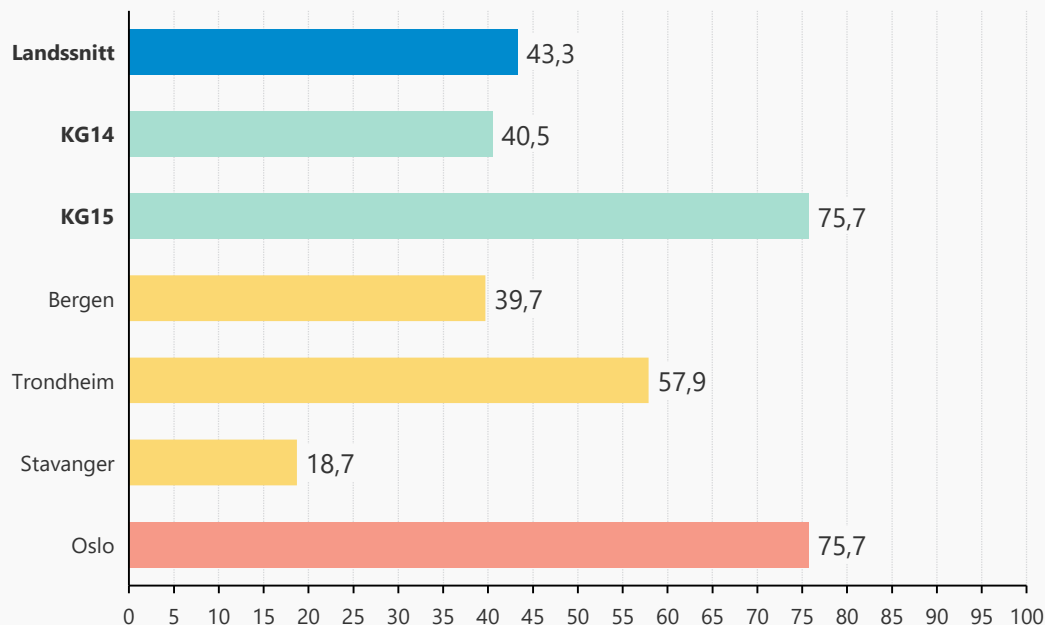
Kjøp fra eksterne til institusjon/sykehjem (2017): KOSTRA-gruppe 14 og 15

Kommunens andel av brutto driftskostnader til institusjonsbasert omsorg som går til kjøp fra eksterne som erstatter kommunale tjenester



Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem: KOSTRA-gruppe 14 og 15

Andel beboere (67 år og eldre) på institusjon som har fått kartlagt sin ernæringsstatus siste 12 mnd. (2017)



Andel sykehjemsbeboere med kartlagt ernæringsstatus

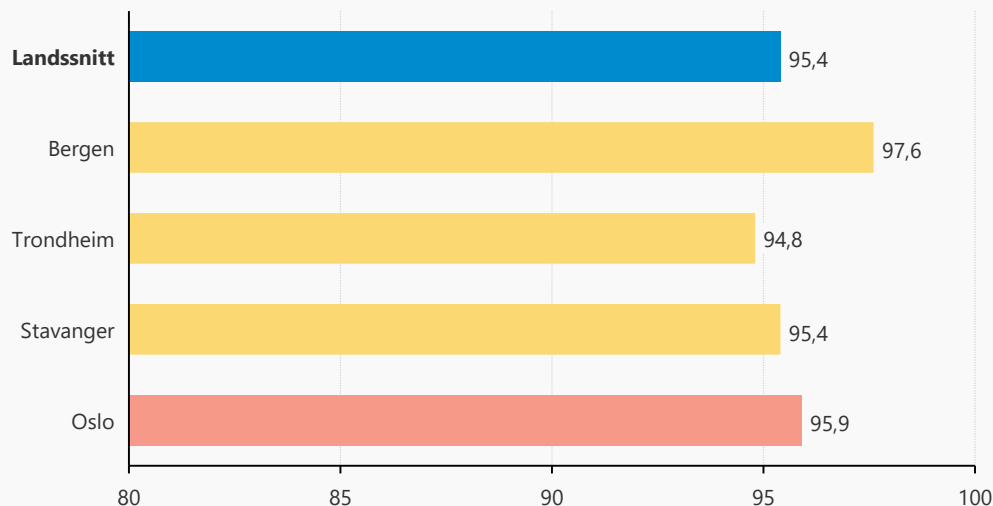
Så mye som 20-60 prosent av eldre som benytter kommunenes omsorgstjenester enten i sykehjem eller eget hjem er underernærte eller i ernæringsmessig risiko. Dette gir økt fare for andre sykdommer, lengre sykeleie om man først blir syk og har større behov for hjelp. Et første trinn for å forebygge underernæring er å vurdere ernæringsmessig risiko og kartlegge ernæringsstatus.

På landsbasis i 2017 har 43,3 prosent av beboerne (67 år og eldre) på sykehjem blitt vurdert, av disse hadde litt over en tredjedel risiko for underernæring. 73,2 prosent av de med risiko for underernæring har fått utarbeidet en plan for ernæring.

Les mer hos [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

Helsetjenesteassosierte infeksjoner på sykehjem: KOSTRA-gruppe 14 og 15

Andel beboere på sykehjem uten helsetjenesteassosierte infeksjoner (Mai 2017)



Andel beboere uten helsetjenesteassosierte infeksjoner

Helsetjenesteassosierte infeksjoner er en vanlig årsak til sykdom hos beboere i sykehjem. De vanligste infeksjonene er urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, hud- og sår infeksjoner og infeksjon i operasjonsområde.

Infeksjoner er smertefullt for den det gjelder og gir ekstra risiko for sykehusinnleggelse og økt dødelighet.

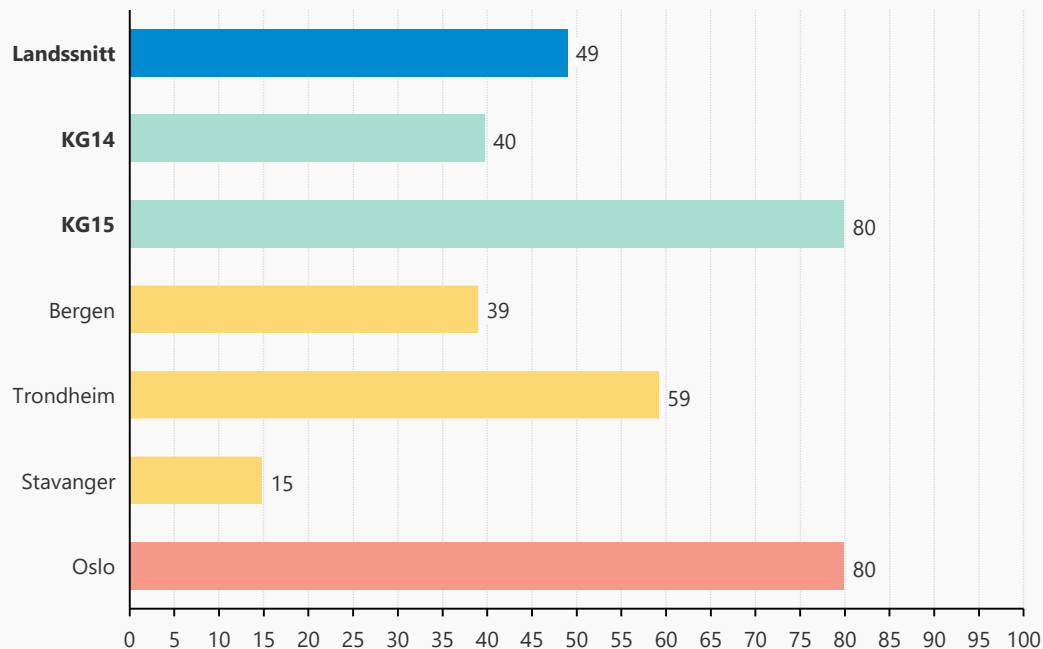
Gode infeksjonskontrollprogram som beskriver systematiske tiltak for forebygging kan gi større fravær av helsetjenesteassosierte infeksjoner.

På landsbasis var 95,4 prosent av sykehjemsbeboerne fri for helsetjenesteassosierte infeksjoner i mai 2017.

Les mer på [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

Legemiddelgjennomgang hos beboere i sykehjem: KOSTRA-gruppe 14 og 15

Andel beboere (67 år og eldre) på institusjon som hatt legemiddelgjennomgang siste 12 mnd. (2017)



Legemiddelgjennomgang

Målet med en legemiddelgjennomgang er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres.

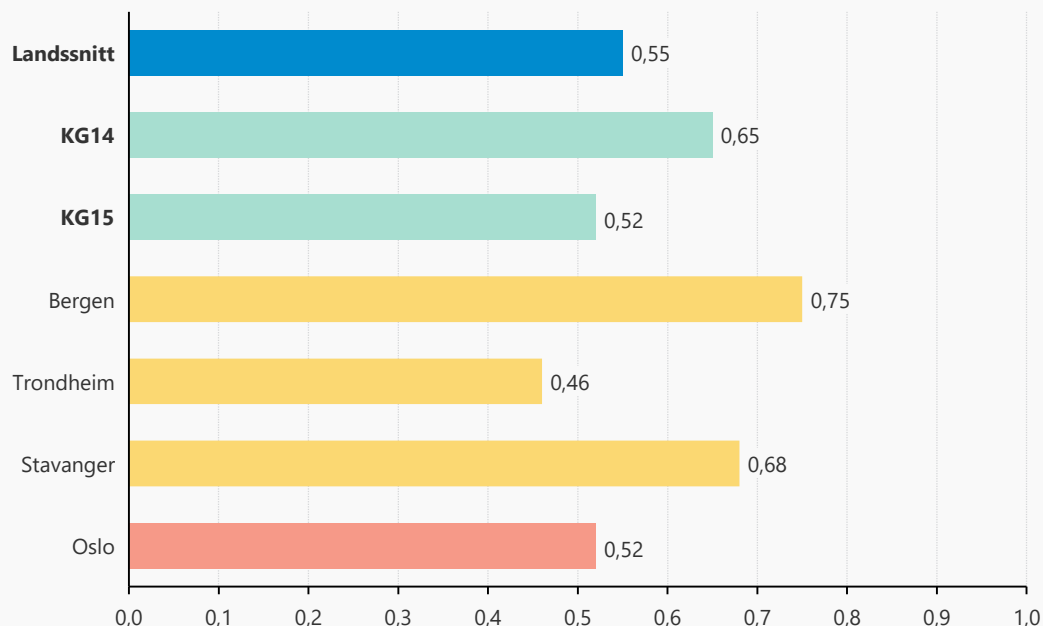
Med en systematisk gjennomgang av legemiddelbruken vil forskrivningen kunne endres, enten ved at bruk av enkelte legemidler avsluttes, dosen justeres, eller at nye legemidler forskrives. Den vanligste endringen ved legemiddelgjennomganger, særlig for eldre, er at legemidler ikke lengre anses som nødvendige og bruken avsluttes.

På landsbasis i 2017 hadde 49 prosent av beboerne på sykehjem (67 år og eldre) med langtidsplass hatt legemiddelgjennomgang.

Les mer på [Helsenorge.no](https://helsenorge.no)

Legetimer per beboer i sykehjem: KOSTRA-gruppe 14 og 15

Legetimer per beboer i sykehjem per uke (2017)



Gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem

Mange av de som bor på sykehjem har stort behov for helsehjelp i form av utredning og diagnostikk, behandling, sykdomsovervåking, hjelp i akutte sykdomsfaser og pleie.

Det er antatt en sammenheng mellom omfanget av legetjenester og kvaliteten på helsetjenesten til beboeren i sykehjem.

Les mer på [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

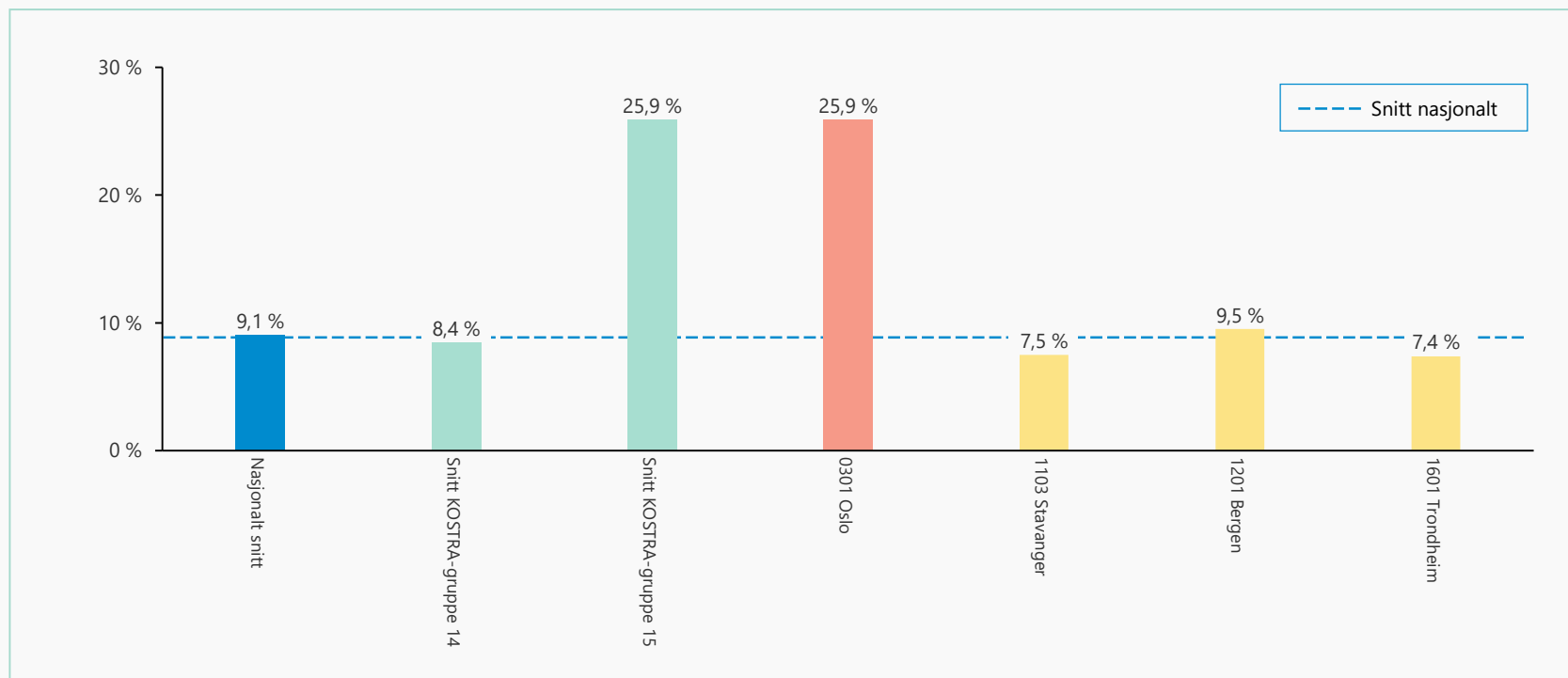
2B

Hjemmebasert omsorg i Oslo

- Kostnader til omsorg og helsetjenester i hjemmet var 6,3 mrd. kroner (2017), inkl. kjøp som erstatter kommunal egenproduksjon og fratrukket kommunens investeringer.
- Kommunen leverte 4,8 millioner timer praktisk bistand og 1,8 millioner timer hjemmesykepleie (2017) til kommunens brukere av hjemmebasert omsorg.

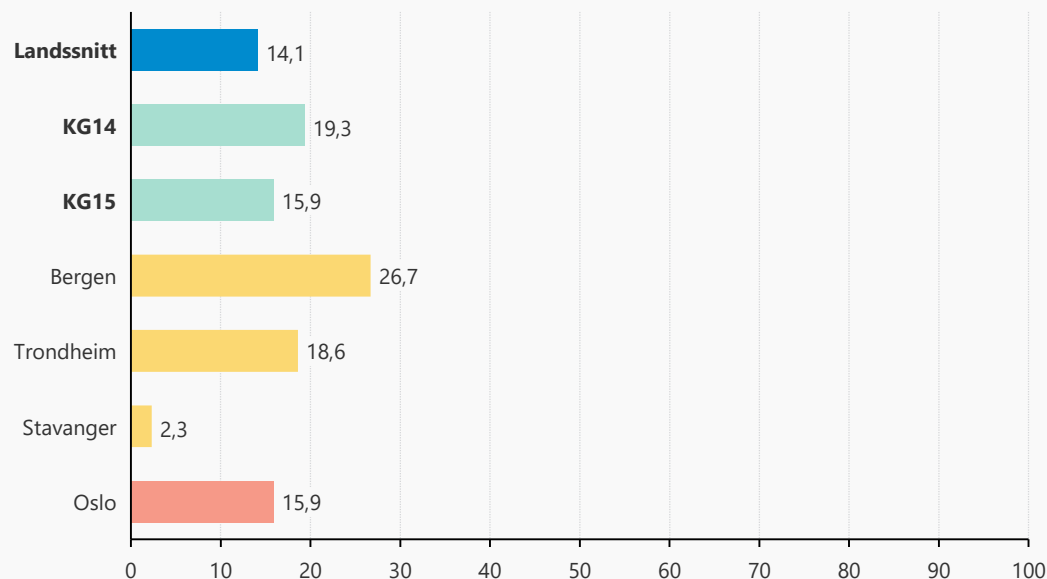
Kjøp fra eksterne til hjemmebasert omsorg (2017): KOSTRA-gruppe 14 og 15

Kommunens andel av brutto driftskostnader til hjemmebasert omsorg som går til kjøp fra eksterne som erstatter kommunale tjenester



Kartlegging av ernæring for hjemmeboende: KOSTRA-gruppe 14 og 15

Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus (2017)



Andel brukere av helsetjenester i hjemmet (67 år og eldre) som har fått kartlagt sin ernæringsstatus

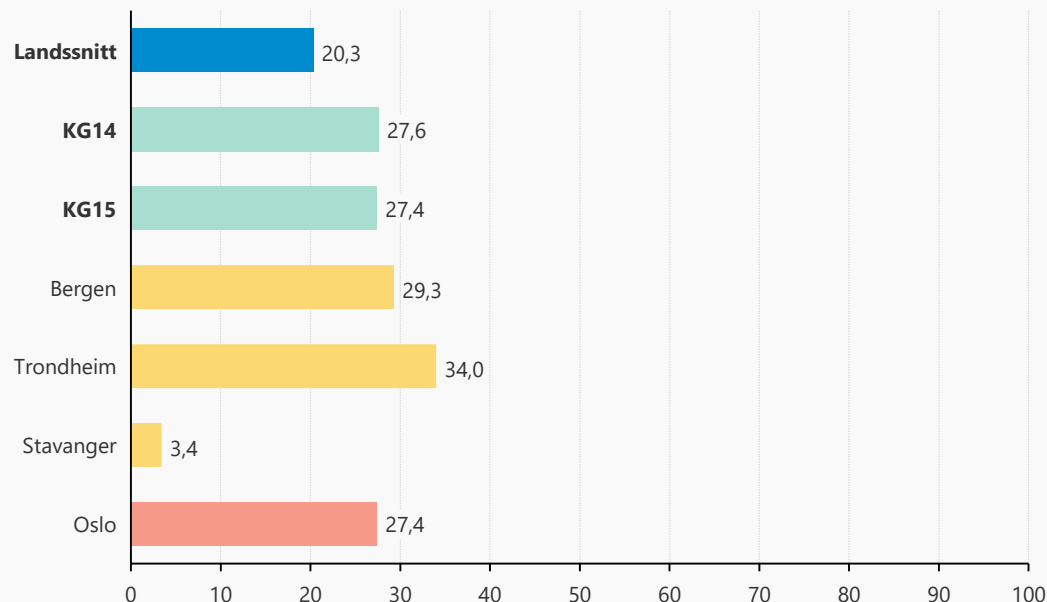
Helsenorge.no oppgir at 20-60 % av hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, er underernærte eller i fare for å bli det. Underernæring gjør at man lettere får infeksjoner, får nedsatt fysisk og mental funksjon og redusert livskvalitet.

Å vurdere ernæringsmessig risiko gjennom en kartlegging er et første steg til å avdekke underernæring og utarbeide individuelle ernæringsplaner.

[Les mer på Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med kognitiv svikt: KOSTRA-gruppe 14 og 15

Andel hjemmeboende med kognitiv svikt som mottar dagaktivitetstilbud (2017)



Andel hjemmeboende med kognitiv svikt som mottar dagaktivitetstilbud

Kognitiv svikt hos eldre omfatter flere tilstander, deriblant demens, depresjon, og forvirringstilstand (delir) mm. Det er trolig store mørketall for antall demente, siden diagnostiseringen ofte tar lang tid fra sykdommen inntreffer.

Demensplan 2020 har som mål at personer med demens skal få muligheter til å leve et aktivt liv, og pårørende skal gis støtte og avlastning. Når Demensplan 2020 er gjennomført skal kommunene ha en lovfestet plikt til å tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens.

[Les mer på Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

Eiendomsdrift og renhold

3

NHO Service og Handel har undersøkt og analysert kommunens ressursbruk innen **eiendomsdrift** og **renhold**. Det er utført effektivitetsanalyse (DEA) for eiendomsdrift og renhold samlet, og kommunen ses opp mot kommuner i samme KOSTRA-gruppe. Det er ikke målt kvalitet innen renhold og eiendomstjenester fordi det ikke foreligger kommunale tall for dette, men det presenteres forslag til kvalitetsindikatorer som kan benyttes til å bedre tjenestekvaliteten.

Kapittelets innhold

1. Effektivitetsanalyse (DEA)
2. Kommunes kostnader og effektiviseringspotensial
3. Kvalitet innen eiendomsdrift og renhold

Effektivitetsanalyse: innsatsfaktorer og tjenesteleveranse

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

Innsatsfaktorer i analysen relatert til kostnader:

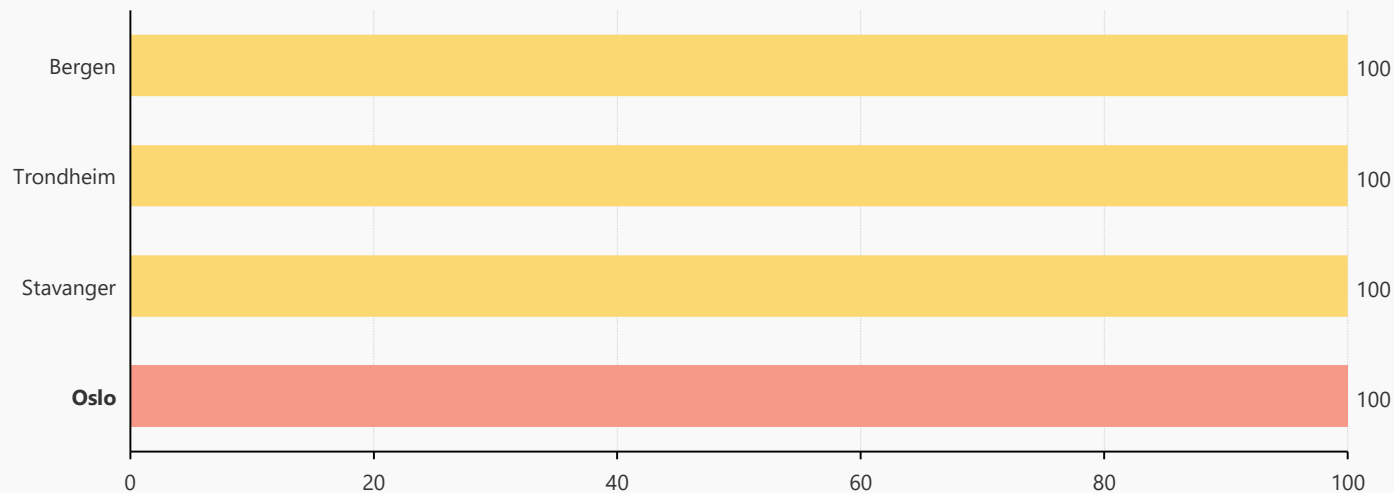
- Korrigerte brutto driftskostnader til driftsaktiviteter i kommunale formålsbygg
- Korrigerte brutto driftskostnader til renholdsaktiviteter i kommunale formålsbygg

For analyse av **økonomisk effektivitet** er innsatsfaktorene sett opp mot benyttet areal i kommunale formålsbygg:

- Areal i kommunens administrasjonslokaler (kvadratmeter)
- Areal i barnehager, skoler og institusjoner kommunen drifter (kvadratmeter)
- Areal i kultur- og idrettslokaler (kvadratmeter)

Kostnadseffektivitetsanalyse: KOSTRA-gruppe 14 og 15

Kostnadseffektivitetsscore renhold og eiendomsdrift (2017)



Kvalitet innen eiendomsdrift og renhold

NHO Service og Handel har ikke analysert kvalitet innen renhold og eiendomstjenester fordi det ikke foreligger kommunale tall for dette. Til høyre er det presentert eksempler på mulige indikatorer som kan måle kvalitet. Ved å benytte kvalitetsindikatorer kan kvaliteten i tjenesten bli bedre.



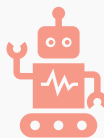
Miljø, gjennom måling av kjemikaliebruk, energieffektivitet, plasthåndtering, bærekraft og sertifiseringer



Responstid når det oppstår behov



Opplevd kvalitet på tjenesten og/eller brukertilfredsheten

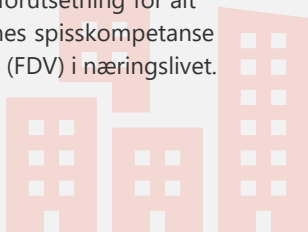


Evne til å nyttiggjøre seg av ny teknologi for å effektivisere driften av tjenesten

Eiendomsdrift og renhold

Eiendomsdrift

- Norske kommuner utfører de fleste av oppgavene knyttet til drift og vedlikehold selv, og kommunen forvalter dermed store verdier knyttet til bygg og utearealer.
- Kommunene har en rekke ulike serviceoppgaver som også må ivaretas slik at bygningsmasse og utearealer til enhver tid skal holde en god standard. Dette gjelder alt fra resepsjonstjenester og kantine, til vaktmester, snøbrøyting og gartnertjenester.
- Sammensetningen av ulike kommunale formålsbygg vil påvirke kommunens snittkostnad pr. kvm. For eksempel er tjenestene pr. kvm. ofte dyrere i førskolelokaler enn i administrasjonslokaler.
- Velfungerende formålsbygg er en forutsetning for alt kommunene skal gjøre, og det finnes spisskompetanse på forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) i næringslivet.

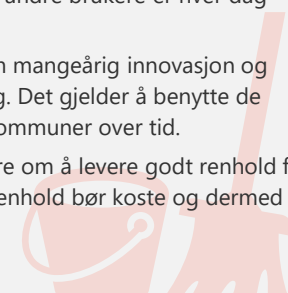


Renhold

- Godt renhold er en forutsetning for fungerende lokaler, helse og trivsel. Spesialiserte tjenester muliggjør en bedre hverdag for de ansatte og mer effektivt arbeid. Ansatte, elever, innbyggere og andre brukere er hver dag avhengige av velfungerende renholdstjenester.
- Beste praksis innen renhold er utviklet gjennom mangeårig innovasjon og erfaring. Moderne og effektivt renhold er et fag. Det gjelder å benytte de beste på området og dele erfaringer mellom kommuner over tid.
- Det er en fordel om flere aktører kan konkurrere om å levere godt renhold for kommunen. Det gir kunnskaper om hva godt renhold bør koste og dermed grunnlag for bedre ressursbruk.

Private kan bidra med

- Spesialiserte planleggingsystemer som bygger på erfaringer fra renhold av millioner av kvadratmeter i alle typer bygg i kommuner over hele landet.
- Velprøvde opplæringsystemer 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.



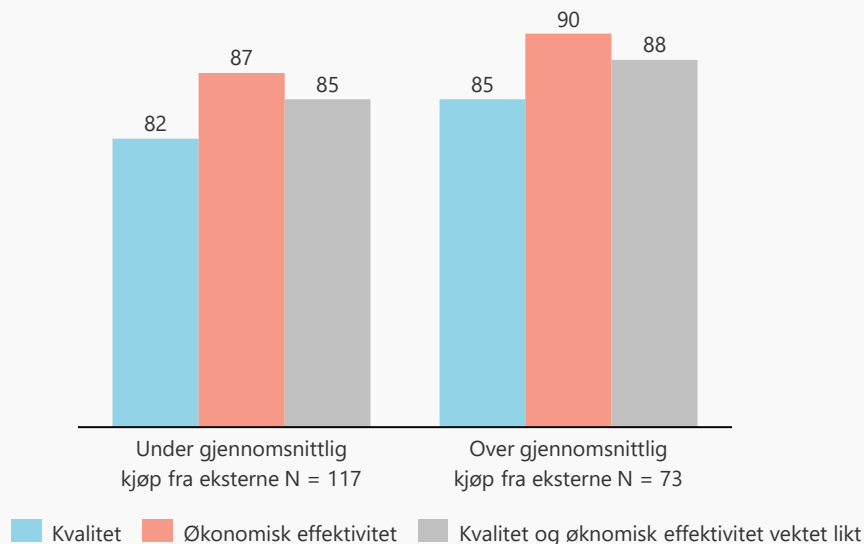
4

Når samarbeid fungerer

Denne seksjonen omhandler kjøp fra eksterne aktører, kvalitet og kostnadseffektivitet. Det presenteres fordeler ved samarbeid med eksterne leverandører og andre aktuelle samarbeidsformer enn konkurranseutsetting. I tillegg veiledes det i hvordan kommunen kan gå frem for å samarbeide med eksterne.

Er det noen sammenheng mellom kjøp fra eksterne, kvalitet og kostnadseffektivitet?

Gjennomsnittlig score (0 – 100) for kvalitet og økonomi innen pleie og omsorg, etter hvor mye av omsorgstjenestene som kjøpes av eksterne (2017)



Kjøp er målt i andel av kommunens samlede kostnader til omsorgstjenestene (hjemmebasert og i institusjon) som går til kjøp fra private som erstatter kommunal egenproduksjon. Her inngår også kostnader til kjøp av vikar- og bemanningstjenester. Kilde for tallene er SSB tabell 12367.

NHO Service og Handel har beregnet kvalitets- og effektivitetsscore for alle kommuner med tilgjengelige tall på kvalitet og kostnader innen omsorg – totalt 190 kommuner:

- I snitt bruker norske kommuner 6,4 % av kostnadene til helse og omsorg på eksterne leverandører
- For kommunene med kjøp eksternt i større grad enn snittet, var prestasjonen fra kvalitets- og effektivitetsanalysen høyere enn for de andre kommunene
- Prestasjonen for både kvalitet, økonomi og dermed vektingen av begge, var høyere for kommuner med høyere andel kjøp fra eksterne

Samarbeid 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.

I **Leve hele livet*** finnes gode og konkrete eksempler på måter kommuner har skapt kvalitet og livsglede i tilbudet til sine eldre. Ved å åpne for flere aktører i tjenestetilbudet og derigjennom lære og utveksle erfaringer, kan kvaliteten på tjenesten bedres vesentlig.

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 veksler på private aktørers brede erfaring fra flere andre kommuner i spørsmål som implementering av velferdsteknologi, nye tjenestekonsepser 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.

Villa Skaars modell

- En rekke kommuner på Østlandet får med hjelp av Villa Skaar utvidet sykehjems-kapasitet når de trenger det.
- Denne modellen for samarbeid er økonomisk gunstig for kommunen.
- Villa Skaar har 106 beboerplasser fordelt på fire sykehjem i Sylling, Jevnaker og Vestfossen.
- Nye plasser er under utvikling i Oslo og på Eidsvoll.

[Se filmen om Villa Skaar her](#)



Satser på samskaping med kommuner

- Noen AS tilbyr aktivitets- og omsorgstjenester, og har spesialisert seg på tjenester til personer med demens.
- Hovedfokus til Noen er at mennesker med demens skal være ressurs i eget liv, der målet er å forebygge inaktivitet.
- En Noen-veileder kommer hjem til den demente for å sammen gjøre noe vedkommende syns er meningsfylt.
- Noen AS har i dag flere avdelinger i Trøndelag, Nordland og Hordaland, og de samarbeider med flere kommuner.
- Noen skal være et komplementært til de allerede eksisterende kommunale tilbudene.

«Vi har veldig gode erfaringer med Noen AS. Vi stoler på hverandre og det er tillit mellom partene. Vi ønsker å skape noe sammen og det er en forutsetning for et godt samarbeid. Vi er likeverdige partner som sammen skaper tilbudet».

Janne Mo,
rådgiver/prosjektleder i Fjell kommune

[Se filmen om Noen AS her](#)



[Samarbeid gir gode resultater – se flere eksempler her](#)

Oslo har lykket med velferdsmiksen

Oslo er et eksempel på en kommune som gjennom valgfrihet og velferdsmiks har oppnådd høyere fagdekning og bedre kvalitet i sine omsorgstjenester.

- Kontraktsfestet fagdekning er høyere i de konkurranseutsatte sykehjemmene enn i sykehjemmene kommunen driver selv
- De private har i kommunens egne kvalitetsmålinger i snitt scoret høyest på pleiefaglig kvalitet i perioden 2007-2017 (med ideelle på andreplass, og kommunen på tredjeplass)
- De ideelle sykehjemmene har scoret best på pårørendeundersøkelser i perioden 2010-2017 (med de private på andreplass, og kommunen på tredjeplass)
- Velferdsmiksen har også hatt økonomisk gunstig effekt for Oslo, men de økonomiske forskjellene i pris pr. vektet sykehjemsplass mellom private, ideelle og kommunale sykehjem har vært avtagende etter 2017 som blant annet følge av fagdekning på over 80 prosent i de nyeste kontraktene
- Dette er gevinster og et mangfold som forsvinner ved kommunalisering av tjenestene

Bergens kommunalisering av Søreide og Odinsvei

- Sykehjemmene Odinsvei og Søreide ble kommunalisert i 2016. Sykehjemmene var blant Bergens mest populære. Aleris, som hadde drevet Søreide sykehjem siden etableringen fikk kontrakten avsluttet til tross for å ha levert god kvalitet til en lavere kostnad enn sykehjemmene kommunen drev i egen regi.
- Tilfredsheten blant beboere og pårørende var høy og mange henvendte seg til sykehjemmene for å få plass.
- Odinsvei bosenter har hatt sykefravær ned i 3 prosent, og har vært beste IA-bedrift i Hordaland.
- Søreide sykehjem vant omsorgsprisen i Bergen, som første sykehjem som har klart det.
- Søreide har også vunnet HMS-prisen i Hordaland og en pris som beste arbeidsplass

Bergen har senere utlyst anbudskonkurranse om drift av nye Siljuslåtten sykehjem, men kun forbeholdt ideelle aktører. [Haraldsplass Diakonale Stiftelse](#) åpnet sykehjemmet april 2019.

«Vi har alle valgt å arbeide i et privat selskap, og medlemmene våre ønsker å fortsette. Vi har det godt her. Ingen har snakket med oss, så kanskje de ikke har satt seg inn i hvordan ting drives her, og hvordan vi har det.»

-Sykepleierforbundets (NSF) tillitsvalgte på Søreide Sykehjem

«Vi er vet at vi kan oppnå en bedre pensjonsordning i kommunen, men vi som har jobbet her en stund verdsetter også andre verdier. Byrådet burde se på hva Aleris har fått til før de gjør slike endringer»

- Tillitsvalgt for hjelpepleierne organisert i Fagforbundet

Konkurranse på like vilkår

De beste tjenestene får vi når private og ideelle får **konkurrere på like vilkår – i en velferdsmiks**. Det viser **anbudskonkurransen i Stavanger** i 2017, der det ble bestemt at kommunen skulle konkurrere på like vilkår som private og ideelle tilbydere, og at kvalitet skulle være avgjørende. Ikke pris.

Seks tilbydere deltok og scoret som følger av 10 mulige poeng:

- 1) Attendo Velferd AS scoret best med en score på 9,65 poeng
- 2) Aleris Omsorg, som driver sykehjemmet i dag fikk 9,03 poeng
- 3) Norlandia Care Norge (8,55 poeng)
- 4) Abri Vekst (8,03 poeng)
- 5) Kommunal egenregi (5,18 poeng)
- 6) Den eneste ideelle tilbyderen, Diakonhjemmet Omsorg (4,05 poeng)

Vurderer din kommune et samarbeid med private?

- NHO Service og Handel bistår kommuner på veien til et vellykket samarbeid med private tjenesteleverandører
- For NHO Service og Handel er det viktig at kommunene lykkes med samarbeid og konkurranse som virkemiddel. Gode eksempler har stor overføringsverdi til andre kommuner.
- Uavhengig av tjenesteområde kan det være hensiktsmessig å gjennomføre en leverandørdialog. For kommunens del er dette en måte å gjøre seg kjent med mulige tilbydere og deres forventninger.

Viktige forbehold

- Som alltid ved slike analyser, er det begrensninger og usikkerhet knyttet til resultatene.
- Tallene for mulige effektiviseringsgevinster må tolkes som indikasjoner og anvendes deretter. De er ikke egnet for budsjettarbeid.
 - Kommunen sitter selv på informasjon som kan forklare variasjoner i tall.
 - Kommunen kan ha rapportert feil i KOSTRA.
 - Det finnes foreløpig få tall som beskriver tjenestekvalitet. NHO Service og Handel ønsker flere og bedre nasjonale kvalitetsindikatorer og lik praksis for måling av disse i kommunene. Analysene er foretatt med indikatorene som foreligger.
- Kommuner med «ekstremverdier» i grunnlagstall som vi ikke har fått korrigert i dialog med kommunen, eller manglende kvalitetstall er ikke analysert.
- Effektiviseringsanslaget i denne analysen er ikke en fasit for et kostnadsnivå en kan oppnå innen kommunal tjenesteproduksjon, men det er en indikator på hvilket potensial som foreligger.
- Alle kostnadstall og gevinster i kommuneanalysen er avrundet, og dette gir et redusert presisjonsnivå og kan gi skjevheter når tallene summeres. Ved indikasjoner på store ressursgevinster bør den enkelte kommune gjøre en gjennomgang av egne kostnader og vurdere tiltak for å sikre en fortsatt god dekningsgrad og anvendelse av ressursene.
- Det er ikke slik at kvalitetsmålingene som inngår i analysen tar høyde for alt. Det er noen avgjørende mål for kvalitet som ikke er inkludert i analysen fordi det ikke finnes tilstrekkelig tallgrunnlag for mer enn en håndfull kommuner. Bruker- og pårørendeundersøkelser, for eksempel. Kommunen kan også ha rapportert feil eller mangelfullt.