



Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester

2018

HELSEDIREKTORATET

AGENDA
KAUPANG



PROBA
samfunnsanalyse

OPPDRAGSGIVER: Helsedirektoratet

RAPPORT NR: R9272-05

RAPPORTENS TITTEL: Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester

ANSVARLIG KONSULENT: Kjell Egil Værnor

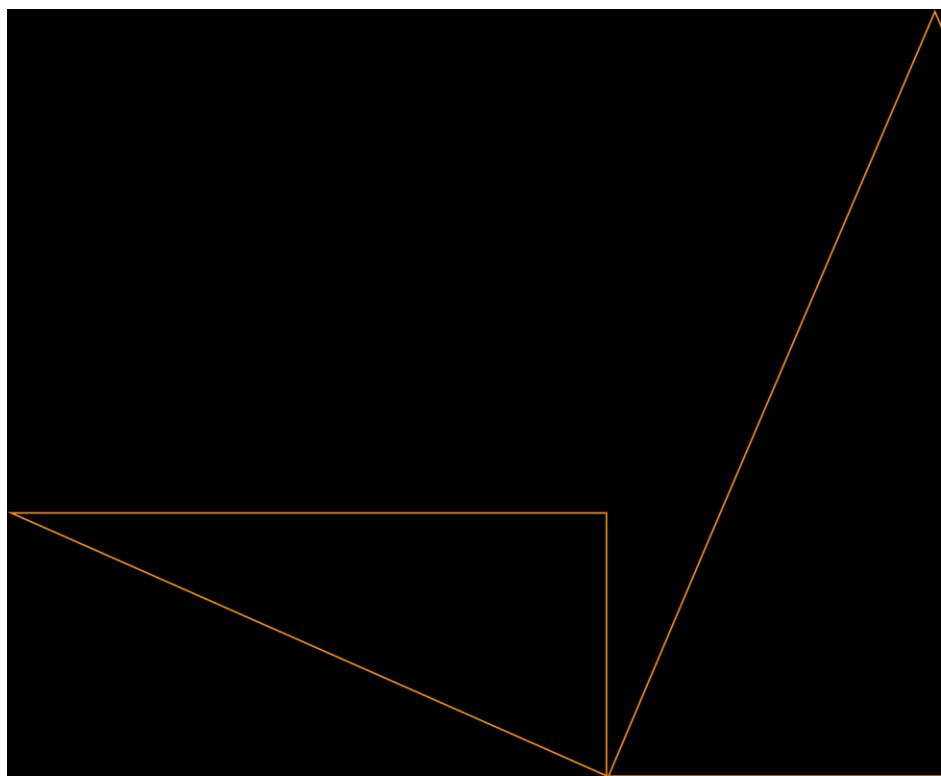
KVALITETSSIKRET AV: Dag Stokland

DATO: 03.12.2018

Forord

Dette er den tredje hovedrapporten i følgeevalueringen av Helsedirektoratets forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapporten er utarbeidet på oppdrag for Helsedirektoratet. Agenda Kaupang og Proba Samfunnsanalyse står ansvarlig for innholdet i rapporten. Rapporten er skrevet av Kjell Egil Værnor (ansvarlig konsulent), Per Schanche og Jonas Rusten Wang i Agenda Kaupang, og Audun Gleinsvik og Rune Busch i Proba Samfunnsanalyse.

Den første hovedrapporten (2016) var en nullpunktsmåling som kartla status i kommunene ved oppstart av forsøket, mens den andre (2017) analyserte utviklingen ett år inn i forsøksperioden. Denne rapporten analyserer hvordan utviklingen har vært i løpet av de to årene forsøket har pågått.



Innhold

Forord	3
Innhold	6
1 Sammenheng	7
2 Bakgrunn	11
2.1 Om forsøket.....	11
2.2 Finansieringsmodell.....	12
2.3 Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier.....	15
2.4 Verktøy i tjenestetildelingen.....	16
2.5 Kompetanseutvikling og opplæring.....	16
3 Evalueringsdesign og metode	18
3.1 Mandat for evalueringsoppdraget.....	18
3.2 Evalueringsdesign.....	19
3.3 Kontrollkommuner.....	19
3.4 Operasjonalisering av forsøkets målsettinger.....	20
3.5 Hvordan måle effekter av forsøket over tid?.....	23
3.6 Generaliserbarhet.....	25
3.7 Datainnsamling.....	26
4 Endringer i forsøkskommunene	34
4.1 Os.....	34
4.2 Stjørdal.....	40
4.3 Lillesand.....	46
4.4 Hobøl.....	54
4.5 Spydeberg.....	60
4.6 Selbu.....	65
5 Indikatorer	72
5.1 Utforming av tjenestetilbudet.....	73
5.2 Brukermedvirkning i tildelingen.....	93
5.3 Kompetanse og samhandling.....	103
5.4 Rutiner og verktøy.....	108
6 Økonomiske effekter av forsøket for kommunene	116
6.1 Utbetalingen av tilskudd i 2017.....	116
6.2 Beregning av økonomiske gevinster.....	120
7 Oppsummering og vurdering	121
7.1 Hvordan har forsøket påvirket kommunenes tildelingspraksis?.....	121
7.2 Hvordan har forsøket påvirket kommunenes tjenester?.....	123
7.3 Hvilken del av forsøket har gitt endringer i tildelingspraksis og tjenester?.....	127
7.4 Har forsøket gitt økt likebehandling?.....	130
7.5 Har forsøket gitt riktigere behovsdekning for innbyggerne?.....	130

1 Sammendrag

Denne rapporten er tredje rapport i følgeevalueringen av Helsedirektoratets tre-årige forsøk med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester, heretter kun omtalt som «forsøket»¹. Den overordnede målsettingen med forsøksordningen er å teste ut om statlig finansiering og statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester vil gi:

- ▶ **Økt likebehandling** på tvers av kommunegrensene, og
- ▶ **Riktigere behovsdekning** for innbyggerne

De seks kommunene som har deltatt i forsøket har vært inndelt etter to modeller – A-modellen med fire kommuner og B-modellen med to kommuner – som har vært ulikt innrettet med tanke på finansieringsmodell og krav til tildelingsprosessen. Intervensjonen som forsøket utgjør består grovt sett av tre deler:

- ▶ **Endret finansieringsmodell.** Helse- og omsorgstjenester i A-kommuner har i stor grad blitt finansiert gjennom enhetspriser for ulike tjenester, mens B-kommuner har fått et tilskudd fra staten som utgjør en budsjetttramme for disse tjenestene. Dette har erstattet kommunens tidligere utgifter til helse og omsorg. Begge modeller har inkludert et inntekstpåslag på 4 prosent.
- ▶ **Krav til tildelingsprosessen.** A-kommuner har måttet tilfredsstillende en rekke krav til tildeling av tjenester, og de har fått nye verktøy å bruke i dette arbeidet.
- ▶ **Kompetanseutvikling.** Kommunene – spesielt A-kommunene – har tatt del i en kompetanse- og utviklingsprosess. De har blant annet deltatt på en rekke samlinger og arbeidet målrettet med IT-systemer, maler, rapportering, saksbehandlingspraksis mv. i samarbeid med Helsedirektoratet.

Denne evalueringen går gjennom hvilke endringer som har skjedd i kommunene etter to års deltagelse i prosjektet. Den beskriver og vurderer hvilke effekter forsøket kan ha hatt på utviklingen i kommunene, og om de overordnede målene for forsøket blir nådd.

Forsøket har gitt mer profesjonell tildelingspraksis og økt kompetanse i kommunen

Flere forhold tyder på at tildelingsprosessen i A-kommunene har blitt vesentlig styrket som følge av deltagelse i forsøket. Følgende punkter er gjennomgående:

- ▶ **Økt kompetanse og samhandling.** A-kommunene har gjennom forsøket fått midler til å øke kapasiteten og den faglige bredden i tildelingsenheten. Forsøket har også styrket samhandlingen med andre deler av kommunen, fortrinnsvis innen økonomi.
- ▶ **Nyttige verktøy i tildelingsprosessen.** Kommunene har tatt i bruk nye verktøy i tildelingen, og disse oppleves som nyttige. Den nye samtaleguiden og mal for søknad om tjenester er eksempler på dette. Dette har blant annet hjulpet kommunene med å oppnå en bedre forståelse av brukerens situasjon og mål.
- ▶ **Brukermedvirkningen oppleves som styrket.** De ansatte innen tildeling opplever at de kartlegger brukerens situasjon grundigere enn tidligere, og vektlegger hva som er viktig for brukeren. Informasjon fra brukere og pårørende er ikke entydig om hvorvidt brukermedvirkningen har blitt styrket som følge av forsøket. Det er imidlertid et lite utvalg som har deltatt, og svarene viste generell tilfredshet med kommunen også før forsøket startet.
- ▶ **Bedre vedtakspraksis.** A-kommunene fatter vedtakene sine mer enhetlig enn tidligere, og fastsetter tydeligere mål for brukeren. De ansatte opplever at de er blitt dyktigere innen saksbehandling og de juridiske aspektene knyttet til vedtakene. Kommunen revurderer

¹ Forsøket omtales internt som «SIO-prosjektet».

vedtakene hyppigere, og flere mener at det har blitt bedre samsvar mellom vedtak og faktiske utførte tjenester.

- ▶ **Bedre styringsgrunnlag.** Administrasjonen i A-kommunene trekker fram at kombinasjonen av økte rapporteringskrav, opprydding i vedtakskoder og økt oppmerksomhet om god tildelingspraksis har gitt et betydelig bedre grunnlag for å forstå tjenestebildet i kommunen og styre tjenestene basert på fakta.

Den samlede ressursbruken knyttet til tildeling og administrasjon har økt i forhold til slik det var før forsøket. Likevel var det største administrative arbeidet forbundet med oppstarten, der det var mye jobb med opplæring, gjennomgang av koder osv. Økningen i administrativ ressursinnsats er primært knyttet til grundigere arbeid med vedtak og kartlegging, i tillegg til noe mer jobb forbundet med tilskuddsordningen og kontroll av denne.

B-kommunene har i liten grad måttet forholde seg til føringene for tildelingsprosessen. En tilsvarende utvikling kan derfor ikke påvises i de to B-kommunene.

Forsøket har økt kostnadene til tjenestene, men ikke antall brukere

Gjennomgangen av tallmateriale viser en betydelig økning i A-kommunenes kostnader på en del områder. Følgende trekkes fram som hovedtrekk i utviklingen.

- ▶ **Økte kostnader til pleie- og omsorgstjenester for samtlige brukergupper.** A-kommunene har gjennom forsøket økt sine kostnader med om lag 15 prosent fra 2015 til 2017. Økningen skjer jevnt over de fleste tjenester og brukergupper. Selv om deler av dette skyldes sterk demografisk vekst bidrar det ikke til å forklare hele økningen.
- ▶ **Videreføring av satsing på hjemmebaserte tjenester.** Det er lite som tilsier at forsøket har svekket kommunenes langsiktige dreining mot hjemmebaserte tjenester. Lavere andel av eldre over 80 år har plass på institusjon, og antall oppholdsdøgn på sykehjem har ikke økt i takt med antall eldre i kommunen.
- ▶ **Betydelig økning i enhetskostnader på sykehjem.** Selv om kommunen viderefører dreining mot hjemmebaserte tjenester, har bruttoutgifter per oppholdsdøgn økt med over 20 prosent fra 2015 til 2017 i A-kommunene. Dette er trolig en kombinasjon av styrket drift (f.eks. økt bruk av vikar ved fravær eller at bemanning er beholdt ved reduksjon av brukere) kombinert med mer langsiktige investeringer (f.eks. i velferdsteknologi og kompetanseheving). Når det gjelder enhetskostnader til helsetjenester i hjemmet har vi ikke tilstrekkelig grunnlag enda til å konkludere på hvordan denne har utviklet seg.
- ▶ **Konvergerende tjenestenivå på noen områder.** For noen typer tjenester ser kommunene ut til å bli likere hverandre i form av at de som hadde lave kostnader har økt disse, mens de som hadde høye kostnader har redusert. Dette gjelder særlig tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne og innen rus og psykiatri.

I tallgrunnlaget og intervjuene med kommunene kommer det fram at forsøket har gjort det enklere å prioritere tjenester og investeringer som enten er reverserbare, eller som kan gi lavere drifts-kostnader på sikt, herunder investeringer i velferdsteknologi, kompetansehevende tiltak og hverdagsrehabilitering.

Forsøket gir økte utgifter for staten og et overskudd for kommunene

Som nevnt over har det vært en markant økning i kommunenes faktiske utgifter til pleie- og omsorgstjenester. Videre har statens utgifter til forsøket blitt høyere enn forventet i A-kommunene. Uttrekket fra rammen til de fire A-kommunene var i 2017 på 980 mill. kr. De samme kommunene fikk tilbake 1 124 mill. kr i form av samlet tilskudd for vedtaks- og rundsumtilskudd, noe som tilsvarer en differanse på 144 mill. kr i 2017. I tillegg til dette kom det forutsatte inntektspåslaget på 32 mill. kr. Dette er altså en økning i overføringer fra staten til de fire kommunene på 23 prosent.

Selv om noe av denne differansen kan forklares ut fra økning i noen tjenester, forklarer dette langt fra hele differansen. Dette betyr at de fire A-kommunene har fått et betydelig overskudd som følge av finansieringsmodellen. Det er flere grunner til at kommunene kommer godt ut av forsøket økonomisk, i tillegg til det forutsatte inntektspåslaget på 4 prosent:

- ▶ Kommunenes enhetskostnader forbundet med de ulike tjenestene er i snitt vesentlig lavere enn tilskuddene for de samme tjenestene i tre av fire kommuner. Forskjeller i enhetskostnader kan blant annet henge sammen med ulikheter i stordriftsfordeler, pleie- og bemanningsfaktorer, bruk av vikar og overtid, turnusordninger, kjøreavstander mv.
- ▶ Rammetilskuddet til kommunene styres av en demografikomponent som blant annet skal kompensere kommunene for økning i antall eldre og andre behovstrengende. Uttrekket som er gjort fra rammetilskuddet justeres ikke fullt ut for demografiske endringer. Det vil si at kommuner som har en sterk økning i antall eldre – noe som er tilfelle for alle A-kommunene – både kompenseres for dette gjennom det generelle rammetilskuddet og gjennom at tjenestene fullfinansieres av staten gjennom forsøket.
- ▶ Kommunenes egenandel for det øremerkede tilskuddet for ressurskrevende brukere var på 138,9 mill. kr i 2015. Dersom kommunene ikke hadde vært med i forsøket ville egenandelen vært på 169,2 mill. kr i 2017. Mesteparten av økningen blir finansiert gjennom vedtaks-tilskuddet, og dette har gitt en gevinst for kommunene

Det er viktig å understreke at kommunenes overskudd er øremerket til pleie- og omsorgstjenester. Deler av dette overskuddet brukes, eller er planlagt brukt, på langsiktige tiltak, slik som hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi og kompetanseutvikling blant de ansatte.

Mekanismene i finansieringsmodellen har i liten grad påvirket kommunene

Forsøket har påvirket kommunene på mange måter. Vår vurdering er imidlertid at den viktigste drivkraften for endringer i forsøket har vært kombinasjonen av krav til tildelingsprosessen og kompetanseutviklingen som har skjedd som en del av forsøket.

Finansieringsmodellen har først og fremst effekt gjennom å øke de totale midlene til disposisjon for kommunens pleie- og omsorgstjeneste, ettersom dette trolig har gitt rom for økt kostnadsnivå. Vi har ingen observasjoner som underbygger at kommunene tilpasser seg de insentivene som ligger i en finansieringsmodell basert på enhetspriser. Insentivene i modellen gjør det gunstig å vedta mange tjenester, men holde kostnaden per tjeneste lav. I prinsippet er det det motsatte som har skjedd i forsøkskommunene. Finansieringsmodellen har imidlertid tvunget fram endringer knyttet til vedtakspraksis og rapportering som har bidratt positivt til forståelsen av tjenestene.

Metodisk utfordrende å generalisere effektene av forsøket

Forsøket har vært et utviklingsprosjekt for alle som har vært involvert, der mye av læringen har skjedd underveis. Det er av flere grunner vanskelig å generalisere resultatene fra dette forsøket til en tenkt situasjon der forsøket gjøres til en permanent ordning for et større antall kommuner.

- ▶ Det er kun fire kommuner, som alle er små eller mellomstore i størrelse, som har implementert modell A. Siden de fleste norske kommuner ikke søkte om deltagelse, og flere av de som søkte trakk seg i oppkjøringsfasen til forsøket, er det risiko for en utvalgsskjevhet der kun de som hadde gode utsikter til å komme gunstig ut av forsøket er de som endte med å delta.
- ▶ Forsøket var tidsavgrenset til 2019 (nå planlagt utvidet til 2022). Det er sannsynlig at kommunene agerer ulikt i en midlertid ordning, sammenlignet med en permanent ordning.
- ▶ Forsøket har bestått av en vesentlig utviklings- og læringskomponent, og deltagerkommunene har vært gjenstand for stor oppmerksomhet fra mange hold. Det er ikke sikkert det ville vært mulig å oppnå den samme effekten dersom forsøket skulle vært implementert i større skala.

2 Bakgrunn

Regjeringen foreslo i statsbudsjettet for 2015 at det skulle gjennomføres et forsøk med statlig finansiering av de kommunale omsorgstjenestene. Den overordnede målsettingen med forsøksordningen var å prøve ut om statlig finansiering og statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester ville gi økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning av tjenester til innbyggerne. Følgende kommuner har deltatt i forsøket, i hhv. Modell A og B:

Modell A:

- ▶ Hobøl
- ▶ Lillesand
- ▶ Os (Hordaland)
- ▶ Stjørdal

Modell B:

- ▶ Selbu
- ▶ Spydeberg

I dette kapittelet gis det en beskrivelse av hvordan forsøket har vært innrettet.

2.1 Om forsøket

Norske kommuner står i dag fritt til selv å innrette tjenestetilbudet i henhold til lokale prioriteringer. Dette innebærer at kommunene innen helse- og omsorgsområdet selv kan bestemme hva de skal tilby av tjenester og hvordan de skal organisere tjenestetilbudet ut fra lokale forhold og behov, så fremt dette er i tråd med de lovmessige kravene kommunene er underlagt, bl.a. gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Det betyr at pasienters og brukeres rett til nødvendige og forsvarlige tjenester, individuell rett til BPA og det generelle kravet til brukermedvirkning og likebehandling, like fullt vil være gjeldende i forsøkskommunene. Samtidig stiller kommuneloven krav om at økonomiplanen og årsbudsjettet skal vedtas med økonomisk balanse, og bygge på realistiske forventninger om utviklingen i inntekter og utgifter.

Forsøksordningen skulle ha to fokusområder:

Brukers behov i sentrum	Lik tildelingsprosess
<ul style="list-style-type: none">▶ Det tilbys tjenester som er individuelt tilpasset ut ifra den enkeltes behov▶ Brukermedvirkning er satt i system	<ul style="list-style-type: none">▶ Riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag er benyttet i behovsvurdering og tjenestetildelingen▶ Likt arbeidsverktøy er benyttet i tildelingsprosessene

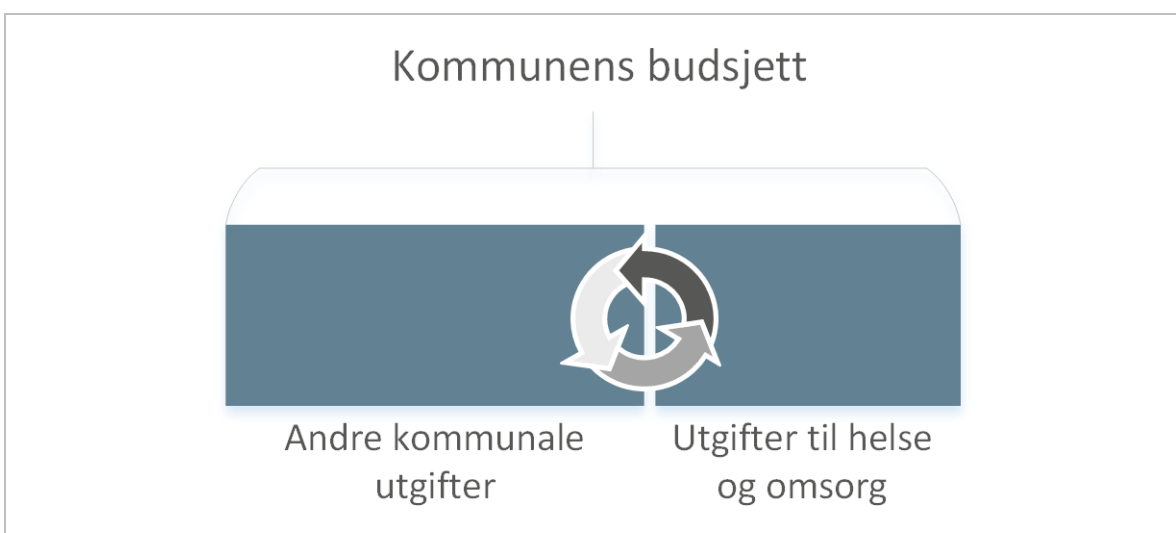
Forsøksordningen skulle inkludere inntil 20 kommuner og vare i tre år med oppstart 1. mai 2016. Selv om det innledningsvis var et større antall kommuner som søkte seg til forsøket, var det mange som i løpet av vinteren og våren 2016 valgte å trekke seg. Til sammen seks kommuner endte opp med å delta i forsøket. Forsøkskommunene ble delt inn i to grupper basert på hvilken modell de følger i løpet av forsøket. De to modellene (Modell A og B) forklares nærmere i de neste avsnittene.

Regjeringens politiske plattform av 14. januar 2018 (Jeløya-plattformen) setter som mål å «utvide prøveordningen med statlig finansiering av omsorgstjenester, både i tid og i antall kommuner». Det ble 12. oktober 2018 sendt ut invitasjon til de seks forsøkskommunene pluss kommunene disse skal slå seg sammen med (Trøgstad, Askim, Eidsberg og Fusa) om å delta i forsøket fram til utgangen av 2022². Det legges her til grunn at alle kommunene skal følge modell A, inklusive de kommunene som til nå har fulgt modell B (Spydeberg og Selbu).

2.2 Finansieringsmodell

Dette avsnittet gir en beskrivelse av finansieringsmodellene som praktiseres i forsøket.

Den ordinære modellen for finansiering av helse- og omsorgstjenester er at dette dekkes over kommunebudsjettet. Hvor mye som bevilges er da gjenstand for lokale prioriteringer. Kommunen står fritt til å avgjøre hvor mye som skal brukes til helse og omsorg, og hvor mye som skal brukes til andre formål i kommunen. Under er en forenklet skisse som illustrerer dette (inkluderer ikke andre finansieringskilder som f.eks. statlige refusjonsordninger). For ordens skyld legges det til at kommunenes inntekter i stor grad kommer gjennom statens ordinære rammetilskudd til kommunen.



Figur 2-1 Forenklet skisse av ordinær finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester

En sentral del av forsøket er at den ordinære finansieringsmodellen for helse og omsorg skulle erstattes med statlig øremerket finansiering. Deltakerkommunene har benyttet to ulike statlige finansieringsmodeller i forsøksperioden: Modell A og Modell B. De to finansieringsmodellene har kommet i stedet for det forsøkskommunene brukte på relevante helse- og omsorgstjenester tidligere.

I forbindelse med forsøket har det derfor blitt gjort et uttrekk fra statens rammetilskudd hos forsøkskommunene, tilsvarende de faktiske netto driftsutgiftene til omsorgstjenestene året forut for forsøksperioden (KOSTRA-koder 234, 253, 254 og 261). Dette uttrekket fra rammen erstattes for begge modeller med øremerkede statlige tilskudd. Øvrige finansieringskilder for omsorgssektoren, eksempelvis egenandeler, har ikke blitt påvirket av forsøket. Omsorgstjenestene som inngår i forsøket og finansiering er nærmere beskrevet i dokumentene *Kriterier for tildeling av omsorgstjenester* (IS-2391) og *Finansieringsmodell for omsorgstjenester* (IS-2392).

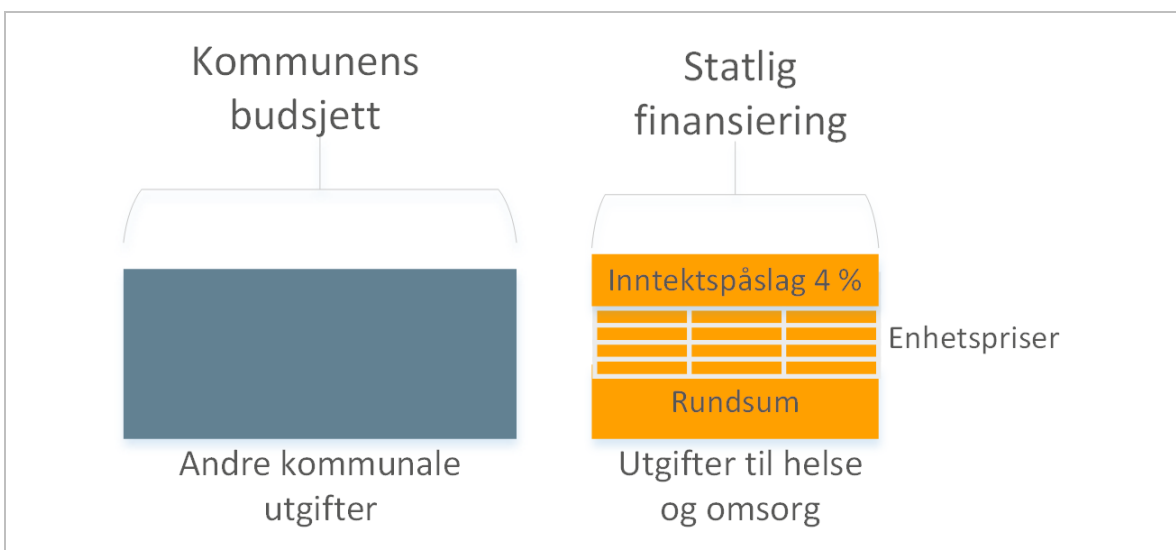
² Hobøl er planlagt slått sammen med Spydeberg, Eidsberg, Askim og Trøgstad. Os er planlagt sammenslått med Fusa.

Felles for begge finansieringsordningene er at forsøkskommunene mottar et årlig inntektpåslag på 4 prosent av kommunens uttrekk, oppad begrenset til 25 mill. kr pr. år. Forsøket var planlagt avvirket 1. mai 2019. Etter dette skulle inntektpåslaget gradvis trappes ned. Nedtrappingen av forsøket beskrives i Helsedirektoratets veileder *IS-2392*. Helsedirektoratet dekker alle direkte kostnader knyttet til planlegging, gjennomføring og evaluering av forsøket, herunder til møter og samlinger. Kommunen må selv dekke kostnader knyttet til reise til møter og samlinger. Som beskrevet tidligere er kommunene nå invitert til å delta i forsøket fram til 2022.

Videre følger en nærmere omtale av finansieringsmodellene som benyttes i henholdsvis A- og B-kommuner.

2.2.1 Modell A

Kommunene som deltar i modell A skal følge statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester. Tildelingskriteriene er beskrevet i *IS-2391 Kriterier for tildeling av omsorgstjenester*. For å sikre en mest mulig lik kartlegging og tilnærming til tildelingsprosessen er det for forsøksordningen utarbeidet felles rutiner og kriterier for arbeidsprosessen ved tildelingskontorene (se omtale under 3.1.3) som skal brukes i tildelingen.



Figur 2-2 Forenklet skisse av finansieringsmodell i A-kommuner

Modell A finansieres gjennom et øremerket rundsumtilskudd, med et årlig inntektpåslag og en statlig prismodell med enhetspriser. Finansieringsordningen og kravene til rapportering er beskrevet i *IS-2392 Finansieringsmodell for omsorgstjenester*. I modell A skal inntektpåslaget gå til tjenesteproduksjon, hvorav inntil 500 000 kr pr. kommune pr. år kan øremerkes til utgifter knyttet til kommunens prosjektgjennomføring, herunder planlegging, administrasjon, rapportering og evaluering. Enhetsprisene i prismodellen skal justeres årlig for lønns- og prisstigning etter en kommunal deflator, jf. *IS-2392*.

Implementering av modell A

For de fire A-kommunene ble det foretatt et uttrekk fra kommunens rammetilskudd tilsvarende forbruket på omsorgssektoren i 2015. I forsøksperioden blir uttrekket justert for lønns- og prisstigningen basert på en kommunal deflator, og en faktor som er ment å dekke økte behov som følge av den demografiske utviklingen.

Kommunen får dekket sine kostnader etter vedtak (stykkpris). I tillegg får de et rundsumtilskudd for å dekke kostnader som ikke er stykkprisfinansiert og et inntektspåslag på 4 prosent av uttrekket som blant annet kan brukes til dekke merkostnader ved deltagelse i forsøket.

Enhetsprisen som blir brukt er felles for de fire A-kommunene. Den metodiske tilnærmingen for å etablere de nasjonale satsene er beskrevet i Helsedirektoratet (2015).³ Satsene er etablert ved hjelp av en kalkyle basert på timelønn. Det er brukt statistikk fra en rekke kilder.

Det er fastlagt enhetspriser for utvalgte tjenester. Disse tjenestene har tidligere vært finansiert av kommunens frie inntekter og det statlige øremerkede tilskuddet til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester.⁴ Finansieringen gjennom brukerbetaling blir ikke berørt og fortsetter som før.

Fra oppstart i mai 2016 og ut året var det en innkjøringsfase med prismodellen der kun endringen i tjenester ble finansiert med bruk av enhetspriser. Grunnen er at det har tatt tid å etablere vedtak med koder tilpasset opplegget for finansiering. Ordningen har altså ikke blitt praktisert fullt ut før 1. januar 2017. De andre delene av finansieringen med rundsumtilskudd og inntektspåslag ble innført samtidig med at forsøket startet (1. mai 2016). Rent praktisk ble tilskuddene gitt med halvårseffekt – dvs. fra 1. juli 2016, noe som altså var to måneder etter at forsøket startet. Begrunnelsen for dette var at kommunene ikke skulle tilbakebetale allerede utbetalt rammetilskudd.

Hvert år blir det ordinære rammetilskuddet redusert og altså erstattet med den nye finansieringen. Reduksjonen er basert på kommunens nettoutgifter i 2015 for pleie- og omsorgstjenester (234, 253, 254 og 261).

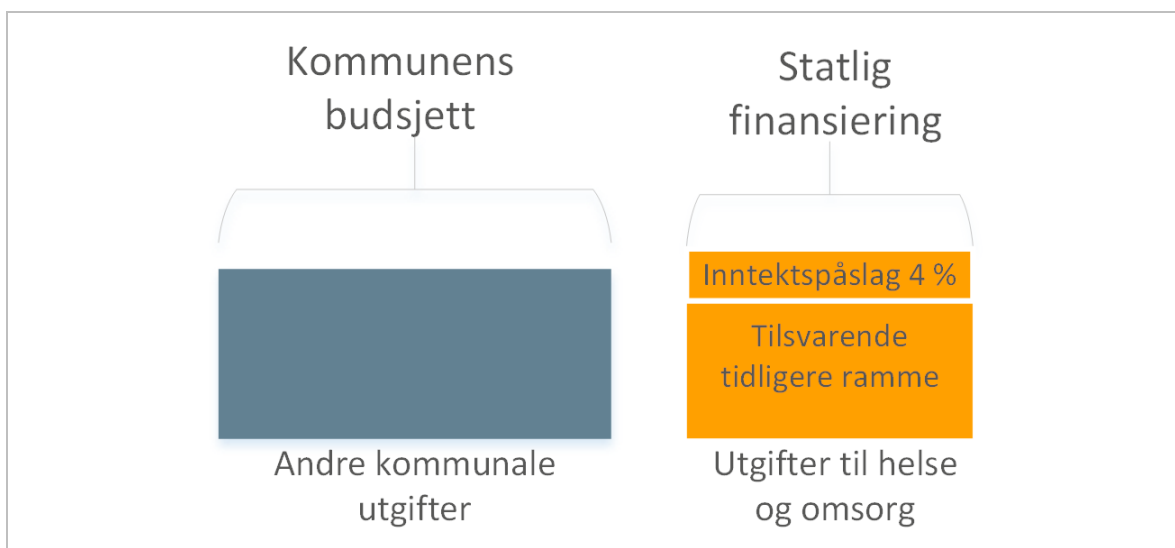
For hvert år ble det så korrigert for pris- og lønnsvekst. Opprinnelig var det planlagt at uttrekket skulle korrigeres for «den generelle veksten i kommuneøkonomien». Kommunene i forsøket har argumentert for at uttrekket da ville bli urimelig høyt. For 2017 ble det valgt en annen metode for korrigerings som gjør at uttrekket har blitt noe redusert. Nivået på korreksjonen er basert på beregninger av betydningen av den demografiske utviklingen for landet som helhet for alle sektorer. I 2017 var det opprinnelige uttrekket justert for med 1,26 prosent. Det korrigerede uttrekket er justert med en vekst på 0,70 prosent. Korreksjonen er felles for alle A- og B-kommunene.

2.2.2 Modell B

Kommunens egne tildelingskriterier benyttes for tildeling av omsorgstjenester. Kommuner som deltar i modell B får et øremerket rundsumtilskudd med et årlig inntektspåslag. Finansieringsordningen og rapportering er beskrevet i IS-2392. I modell B gis inntektspåslaget som en del av det øremerkede tilskuddet til omsorgstjenester, uten ytterligere bindinger. Tilskuddet – som er tilsvarende tidligere ramme – justeres også for deflator og demografivekst.

³ Helsedirektoratet 2015: «Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester». Rapport IS-2392

⁴ Helsedirektoratet 2017: Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene Rundskriv IS-4/2017



Figur 2-3 Forenklet skisse av finansieringsmodell i B-kommuner

2.3 Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier

Kommuner i modell A skal benytte kriterier for tildeling av omsorgstjenester som er fastsatt av Helsedirektoratet og beskrevet i *IS-2391 Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester: Kriterier for tildeling av omsorgstjenester*. Dette dokumentet har to hoveddeler:

Arbeidsprosesskriterier

Gjennom arbeidsprosesskriteriene legges det vekt på at tildelingsenhetene skal ha en mest mulig lik prosess for tildeling av tjenester. Disse kriteriene er delt inn fire innsatsområder:

- ▶ *Brukermedvirkning* gjennom at brukeren gis mulighet til å delta aktivt i beslutninger om seg selv. Her står informasjon, kartlegging og dialog med brukere og pårørende sentralt.
- ▶ *Samhandling* skal bidra til helhetlige pasient-/brukerforløp og sikre at tjenestene er koordinerte. Dette forstås både som samhandling med brukeren, og at tildelingsenheten har nødvendige systemer for samhandling og arbeidsflyt med andre aktører, eksempelvis utfører/enhet eller spesialisthelsetjeneste.
- ▶ *Kompetanse* i tildelingsenheten er en forutsetning for at behovsdekningen skal bli riktigst mulig. Med dette forstås både den interne kompetansen tildelingsenheten besitter, og den kompetansen tildelingsenheten trekker inn fra andre fagmiljøer/enheter ved behov.
- ▶ *Rutiner og bruk av verktøy* er en forutsetning for enhetlig praksis på tvers av kommuner. Dette er både rutinene som benyttes i tildelingsprosessen, og egne skjemaer. Dette ble utarbeidet i forbindelse med innføringen av forsøket, og omtales i avsnitt 2.4.

Tjenestekriterier

Det er utarbeidet beskrivelser av tjenestene og vurderingskriterier for de tjenestene det fattes vedtak om. Tjenestekriteriene tar utgangspunkt i kommunens plikt til å sørge for nødvendige, forsvarlige og verdige tjenester til alle som oppholder seg i kommunen.

Kriteriene er fordelt etter kriterier for tjenester til hjemmeboende og kriterier for institusjon. I kriteriene beskrives de enkelte tjenestene ut fra følgende forhold:

- ▶ Hva tjenesten består av/kan bestå av
- ▶ Lovregulering av tjenesten
- ▶ Hva som er formålet med tjenesten
- ▶ Hvem som er i målgruppen for tjenesten

- ▶ Relevante vurderingskriterier
- ▶ Om det kan kreves egenandel for tjenesten eller ikke

Tjenestetildelingen vil i stor grad basere seg på profesjonell og faglig skjønnsutøvelse, og tjenestekriteriene er tenkt som en veiledning og hjelp i denne vurderingen. De skal bidra til at saksbehandler i samarbeid med tjenestemottaker skal kunne vurdere og tydeliggjøre hvilke tjenesteområder som vil være aktuelle, og hvilke tiltak som vil være best egnet.

2.4 Verktøy i tjenestetildelingen

Som en form for operasjonalisering av tjeneste- og arbeidsprosesskriteriene ble det i samarbeid mellom Helsedirektoratet og kommunene utviklet en rekke verktøy som skulle heve kvaliteten på tildelingsprosessen. De mest vesentlige dokumentene inkluderer:

- ▶ *Samtaleguiden*, som skal fungere som et hjelpemiddel i forbindelse med kartleggingsamtaler. Samtaleguiden inneholder en rekke spørsmål om brukerens livssituasjon, forutsetninger og mål. Ved å snakke seg gjennom spørsmålene skal tildelingsenheten settes bedre i stand til å fatte vedtak som gjenspeiler hva som er viktig for brukeren.
- ▶ *Søknadsskjema*, som er dokumentet brukeren (evt. pårørende) fyller inn for å søke om tjenester fra kommunen. Søknadsskjemaene som brukes i hver kommune er utviklet i forbindelse med forsøket, følger det samme oppsettet og er relativt enkle. Det som er nytt er at brukeren ikke søker om en spesifikk tjeneste (f.eks. institusjonsplass), men kun beskriver egne bistandsbehov og mål. Formålet med dette er å gjøre kommunen bedre i stand til å tilby tiltak som passer den enkelte, og som er i tråd med BEON-prinsippet.
- ▶ *Sjekklisten*, som er et dokument de som tildeler skal bruke for å forsikre seg om at de har innhentet tilstrekkelig med informasjon før de fatter et vedtak. Utfylling av sjekklisten er obligatorisk, og den skal også skannes og vedlegges i kommunens EPJ-system.

Helsedirektoratet utarbeidet pilot-dokumenter, som ble testet ut i kommunene i løpet av de første månedene i forsøket. Deretter ble det satt opp møter for å få tilbakemeldinger og forbedre dokumentene. Dokumentene ble endelig godkjent i mars 2017.

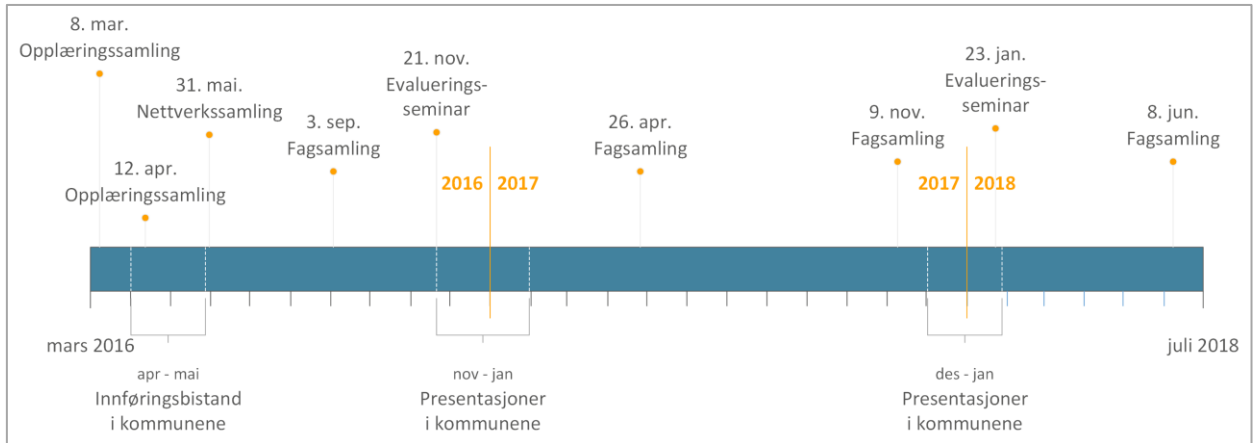
Helsedirektoratet utarbeidet også et e-læringskurs i saksbehandlerveilederen der forsøkskommunene deltok i to workshops. E-læringskurset ble publisert våren 2017 og er i prinsippet tilgjengelig for alle kommuner. Forsøkskommunene fikk imidlertid tilsendt en del materiell i forbindelse med innføring av forsøket.

Videre har Helsedirektoratet og kommunene jobbet med vedtaksmaler og «klart språk». Det har vært arrangert to møter om dette. I tillegg har kommunene fått tilbud om å benytte en konsulent på «Klart språk» i inntil 10 timer til utvikling av språk og vedtaksmaler/brev i egen kommune.

2.5 Kompetanseutvikling og opplæring

Kompetanseutvikling er en viktig del av forsøket. Det har derfor blitt arrangert samlinger underveis for erfaringsutveksling, og kommunene har blitt fulgt opp fortløpende. Kommunene som deltar i forsøket har også fått oppfølging og opplæring fra Helsedirektoratet i samsvar med en fastsatt opplærings- og oppfølgingsplan.

Figuren under viser noen samlinger og andre kompetanseutviklingstiltak forsøkskommunene har tatt del i siden oppstart. A-kommunene har vært invitert til samtlige, mens B-kommunene har deltatt i mindre grad.



Figur 2-4 Tidslinje for opplærings- og kompetanseaktiviteter i forsøksperioden

I tillegg til de formelle kompetansetiltakene ligger mye av læringen i det å gjennomføre forsøket, alt fra tilpasning av IT-systemer og omkoding av vedtak, til nye metoder å kartlegge brukeren på. Det har i denne prosessen vært kontakt på flere plan mellom kommunene, og mellom kommunene og Helsedirektoratet.

3 Evalueringsdesign og metode

3.1 Mandat for evalueringsoppdraget

Evalueringsoppdraget skal finne svar på om modellen med statlig finansiering av omsorgstjenester gir:

1. Økt likebehandling på tvers av kommunegrenser, og
2. Riktigere behovsdekning for innbyggerne

I hvilken grad disse målene nås, skal belyses både underveis og ved avslutning av forsøksordningen.

Helsedirektoratet har operasjonalisert målene og kommet frem til at prosjektet skal føre til:

Brukers behov i sentrum	Lik tildelingsprosess
<ul style="list-style-type: none">▶ Det tilbys tjenester som er individuelt tilpasset ut ifra den enkeltes behov▶ Brukermedvirkning er satt i system	<ul style="list-style-type: none">▶ Riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag er benyttet i behovsvurdering og tjenestetildelingen▶ Likt arbeidsverktøy er benyttet i tildelingsprosessene

Evalueringen skal vurdere grad av måloppnåelse, underveis og ved avslutning av forsøksordningen. Forsøkskommunene i modell A og B skal sammenlignes med kommuner som ikke har deltatt i forsøket.

I tillegg til å vurdere måloppnåelsen skal evaluator underveis i forsøket følge utviklingen i kommunene og gjennom årlige statusrapporter til direktoratet beskrive status og endringer på følgende områder:

- ▶ Omfang på og kompetanse ved tildelingsenhetene
- ▶ Brukernes og pårørendes erfaring med tjenestetildelingen og medvirkning i tildelingsprosessen
- ▶ System for tverrfaglig samarbeid og samhandling innad i tildelingsenheten, mellom tildelingsenhet og utførerenheter og med spesialisthelsetjenesten
- ▶ Brukernes tilfredshet med tjenestetildeling
- ▶ Omfang av klagesaker og utfall av klagesaksbehandling
- ▶ Forholdet mellom vedtak om tjenester og faktisk utførte tjenester, herunder vedtatte/tildelte vs. utførte timer i hjemmetjenesten, tildelte plasser i institusjon vs. plasser til disposisjon
- ▶ Omfang og innretning på forebyggende omsorgstjenester
- ▶ Arbeidsmetoder i kommunene (systemtilpasning, skjema, rutiner)
- ▶ Kommunenes bruk av inntekstpåslaget

I tillegg til denne rapporten har det blitt utarbeidet en egen rapport om økonomisk utvikling og enhetspriser i forsøkskommunene (modell A) til og med 2017 som ble offentliggjort 29. august 2018⁵.

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/analyse-av-okonomisk-utvikling-og-beregning-av-kommunale-enhetskostnader/id2609525/>

3.2 Evalueringsdesign

Denne følgeevalueringen kartlegger og vurderer status på fire målepunkter:

- ▶ 2016: Målepunkt 0 – Nullpunktmåling (kartlegge status før forsøket startet)
- ▶ 2017: Målepunkt 1 – status og utvikling etter ett år
- ▶ 2018: Målepunkt 2 – status og utvikling etter to år (denne rapporten)
- ▶ 2019: Målepunkt 3 – status og utvikling etter tre år og sluttevaluering av forsøket

Målingene tar utgangspunkt i et indikatorsett som evaluator har utarbeidet i forbindelse med forsøket.⁶ På bakgrunn av disse indikatorene vurderes det om det har skjedd vesentlige endringer fra år til år, i tildelingspraksis, brukervedvirkning, kompetanse og hvilke prioriteringer som gjøres i tjenestetilbudet.

Det er imidlertid viktig å understreke at indikatorsettet ikke er det eneste grunnlaget for vurdering av hvordan forsøket påvirker kommunen. I tillegg til indikatorene legges det stor vekt på utfyllende case-beskrivelser av kommunene som har deltatt i forsøket. Dette gir grunnlag for å gå dypere inn i de endringene som har skjedd i de ulike kommunene. Dette er spesielt viktig siden antallet kommuner i forsøket er lavt.

I alle tilfeller må det vurderes grundig i hvilken grad observerte endringer kan tilskrives selve modellen (finansiering, kriterier mv.), andre forhold knyttet til forsøket, eller øvrige faktorer (f.eks. generelle utviklingstrekk, demografi, trender, interne forhold i kommunen mv.).

3.3 Kontrollkommuner

I forbindelse med evalueringen plukket evaluator også ut seks kontrollkommuner som så langt det var mulig skulle speile forsøkskommunene med hensyn til kommuneøkonomi (korrigerede frie inntekter), innbyggertall og geografisk plassering. Kontrollkommunene omtales også som C-kommuner. Kontrollkommunene er:

- ▶ Fjell
- ▶ Østre Toten
- ▶ Søgne
- ▶ Trøgstad
- ▶ Våler (i Østfold)
- ▶ Oppdal

Formålet med å inkludere kontrollkommuner var å skaffe et relevant sammenligningsgrunnlag for de kommunene som deltar i forsøket. Gjennom å definere og rekruttere denne gruppen har vi som evaluator mulighet til å hente inn samme type data (spørreundersøkelse, statistikk, regnskap mv.) fra kommuner som ikke påvirkes direkte av forsøket.

Kontrollkommunene ble rekruttert av evaluator og inngår på frivillig basis, uten å inngå formelt i forsøket. Kontrollkommunenes motivasjon for å delta var først og fremst muligheten til å få økt kunnskap om egne tjenester. Strengt tatt utgjør også deltagelse som kontrollkommune en viss grad av intervensjon som kan påvirke kommunenes utvikling, og gjennom dette svekke deres status som uavhengig sammenligningsgrunnlag. Dette har sammenheng med at det samles inn informasjon i kontrollkommunene. De får tilgang til informasjonen og til sammenligninger med andre kommuner, noe som kan påvirke kontrollkommunenes beslutninger.

⁶ Ettersom det har skjedd vesentlige endringer i rammebetingelsene for evalueringsoppdraget, spesielt reduksjonen i antall deltagende kommuner, har det vært gjort enkelte justeringer i evalueringsdesignet i forhold til som ble beskrevet i det opprinnelige oppsettet.

3.4 Operasjonalisering av forsøkets målsettinger

Nedenfor redegjøres det for vår forståelse av målene og hvordan vi har operasjonalisert målsettingene i indikatorer. I utgangspunktet er det to kriterier for en god operasjonalisering. Det ene er at operasjonaliseringen skal være entydig og presis, for å oppnå høyest mulig grad av reliabilitet i undersøkelsen. Det vil si at datagrunnlaget man bruker for å vurdere hver kommune er pålitelig, enten dette er kvalitative observasjoner eller kvantitative data. Hva som skal måles, må være entydig definert, slik at de observasjonene som gjøres skal kunne sammenlignes på tvers av kommuner.

Det andre kriteriet er definisjonsmessig validitet, det vil si at de indikatorene som brukes stemmer overens med den forståelsen man har av henholdsvis økt likebehandling og riktigere behovsdekning. Den metodiske utfordringen ligger derfor i å definere indikatorer som til sammen dekker de målsettingene som skal vurderes, samtidig som dette er indikatorer som lar seg dokumentere og sammenligne på en enhetlig måte.

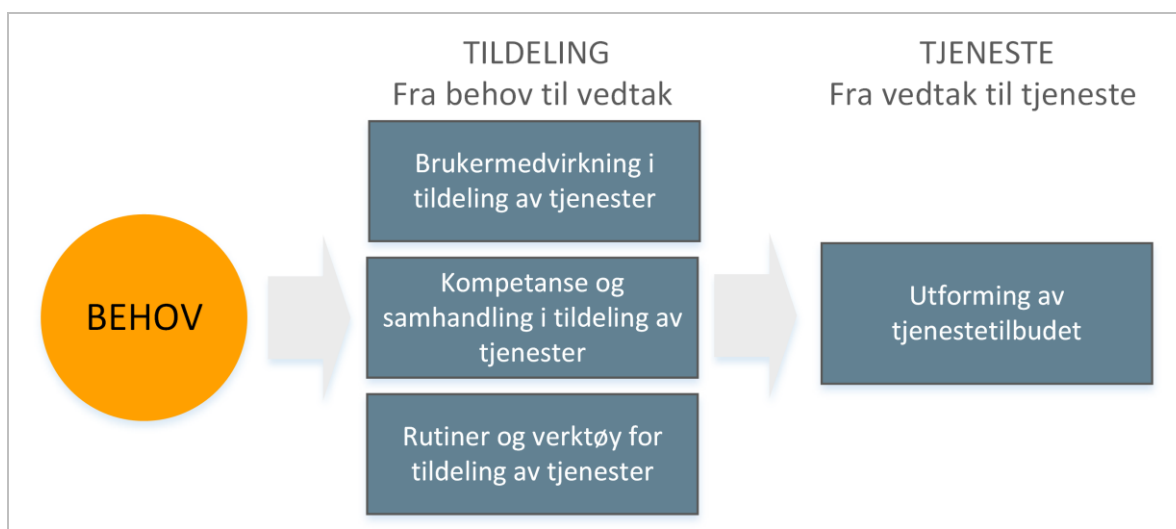
De overordnede målene for forsøksordningen er å prøve ut om en modell med statlig finansiering gir:

- ▶ Riktigere behovsdekning for innbyggerne og brukere av tjenestene
- ▶ Økt likebehandling på tvers av kommunegrensene

Videre følger en drøfting av hvordan de to målene kan forstås.

3.4.1 Hvordan måle riktig behovsdekning?

Måling av samsvar mellom tjenester og behov er en krevende øvelse, ettersom de fleste kriterier for vurdering av behov i større eller mindre grad inneholder innslag av subjektive vurderinger, som trolig vil variere noe etter hvilke saksbehandlere og fagfolk som trekkes inn i vurderingen. Den viktigste grunnen er imidlertid at behovene i stor grad er avhengig av målene og preferansene til den enkelte bruker. Det betyr at de faglige kartleggingene som foretas i kommunene bare utgjør en del av grunnlaget for hvilke tjenester som brukeren bør få.



Figur 3-1 Konseptuell modell av forhold mellom behov og indikatorer for måloppnåelse

Figur 3-1 illustrerer prosessen fra behov til tjeneste. I tildelingsprosessen har vi definert tre delprosesser som vi registrerer i form av indikatorer:

- ▶ brukermedvirkning,
- ▶ samhandling og kompetanse, og

- ▶ rutiner og verktøy.

Denne inndelingen er i tråd med de fire innsatsområdene som identifiseres som sentrale for å sikre måloppnåelse på riktigere behovsdekning og økt likebehandling, jf. Helsedirektoratets veileder *IS-2391 Kriterier for tildeling av omsorgstjenester* side 9. Vi har i vår gjennomgang valgt å slå sammen områdene kompetanse og samhandling da dette i mange tilfeller er overlappende.

Den siste hovedindikatoren brukt i denne analysen gjenspeiler det som ytes av helse- og omsorgstjenester. Her ser vi kommunens tjenestesammensetning på aggregert nivå (omsorgstrappen), og bruker dette til å vurdere hvordan brukernes behov dekkes.

Videre følger en omtale av hvordan disse hovedindikatorerne på ulike måter belyser riktigere behovsdekning.

Vurdering av behovsdekning gjennom innretning av tildelingsprosessen

En betydelig del av intervensjonen i forsøket ligger i å endre praksis for hvordan tjenester tildeles. Et premiss for dette er at en bedre tildelingspraksis vil føre til både riktigere behovsdekning og økt likebehandling av brukere. Vi har i inndelingen av indikatorer knyttet til tildelingsprosessen valgt å speile Helsedirektoratets veileder *IS-2391 Kriterier for tildeling av omsorgstjenester*. Her trekkes brukermedvirkning, samhandling, kompetanse og rutiner/verktøy fram som de viktigste innsatsområdene. Selv om det kun er kommunene i Modell A som er pålagt å bruke veilederen, vil indikatorsettet nedenfor også brukes for å vurdere tildelingsprosessen i B-kommuner og kontrollkommuner.

Brukermedvirkning i tildelingen

Brukermedvirkning er viktig for at brukerne skal kunne ta en mer aktiv rolle og i større grad bli en ressurs i eget liv. Dette stiller høyere krav til omsorgstjenestene, som i større grad enn tidligere må kartlegge og forstå brukerens behov. Videre må omsorgstjenestene gjennom kommunikasjon og støtte tilrettelegge for at brukerne reelt kan delta i beslutninger som angår dem selv.

Tildelingsenhetene skal legge særlig vekt på brukers situasjon og hva som er viktig for brukeren. Det å bevisst stille brukeren spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er blitt trukket fram som et viktig virkemiddel for å få fram hva som egentlig er det viktigste for brukeren.

Kompetanse og samhandling i tildelingen

Kompetanse i tildelingsenheten betyr blant annet at de ansatte innehar relevant grunnkompetanse, samtidig som de er bevisst på å innhente riktig kompetanse ved behov. Dette kan være spisskompetanse det er behov for knyttet til de ulike søkernes behov.

God samhandling med relevante aktører er avgjørende for å sikre at nødvendig kompetanse benyttes i tildelingen. Dette bidrar igjen til å sikre gode pasient- og brukerforløp, og koordinerte tjenester. I denne sammenhengen er det viktig at de som arbeider med tildelingen har god samhandling med de som utfører tjenestene, fastleger, spesialisthelsetjenesten mv.

Kapasitet er et tilliggende område som også vil bli vurdert under dette, ettersom tilstrekkelig kapasitet i tildelingsprosessen er en forutsetning for at fagkompetansen skal kunne brukes i de tilfellene det er nødvendig.

Rutiner og verktøy i tildelingen

For å sikre en mest mulig lik kartlegging og tilnærming i tildelingsprosessen, har det blitt utarbeidet felles rutiner og nye kartleggings- og søknadsskjema til bruk i forsøket. Formålet med disse var å gjøre kommunene bedre i stand til å ha en mer enhetlig praksis for tildeling.

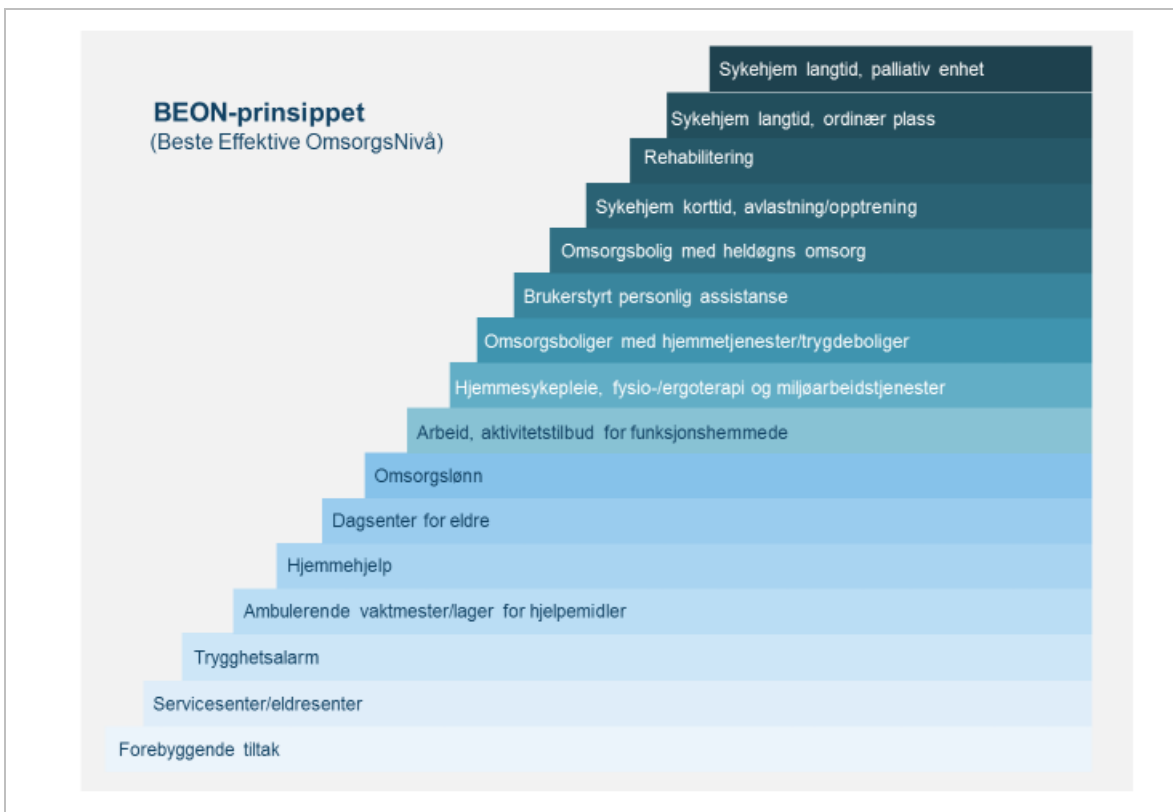
En godt organisert tildelingsprosess vil blant annet kunne innebære at det er samsvar mellom vedtatte og utførte tjenester, og at det jevnlig vurderes om vedtakene bør justeres opp eller ned. Det er også en forutsetning for enhetlig praksis som understøtter likebehandling.

For å kunne gjøre gode vurderinger som blir mest mulig likeartet på tvers av kommuner, er det vesentlig at arbeidsverktøyene, i form av veileder, skjema og IKT-verktøy, i størst mulig grad understøtter en harmonisert praksis. I forbindelse med forsøket er det utarbeidet egne retningslinjer for bruk av dette.

Vurdering av behovsdekning gjennom utformingen av tjenestetilbudet

Selv om intervensjonen i forsøket i utgangspunktet skjer på tildelingsnivå, er det av avgjørende betydning å forstå hvilke implikasjoner dette har for utformingen av tjenestetilbudet. Konsekvenser av endret tildelingspraksis bør i teorien også ha en effekt på tjenestene, f.eks. i form av økning eller reduksjon av ulike tiltak. Dette er derfor en viktig kilde for å belyse om forsøket faktisk bidrar til riktigere behovsdekning. Det vil også belyse andre relevante forhold, f.eks. kommunens ressursbruk.

Det førende prinsippet for å koble behov og tjeneste innen helse- og omsorgstjenestene er LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå), som gjerne kan skisseres i form av en tiltakskjede eller omsorgstrapp, se Figur 3-2. I praksis vil dette si en tilpasset behandling og oppfølging etter det behovet brukerne har for bistand og omsorg. Dette behovet kan imidlertid endre seg, f.eks. dersom en iverksetter rehabiliterende tiltak til eldre mennesker. Det betyr at pasientene ikke skal ligge lenger på sykehus enn hva det er behov for, sett i forhold til en prediksjon av utviklingen i sykdomsbildet. I St.meld. nr. 47 (2008–2009) endres begrepsbruken fra “LEON” til “BEON” (Beste Effektive Omsorgs Nivå). Det er et mål at brukerne i størst mulig grad kan ivaretas innenfor BEON. I dette ligger det en grunnleggende forståelse av at kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver.



Figur 3-2 Omsorgstrappen, BEON-prinsippet

Figuren over viser en teoretisk oversikt over ulike tiltak som er sentrale innen helse- og omsorgstjenestene, og som kan være aktuelle for innbyggere med ulike behov.

Laveste trinn i omsorgstrappen er forebyggende arbeid, trygghetsalarm mv. Øverste trinn er sykehjem, omsorgsbolig med heldøgns bemanning eller tilsvarende tjenester med høy bemanning. For de fleste brukergruppene innen helse- og omsorgstjenestene vil behovet variere over tid. Et behov kan også dekkes på flere måter. Dersom en bruker får tilbud om tilpasset bistand i eget hjem, kan f.eks. en innleggelse i sykehjem ofte unngås eller utsettes. Tilsvarende kan et tilrettelagt tilbud for en person med nedsatt funksjonsevne redusere behov for permanent bemanning, og trygge rammer rundt en bruker med psykiske problemstillinger forhindre én-til-én bemanning. Hvordan kommunene dimensjonerer tiltakskjeden, arbeider etter BEON-prinsippet og vurderer brukernes helhetlige behov, kan ha mye å si for utviklingen i forbruk av pleie- og omsorgstjenester.

Dette er forhold som i stor grad kan belyses gjennom kvantitative analyser av hvordan omsorgstrappen er innrettet. Et overordnet prinsipp i vår vurdering er at en finmasket fordeling av brukere langs hele omsorgstrappen isolert sett vil kunne indikere en riktigere dekning av brukernes behov. Dette må imidlertid ses i forhold til de andre indikatorene.

3.4.2 Hvordan måle økt likebehandling på tvers av kommunegrenser?

I begrunnelsen for forsøket ligger det et premiss om at kommuner har ulikt tjenestetilbud og ulik behovsdekning, noe som til dels skyldes ulike finansielle rammer og prioriteringer, og til dels ulik praksis for tildeling. Dersom forsøket skal ha den intenderte effekten – nemlig økt likebehandling på tvers av kommunegrenser – vil dette bety at kommunene som deltar i forsøket gradvis utvikler seg mot likere praksis i tildelingen av tjenestene. Dersom tildelingspraksis endrer seg som følge av forsøket, vil dette høyst sannsynlig også påvirke omfang og utforming av tjenestetilbudet i kommunen.

Det betyr at for å kunne fastslå at forsøket fører til økt likebehandling bør man enten kunne observere likere tildelingspraksis og/eller likere utforming av tjenestene på tvers av de kommunene som deltar i forsøket. Det er spesielt A-kommunene som er interessante, siden de er utsatt for størst grad av intervensjon.

Et eksempel kan være andel utgifter til institusjon kontra hjemmebaserte tjenester, som regnes som en viktig parameter for å vurdere hvordan en kommune innretter sitt tjenestetilbud. Dersom andelen for A-kommunene (og til dels også B-kommunene) framover konvergerer mot et likere nivå, kan dette være et forhold som kan indikere at kommunene utvikler seg mot økt likhet i tjenestetilbudet. Det vil imidlertid ikke i seg selv være grunnlag nok til å fastslå at det er forsøket som skal tilskrives denne effekten.

Videre må det også legges til at enkeltindikatorer ikke kan tolkes isolert sett. Et annet uttrykk for likere praksis kan være nivået på heldøgnsbemannet tjeneste, uavhengig av om det er institusjon eller bolig.

3.5 Hvordan måle effekter av forsøket over tid?

Forsøkskommunene – og særlig A-kommunene – er gjenstand for forholdsvis store endringer i hvordan kommunale pleie- og omsorgstjenester innrettes. Det kan likevel være krevende å isolere eventuelle effekter av forsøket over tid.

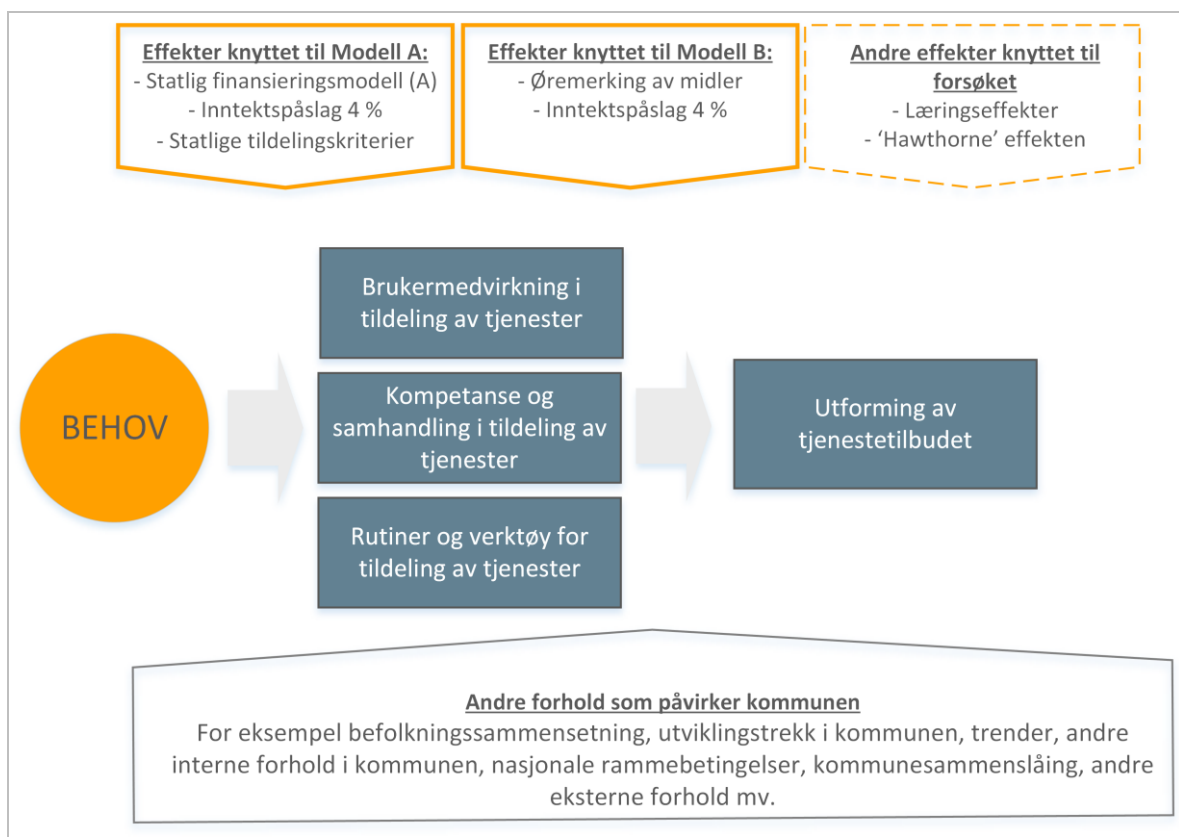
Det er mange forhold som påvirker en kommunes pleie- og omsorgstjenester. For eksempel vil en del endringer kunne skyldes omlegginger av nasjonale rammebetingelser og prioriteringer (nye forskrifter, nye satsinger i statsbudsjettet mv.). Et annet aspekt kan være endringer i rammebetingelser i den enkelte kommune. I forsøkskommunene har ikke lokale myndigheter styring med

den økonomiske rammen for pleie- og omsorgsektoren i forsøksperioden, men for kontrollkommunene kan lokale forhold påvirke sektoren. Tilgangen til plasser i institusjonsomsorgen (sykehjem, bofellesskap mv.) kan også variere fra år til år, noe som kan få stor betydning for anvendelsen av de hjemmebaserte ytelsene. Man kan altså tenke seg at kapasiteten, og ikke behovet, bestemmer tildelingen. Rammene for antall plasser (f.eks. i egne sykehjem, kjøp av plasser utenfor kommunen mv.) legges av kommunestyret, i de årlige budsjettene. Lokale satsinger/prioriteringer/prosjekter kan også ha betydning for kommunens pleie- og omsorgstjenester.

Et annet relevant aspekt er at kommunene i forsøket planlegger for at modellen kun skal gjelde i en tidsavgrenset periode på tre år. Dette betyr at kommunene må ta høyde for at tjenestene etter forsøksperioden igjen skal tilbake til kommunalt fastsatte rammer. Derfor vil ikke tilpasninger i forsøket nødvendigvis gjenspeile den praksisen som ville utviklet seg dersom ordningene var permanente.

Dette gjør det krevende å måle hvilke effekter som skyldes selve modellen kommunen følger (A eller B), andre effekter knyttet til det å delta i forsøket, og alle øvrige forhold som påvirker kommunens tildelingsprosess og tjenestesammensetning.

I et hypotetisk eksempel kan det være slik at de økonomiske driverne i den statlige finansieringsmodellen gir kommunen insitamenter for å satse på institusjonsplasser framfor hjemmebaserte tjenester. Samtidig kan de læringsarenaene som etableres i forbindelse med forsøket, kombinert med at kommunen er gjenstand for evaluering, bidra til den motsatte effekten.



Figur 3-3 Noen forhold som kan påvirke kommunens måloppnåelse i forsøket

Alt dette er forhold som gjør det mer krevende å trekke valide slutninger om hvilken effekt det har å implementere de to forsøksmodellene (A og B).

For å kunne vurdere effekter av forsøket har det også blitt lagt vekt på kvalitative observasjoner knyttet til forsøkskommunene. En inngående beskrivelse av hvordan kommunene opplever effektene av forsøket er presentert i kapittel 4 – Endringer i forsøkskommunene.

Videre ses alle endringer i kommunene opp mot korrigerede tall for både C-kommunene og landet for øvrig, for å ta høyde for endringer i befolkningsstruktur og generelle utviklingstrekk i kommunene.

3.6 Generaliserbarhet

Hensikten med mange forsøksprosjekter, inkludert dette, er å avdekke om en type tiltak vil kunne være aktuelt å innføre på større skala. Det er derfor relevant å vurdere hvorvidt resultatene som fremkommer i dette forsøket kan generaliseres til andre kommuner og til innføring av rammebetingelsene i forsøket som en ordinær og permanent ordning.. Selv om forsøket kan ha en rekke læringseffekter, er det imidlertid flere forhold som tilsier at det bør vises varsomhet med å generalisere resultatene i dette forsøket til landet som helhet.

3.6.1 Lavt antall deltakerkommuner

Den mest åpenbare svakheten med tanke på overføringsverdi er det lave antallet deltakerkommuner. Fire kommuner har implementert A-modellen, som er den mest omfattende, mens to kommuner har implementert B-modellen. Det lave antallet gjør at det er vanskeligere å trekke slutninger om forsøkets egentlige virkninger, siden utvalget da er mer sårbart for tilfeldigheter. Eksempelvis kan kommunens utgiftsnivå påvirkes betydelig av én enkelt ressurskrevende bruker. Likeledes kan våre observasjoner knyttet til kommunens arbeidsmåte, kompetanse mv. være påvirket av enkeltpersoner blant de ansatte.

3.6.2 Potensiell utvalgsskjevhet

En tilgrensende problemstilling er knyttet til utvalgsskjevhet. Kommunene som deltar i forsøket er alle små eller mellomstore kommuner, mens ingen større byer er representert.

Kommunene som deltar i forsøket valgte for det første å søke om deltagelse, og for det andre å forbli i forsøket (når mange andre kommuner trakk seg). Kommunene er med andre ord ikke tilfeldig valgt. Det er derfor en mulighet for at de kommunene som deltar i forsøket er de som i utgangspunktet hadde de beste forutsetningene for å delta. Dette kan være økonomiske forutsetninger (slik som lave enhetskostnader og gunstig rammeuttrekk) eller organisatoriske forutsetninger (endringskultur, kompetanse, forutgående erfaring med lignende modeller mv.).

Alt i alt bør man derfor være forsiktig med å forutsette at deltakerkommunene er representative for norske kommuner generelt og at virkningene av forsøket på deltakerkommunene gjenspeiler virkningene man ville fått i andre kommuner.

3.6.3 Tidsavgrensning

Kommunene som deltar i forsøket er bevisst på at forsøket avsluttes i 2019, og at kommunens helse- og omsorgssektor da går tilbake til ordinær rammefinansiering over kommunens budsjetter. Dette kan føre til at kommunene er mer tilbakeholdne med å gjøre endringer med langsiktige konsekvenser enn de ville vært i en situasjon der finansieringsmodellen var permanent. Dette poenget understrekes i mange av intervjuene med ansatte og ledere i kommunene. Effekter som kan påvises i en midlertidig kontekst, er derfor ikke nødvendigvis gyldige i permanent kontekst.

3.6.4 Kompetanse- og oppmerksomhetseffekter

Kommunene som deltar i forsøket har ikke bare implementert en finansieringsmodell og et rammeverk for tildeling. De har også vært gjenstand for betydelig oppmerksomhet fra

Helsedirektoratet, pressen, evaluator, politikere osv.⁷ De har også vært del av en læringsprosess hvor de har deltatt på samlinger, hatt jevn dialog med Helsedirektoratet og andre kommuner, og hvor de har blitt stilt krav til i form av rapportering mv. Sannsynligvis ville verken oppmerksomheten eller det intensive læringsopplegget oppstått på samme måte dersom modellen(e) i forsøket hadde blitt implementert i stor skala.

3.7 Datainnsamling

Datainnsamlingen har funnet sted i alle kommuner, inkludert kontrollkommunene. Undersøkelsesopplegget har imidlertid vært differensiert, slik at ikke alle metoder har vært benyttet i samtlige kommuner. Oversikten under viser hvordan data har blitt samlet inn i de ulike gruppene av kommuner.

Tabell 3-1 Metoder for datainnsamling i de ulike kommunene i 2018

Metode for datainnsamling	A-kommuner	B-kommuner	Kontrollkommuner
Intervjuer og gruppesamtaler med ansatte i kommunen	Ja	Ja	Nei
Spørreundersøkelse til ansatte i kommunen	Ja	Ja	Ja
Fokusgrupper med pårørende	Ja	Nei	Nei
Telefonintervjuer med brukere	Ja	Nei	Nei
Årsverksrapportering	Ja	Ja	Ja
Gjennomgang av IPLOS-data	Ja	Ja	Ja
KOSTRA-gjennomgang	Ja	Ja	Ja
Regnskapsgjennomgang (fordeling på brukergrupper)	Ja	Ja	Nei

3.7.1 Intervjuer/gruppesamtaler med ansatte i kommunen

Prosjektteamet besøkte hver A- og B-kommune i løpet av perioden mai-juni 2018. De som ble intervjuet var fortrinnsvis:

- ▶ Sentrale politikere
- ▶ Rådmann
- ▶ Kommunalsjef(er) i omsorgstjenesten
- ▶ Enhets- og virksomhetsledere
- ▶ Økonomi-/budsjettfunksjon
- ▶ Leder og ansatte ved tildelingsenheten
- ▶ Stabs-/utviklingsfunksjon(er) i sektoren

Etter dialog med den enkelte kommune ble informantgruppen utvidet og tilpasset kommunens organisering. I de fleste kommuner har det også vært informanter fra førstelinjen, eksempelvis ergoterapeut, sykepleiere, helsefagarbeidere og/eller hjemmehjelpere som jobbet på sykehjem eller i hjemmetjenesten. Vernepleiere og rådgivere innen rus/psykiatri ble også intervjuet i noen kommuner. Våre intervjuer og gruppesamtaler ga et rikt tilfang av erfaringer i kommunene. Vi opplevde at vi fikk intervjuet de aller fleste i kommunene som direkte eller indirekte har vært del av forsøket.

Spørsmålene var knyttet til status og endringer på følgende tema:

- ▶ Innretning av tjenestetilbudet
- ▶ Forebygging og hverdagsrehabilitering

⁷ Effekten av selve oppmerksomheten som følger av det å bli observert omtales ofte som Hawthorne-effekten.

- ▶ Velferdsteknologi
- ▶ Vedtakspraksis
- ▶ Kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen
- ▶ Brukermedvirkning
- ▶ Rutiner og verktøy
- ▶ Økonomiske forhold
- ▶ Overordnet om forsøket

Til sammen ble det i 2018 gjennomført 43 intervjuer og gruppesamtaler med ansatte og ledere i kommunene. I tillegg til dette ble det gjennomført kvalitetssikringer av tekstene, samt enkelt-samtaler og møter med ansatte innen økonomi.

3.7.2 Spørreundersøkelse til ansatte i kommunen

Som tidligere år har de ansatte i kommunene som er med i forsøket svart på en spørreundersøkelse, med spørsmål om en rekke ulike sider ved tildelingsprosessen. Vi har bedt ansatte vurdere brukermedvirkningen i tildelingen, kompetanse og samhandling i tildelingen og rutiner og verktøy for tildeling.

Vi ba kommunen sende undersøkelsen til følgende ansattgrupper:

- ▶ Leder for tildeling/forvaltningskontor
- ▶ Ledere for utførerenhetene/enhetsledere
- ▶ Fagpersoner/spesialister som er involvert i tildelingsprosessen gjennom å delta i tildelingsmøter
- ▶ Andre som har hatt en formell rolle i tildelingsprosessen

I undersøkelsen ble det stilt en rekke spørsmål knyttet til tildelingsprosessen. Vi spurte blant annet om organisering og rammebetingelser for dagens tildelingspraktisering, vedtakspraksis, samhandling med bruker og pårørende, brukermedvirkning og de ansattes kompetanse. De enkelte spørsmålene og de ansattes svar på disse er dokumentert i kapittel 5.

Undersøkelsen i 2018 ble sendt til totalt 174 ansatte med en rolle i tildelingen av tjenester. 117 personer besvarte hele eller deler av undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 67. Vi mener denne svarprosenten må regnes som forholdsvis god for en slik undersøkelse. Fordeler man svarene på de 12 kommunene som har besvart undersøkelsen, er det absolutte antallet per kommune allikevel lavt. Antall svar i A- og B-kommunene er: Hobøl 12, Lillesand 17, Os 11, Stjørdal 18, Selbu 7 og Spydeberg 2. På grunn av det lave antallet respondenter fra Spydeberg er de tatt ut av gjennomgangen. For C-kommunene er antallet respondenter: Våler (Østfold) 11, Oppdal 9, Østre Toten 10, Trøgstad 6, Fjell 6 og Søgne 8. Dette er på linje med antall respondenter fra tidligere år.

Undersøkelsen ble gjennomført i perioden 3. september til 12. oktober. Det ble purret to ganger.

Respondentene som har besvart undersøkelsen har ulike roller i tjenestetildelingen. De fleste av respondentene jobber som saksbehandler i en tildelingsenhet, forvaltningsenhet eller tjenestekontor. En god del av respondentene jobber i tjenestene, enten som enhetsleder, avdelingsleder eller koordinator eller fagperson. Vi har også svar fra noen ledere for tildelingsenhetene. Respondentene dekker ulike fagområder, pleie/rehabilitering/omsorg for eldre, tjenester til funksjonshemmede og psykisk helsearbeid/rus.

Respondentene fra 2018 trenger ikke ha vært de samme som respondentene fra 2016. Det kan være at nye ansatte har kommet til og at andre ansatte har falt fra. Det betyr at alle resultater må tolkes som respondentenes vurderinger i det ene året sammenlignet med andre respondenters

vurderinger i et annet år. Vi kan ikke tolke resultatene som at individene har endret oppfatning. 17 prosent av respondentene i A- og B-kommunene svarer at de ikke jobbet i kommunens pleie- og omsorgstjenester før innføringen av forsøksordningen. Halvparten av respondentene svarer at de har fått endrede arbeidsoppgaver som en følge av forsøket.

I presentasjonen av resultatene i kapittel 5 tar vi svarene for 2018 og sammenligner dem med nullpunktanalysen som ble gjort i 2016. Vi gjør også en overordnet vurdering av forskjeller mellom 2017 og 2018.

Når vi presenterer resultatene fra undersøkelsen har vi gruppert A-, B- og C-kommunene med ulike farger slik at man lett kan få øye på forskjeller mellom kommunene. A-kommunene har fått gule søyler, B-kommunen blå søyler og C-kommunene grønne søyler. Svarene er summert for hver kommune til en poengsum som representerer en skala fra 1 = *i svært liten grad* til 5 = *i svært stor grad*.

3.7.3 Fokusgrupper med pårørende

Kartlegging av pårørendes vurderinger gjennomføres ved at kommunene spør et utvalg pårørende om de vil delta i gruppeintervju. Ansatte i kommunene er ikke tilstede på disse intervjuene. Det er medlemmer i evalueringsteamet som gjennomfører intervjuene. Etter gruppeintervjuet får de pårørende et spørreskjema til utfylling.

Et hovedinntrykk fra kartleggingen er at det er få pårørende som møter opp til intervjuene. Vi har avtalt med kommunene om at vi gjerne vil gjennomføre to gruppeintervjuer, med mellom 6 og 10 deltakere i hver gruppe. I flere tilfeller har det vært svært få (1 eller 2) eller ingen som har møtt opp. I tillegg kommer at mange av de pårørende ikke har informasjon om eller husker hvordan tildelingsprosessen har foregått og derfor ikke kan besvare våre spørsmål.

I 2018 ble det innhentet informasjon fra pårørende bare i A-kommuner. Kvalitative vurderinger blir presentert i kommunekapitlene. På grunn av lavt antall informanter presenteres resultatene samlet, i stedet for hver enkelt kommune.

I kapittel 5.2-0 sammenligner vi svarene fra 2016, 2017 og 2018, hvor henholdsvis 29, 22 og 23 pårørende har svart på undersøkelsen. De pårørende ble bedt om å svare i hvilken grad de oppfattet at kommunen håndterte ulike forhold tilknyttet tildelingen av en helse- og omsorgstjeneste. Respondentene kunne svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 tilsvarte «i svært liten grad» og 5 «i svært stor grad». Respondentene kunne også svare «vet ikke». Disse svarene er tatt ut av resultatene som presenteres nedenfor.

Kun 1 av respondentene svarte at brukeren hadde fått avslag på søknaden. 2 brukere hadde fått et tilbud om noe annet enn det ble søkt om, mens det klare flertallet, 18 brukere, hadde fått innvilget søknaden.

Vi gjør leseren oppmerksom på at utvalget av pårørende er forskjellig i 2016, 2017 og 2018. Det betyr at forskjeller i svarene ikke uten videre kan tolkes som en forbedring eller forverring, ettersom andre bakenforliggende variable, som for eksempel sykdomsforløp eller sosiale forhold, kan være systematisk forskjellig i de to gruppene. Antallet respondenter er også lavt, samt at de er rekruttert av kommunen selv. Alle disse faktorene gjør at resultatene bør tolkes med en viss varsomhet.

3.7.4 Telefonintervjuer med brukere

Som en del av evalueringen har vi gjort telefonintervjuer med brukere om hvordan de oppfatter tildelingsprosessen og tjenestene de mottar fra kommunen. Mens vi i 2016 intervjuet både brukere fra A- og B-kommuner, har vi i 2017 og 2018 kun intervjuet brukere i A-kommuner. Fremstillingen baserer seg på inntrykkene for hele forsøksperioden.

Både brukerne og tjenestene som er tildelt er nye hvert år siden 2016. Det vil si at en sammenligning av svarene bør gjøres med en viss varsomhet, fordi det kan være systematiske forskjeller mellom personene i de tre årene som gjør at resultatene er annerledes, uten at forskjellene kan knyttes til tildelingsprosessen eller tjenesteutførelsen.

Kommunene selv var ansvarlig for å rekruttere brukere og vi fikk kontaktinformasjon til totalt 33 personer som mottar tjenester i de fire A-kommunene. Prosessen med å avtale og gjøre intervjuer med brukere ble noe forandret i 2018 fra tidligere år. Grunnen var at mange brukere manglet kunnskap og hadde få refleksjoner om tildelingsprosessen, og vi ønsket derfor å intervju hver enkelt informant så snart som mulig etter at de hadde fått sin søknad behandlet eller hadde blitt tildelt en tjeneste. Det har i år, som tidligere år, vært utfordrende å komme i kontakt med og intervju brukerne. En god del brukerne ønsket ikke delta likevel eller svarte ikke på telefon etter gjentatte forsøk. Kommunene forteller også om utfordringer med å rekruttere. Vi intervjuet tilslutt 23 brukere i 2018 om hvordan de oppfatter tildelingen av helse- og omsorgstjenesten, fra Os, Stjørdal, Lillesand og Hobøl.

Siden utvalget er for lite til å gjøre generaliserbare slutninger om hvordan brukerne i kommunene generelt sett oppfatter tildelingsprosessen, presenterer vi hovedsakelig kvalitative beskrivelser. Når vi presenterer tall blir det gjort som absolutte tall og ikke prosent, nettopp for å synliggjøre at det er snakk om få informanter.

Brukerne er naturligvis mest opptatt av selve tjenesten de mottar, og mindre opptatt av selve tildelingsprosessen. Spesielt synspunkter på hvordan brukerne oppfatter kommunens egne prosesser er det få av, også i år, selv om vi har prøvd å komme i kontakt med brukerne så snart som mulig etter at kommunen har behandlet søknaden. Mange av brukerne har vært lite delaktig i selve tildelingen fordi prosessen har blitt initiert av et sykehus eller en annen behandlingsinstitusjon, fastlegen, av pårørende eller i samråd med tjenesten de allerede mottar.

3.7.5 Årsverkskartlegging

Kontaktpersoner i hver kommune ble i september 2018 tilsendt et utfyllingsskjema knyttet til antall årsverk i kommunen. Årsverkene ble spesifisert på enhet og kompetanse, med utgangspunkt i antall årsverk per 1.9.2018. Tilsvarende måling – med identisk oppsett – ble gjort for 1.1.2016, 1.9.2016 og 1.9.2017.

Avgrensningen har vært på årsverk knyttet både til drift og støttefunksjoner for hele pleie og omsorg (Kostrafunksjon 234, 253 og 254). Stillinger som i et kortere tidsrom ikke har vært besatt har vært telt med, mens stillinger i bemanningsplan uten budsjettdekning har ikke vært det.

Metodisk har det vært krevende å skaffe sammenlignbare tall på årsverk, ettersom det er basert på kommunenes egen rapportering. Omorganiseringer har også i noen tilfeller gjort det krevende å følge utviklingen på bestemte områder. Vi har vært i dialog med kommunene for å kvalitetssikre tallene der det har vært vurdert som nødvendig.

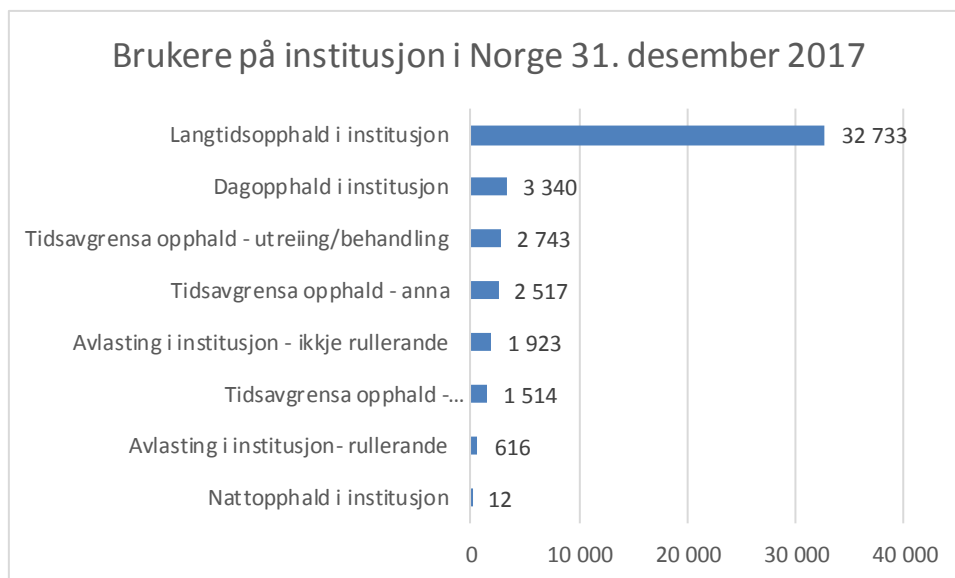
I det samme utfyllingsskjemaet har kommunene også rapportert på spesialiserte funksjoner/tilbud mot ulike brukergrupper (hverdagsrehabilitering, demens, mv.)

3.7.6 IPLOS

IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. Formålet med IPLOS-registeret er å gi statlige myndigheter, kommunene og allmennheten kunnskap om utviklingen i pleie- og omsorgssektoren.

Statistisk sentralbyrå (SSB) ga i oktober 2015 ut publikasjonen «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere». Dette er en publikasjon med statistikk for landet som helhet. Statistikken i publikasjonen er fra IPLOS-registeret. I 2018 har SSB publisert flere data fra IPLOS i statistikkbanken, noe som innebærer at dataene vi trenger har blitt lettere tilgjengelige.

For institusjon skiller IPLOS mellom langtidsopphold og ulike typer korttidsopphold. Antall brukere ved utgangen av 2017 for landet som helhet er vist i figuren under.



Figur 3-4 Brukere på institusjon i Norge 31. desember 2017

Figuren illustrerer at korttidsopphold er en tjenestene med mange ulike formål. For noen av disse tjenestene er det imidlertid få brukere. Ved utgangen av året var det for eksempel bare registrert 12 brukere på nattopphold på institusjon.

Vi gjorde et forsøk på å analysere utviklingen for ulike typer korttidsplasser for kommunene i forsøket. Det viste seg imidlertid at utviklingen over tid var preget av store negative og positive utslag. En viktig forklaring er selvfølgelig tilfeldige utslag som følge av få brukere av disse tjenestene i den enkelte kommune. De store utslagene gjorde også at vi ikke var sikre på hvor god kvaliteten er for registreringen av de enkelte tjenester. Denne statistikken har derfor ikke blitt brukt.

Vi valgte derfor en grovere tilnærming hvor vi skiller mellom langtids- og korttidsopphold. Dataene vi har brukt er registrerte oppholdsdøgn for langtids- og korttidsopphold hentet fra KOSTRA.

Vedtatte tjenester som utløser tilskudd

Det har vært utført et betydelig arbeid med å sikre god kvalitet for dataene som ligger til grunn for tilskuddene fra Helsedirektoratet. Arbeidet har medført at kvaliteten har blitt styrket. Foreløpig er imidlertid utviklingen preget av opprettinger som har blitt gjort. Dataene har derfor ennå ikke god nok kvalitet langt tilbake, slik at det blir vanskelig å bruke dette som indikator for utviklingen av den enkelte tjeneste over tid⁸. Etter hvert vil imidlertid også dette bli en pålitelig kilde for å si noe om

⁸ Vårt forsøk på å bruke disse dataene er dokumentert i rapporten: «*Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader*» av august 2018..

utviklingen av de ulike tjenestene. Denne kilden gir mer detaljert informasjon enn det som finnes i IPLOS.

3.7.7 KOSTRA

Statistikk hentet fra KOSTRA er en viktig kilde for indikatorene omtalt i kapittel 5.1. Indikatorene er dermed basert på anerkjente nøkkeltall hvor det finnes statistikk for alle landets kommuner. Denne statistikken er bearbeidet i en egen database utviklet av Agenda Kaupang for formålet.

Kommunens tjenesteregnskap (KOSTRA-funksjonene) skiller ikke mellom ulike grupper av brukere av pleie og omsorg. KOSTRA skiller kun mellom fire tjenester/funksjoner, disse er:

- ▶ 234 Aktivisering av eldre og personer med utviklingshemming (dagsenter, trygghetsalarm, matombringning og støttekontakt)
- ▶ 253 Pleie i institusjon (sykehjem og barnebolig/avlastningsbolig)
- ▶ 254 Pleie i hjemmet (hjemmesykepleie, hjemmehjelp, miljøarbeid/praktisk bistand-opplæring, BPA, privat avlastning og omsorgslønn)
- ▶ 261 Drift av institusjonslokaler (sykehjem og barnebolig)

I praksis er dette en for grov inndeling av utgiftene. Tjenestene innenfor pleie og omsorg betjener flere ulike brukergrupper. Hver gruppe har sin egen omsorgstrapp og sine spesielle faglige utfordringer. Det er derfor viktig å sammenligne kommunenes utgifter pr. brukergruppe. Hvis utgiftene basert på KOSTRA-tall fremstår som høye, er det ikke nødvendigvis fordi eldreomsorgen er omfattende. Det kan like gjerne skyldes stort volum av tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Psykisk helse kan også utgjøre en stor utgift.

3.7.8 Metode for fordelingen av utgifter på tre brukergrupper

Kommuneregnskapet for 2015, 2016 og 2017 har blitt delt mellom de tre brukergrupper ut ifra følgende kategorisering:

- ▶ *Personer med nedsatt funksjonsevne:* Begrepet er brukt om personer med enten fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse. Gruppen omfatter blant annet psykisk utviklingshemmede, autister, mennesker med Asperger syndrom, multippsykisk utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse og mennesker med lignende behov for langvarige og koordinerte tjenester. Medregnes skal også brukere med ervervet funksjonshemming som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Brukerne skal være mellom 0 og 67 år. Et unntak er brukere over 67 år som bor i et bofellesskap med tilsvarende tjenester som brukere under 67 år. Brukere på sykehjem er registrert under kategorien eldre mv.
- ▶ *Personer med psykiske problemer og rusproblemer:* Denne gruppen omfatter brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester innen psykisk helse/rus. Det vil ofte være stilt en diagnose, men ikke alltid. De fleste brukere i gruppen har sammensatte problemstillinger, med det kjennetegn at psykiske problemstillinger og rus er primærfordringen.
- ▶ *Eldre mv.:* Den siste kategorien omfatter personer som ikke faller inn under de to andre kategoriene. De fleste vil være eldre. Brukerne kan imidlertid være i alle aldre.

Fordeling av regnskapet for 2015 ble gjort for både kommunene i forsøket og kontrollkommunene. Fordelingen av regnskapet for 2016 og 2017 er avgrenset til de seks kommunene i forsøket.

Fordelingen av regnskapet for de tre årene er gjort skjønnsmessig av økonomer og fagfolk i de enkelte kommuner, under veiledning av Agenda Kaupang. Fordelingen omfatter de fire KOSTRA-funksjonene nevnt over.

Fordelingen er basert på detaljert regnskap for hele kommunen. Regnskapet har blitt tilrettelagt av Agenda Kaupang på et mer aggregert nivå. Kommunene har i etterkant fordelt regnskapet på de tre brukergruppene. Innenfor hver gruppe er det også foretatt en fordeling på brukere over og under 18 år. Kommunene har fått en noe mer detaljert beskrivelse av bruker-gruppene enn avgrensningen omtalt i de tre kulepunktene over.

I fordelingen inngår det noe skjønn. Erfaringen har vist at fordelingen likevel blir tilstrekkelig nøyaktig for de analysene som regnskapsfordelingen skal brukes til.

Det har vært foretatt sammenlikninger mellom regnskapet som er sendt oss og rapporteringen kommunene har gjort i KOSTRA. Det er kun oppdaget helt marginale forskjeller. I fordelingen av regnskapet er det også oppdaget noen mindre feil som er rettet opp.

Fra nettoutgifter til bruttoutgifter

For 2015 og 2016 ble det først foretatt en fordeling av kommunenes nettoutgifter på de tre brukergruppene. Med netto utgifter menes det kommunenes utgifter fratrukket tilskudd fra staten og egenandeler fra brukerne.

Nettoutgiftene var i 2016 godt under halvparten av nivået i 2015. Grunnen er at finansieringen i forsøket skjer på grunnlag av aktiviteten og ikke lenger gjennom rammetilskuddet. Forsøket varte 8 av 12 måneder i 2016. I 2017 varte forsøket hele året, og nettoutgiftene har bli ytterligere redusert. Disse endringene gjør at nettoutgiftene ikke er sammenliknbare over tid.

Det har derfor blitt bestemt å etablere en tidsserie for bruttoutgiftene for 2015, 2016 og 2017. Bruttoutgiftene er en størrelse som gir et bedre uttrykk for aktiviteten enn nettoutgiftene. Noe av kjernen i forsøket er nettopp den aktivitetsbaserte finansieringen. Derfor kan bruttoutgiftene være en mer relevant størrelse enn nettoutgiftene.

Fordelingen av bruttoutgifter for 2015 og 2016 er i stor grad basert på arbeidet som allerede er gjort. Arbeidet har blitt utført ved at Agenda Kaupang har laget regneark med forslag til fordeling av bruttoutgiftene. Fordelingen har deretter blitt kvalitetssikret av økonomer i de aktuelle kommunene.

3.7.9 Metode for korrigerings av behov

Metode for korrigerings av forskjeller i behov

I KOSTRA har det i rundt 15 år vært publisert nøkkeltall med en sammenlikning av utgifter per innbygger i kommunene for ulike tjenesteområder. En slik sammenlikning blir svært unøyaktig, fordi den ikke tar hensyn til forskjeller i behov mellom kommuner. Ulike miljøer har derfor begynt å foreta korreksjoner for forskjeller i behov, med en metode tilsvarende den vi har brukt i vår rapport. Disse korreksjonene blir – i litt ulike varianter – utført av KS, Helsedirektoratet, Oslo kommune og flere konsulentfirmaer. Resultater av beregningene blir brukt av kommuner landet rundt og av nasjonale aktører på feltet.

I inntektssystemet for kommuner får kommunene rammetilskudd basert på beregnet behov på ulike områder, herunder til pleie- og omsorgstjenester. Vi har brukt kriteriene, vektene og kriterieverdiene som ble brukt for beregningen av rammetilskuddet for pleie- og omsorgstjenestene i 2016. I utgiftsutjevningen skiller ikke kriteriene mellom ulike tjenester innenfor pleie- og omsorgssektoren. Vi har derfor brukt resultatene av analysene som har gitt kostnadsnøklene for de ulike tjenesteområdene, slik det for eksempel er gjort av Rattsø-utvalget fra 1990-tallet og Borge-utvalget fra 2005.

Vi har beregnet indikatorer for kommunenes behov for pleie- og omsorgstjenester normert i forhold til landet. Disse indikatorene er brukt sammen med innbyggertallet i nevneren i brøkene som viser våre nøkkeltall.

Det er gjort sammenlikninger på tvers av kommuner både når det gjelder utgiftene til pleie- og omsorgstjenester og for sammensetningen av omsorgstrappa. For hver av tjenestene i omsorgstrappa er det beregnet om kommunen tilbyr mer eller mindre enn landsgjennomsnittet (landet=100).

Mest nøyaktig på overordnet nivå

Antakelsen er at metoden gir et mer nøyaktig grunnlag for sammenlikning enn bare å bruke antall innbyggere i nevneren. Metoden er mest nøyaktig på et overordnet nivå, for eksempel når det gjelder en sammenlikning av de samlede pleie- og omsorgsutgiftene. Det er jo på dette nivået kriteriene i inntektssystemet er utviklet. Vi har imidlertid også foretatt korreksjonene for omfanget av enkelttjenester. Korreksjoner for enkelttjenester blir mer unøyaktige enn på de samlede utgiftene.

På kommunalt nivå er det svært store forskjeller i sammensetningen av tjenestene i den såkalte omsorgstrappa. Selv om beregningene på detaljert nivå ikke er helt nøyaktige, er det etter vårt skjønn den beste tilnærmingen når man skal sammenlikne ulike kommuner. Forskjellene i sammensetningen av tilbudet er imidlertid så store at resultatene ville vist mye det samme mønsteret om vi bare hadde brukt innbyggertallet i nevneren.

Likebehandling, men ikke like tjenester

De overordnede målene med forsøket er økt likebehandling på tvers av kommunegrensler, og riktigere behovsdekning for innbyggerne. Økt likebehandling og riktigere behovsdekning behøver ikke å bety at sammensetningen av tjenester skal være helt lik i kommunene. Det henger sammen med at lokal tilpasning av tjenestetilbudet er viktig for å få et mest mulig brukertilpasset og effektivt tjenestetilbud.

Inntektssystemet som vi har brukt for korrigeringsene er ikke et normativt system som skal si noe om hva kommunene må bruke midlene på, men er et system for mest mulig rettferdig fordeling mellom kommunene ut ifra kommunenes behov.

Ettersom vi behandler kommunene som case, ser vi informasjonen fra ulike kilder i sammenheng. Et eksempel er at vi ser at Stjørdal og Os har bygget til boliger med døgnomsorg som et alternativ til langtidsplasser på sykehjemmet. I intervjuene vi har hatt med representantene for de to kommunene har vi fått kvalitativ informasjon om hvordan disse boligene har blitt bygget over mange år. Vi benytter altså flere kilder til å belyse nivå og utviklingen i tjenestetilbudet. I årets rapport legger vi frem langt mer detaljerte data om sammensetningen av tjenestetilbudet. Dataene vil bidra til å avdekke også andre forskjeller i kommunenes prioriteringer, som igjen vil danne grunnlag for intervjuer og annen dialog med representanter for kommunen. Gjennom intervjuene vil vi kunne få en bedre forståelse for begrunnelsen for de lokale tilpasningene av tjenestetilbudet.

4 Endringer i forsøkskommunene

Dette kapittelet gir en kvalitativ beskrivelse av de endringene som har funnet sted i forsøkskommunene. Beskrivelsene bygger i hovedsak på intervjuer og gruppesamtaler med ansatte og ledere i kommunen. Kvantitative forhold omtales senere i rapporten.

4.1 Os

Os kommune i Hordaland er en av A-kommunene i forsøket. Os kommune gjorde en omorganisering i september 2017 der Oppvekst og kultur ble samorganisert med Helse og omsorg, hvor tjenestene som berøres av forsøket er organisert.

Os har fattet vedtak om sammenslåing med Fusa kommune (arbeidsnavn Bjørnafjorden kommune), med etablering 1. januar 2020. Mange trekker frem at den forestående sammenslåingsprosessen vil medføre endringer og kreve mye oppmerksomhet fremover fra kommunens side.

Den største enkeltendringen i Os kommunes pleie- og omsorgssektor i 2017 var åpningen av Luranetunet bo- og behandlingssenter i november.

4.1.1 Status før forsøket

I vår nullpunktsanalyse av Os i 2016 ble det gjort en rekke vurderinger av status i Os kommune før forsøket. Hovedinntrykket var at Os var en veldrevet kommune på dette området, med profesjonalitet i tildelingen, effektiv drift og mange tiltak langt ned i omsorgstrappen. For en grundigere redegjørelse av status før forsøket vises det til evalueringsrapporten av 2016.

Høy tillit til tildelingsprosessen

Bestiller- og forvaltningskontoret (heretter tildelingsenheten) har eksistert siden 2003 og har ansvar for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Os kommune. De ansatte opplevde at kompetansen på bestiller- og forvaltningskontoret var høy. De fleste faggrupper var representert og bestiller- og forvaltningskontoret ble beskrevet som flinke til å samarbeide med både interne og eksterne aktører. En endring som følge av Forsøket var at bestiller- og forvaltningskontoret også fikk ansvar for rus- og psykiatriområdet.

Kommunen hadde ikke særskilte rutiner som skulle sikre at brukerne fikk det antallet timer som var vedtatt. Samtidig var brukerne godt fornøyde og det var ikke registrert at noen klager på at de ikke fikk nok timer.

De ansatte var også tilfreds med måten brukere og pårørende ble involvert i kartleggingsprosessen på og ved tildeling av tjenester.

Mange tjenester langt ned i omsorgstrappen

I 2015 var de korrigerede utgiftene i Os lavere enn landet som helhet. Os var den forsøkskommunen som brukte nest minst på institusjon og tredje mest på pleie i hjemmet, korrigert for behov. Andel som bodde på institusjon i aldersgruppen over 80 år var halvparten av landssnittet, mens andelen i omsorgsbolig var nesten dobbelt så høy som landet som helhet. Ser man på bruttoutgifter brukt på institusjon var dette på 20 prosent i Os (2015) mot 43 prosent for landet som helhet, noe som styrker inntrykket av at Os i stor grad klarte å basere seg på hjemmebasert omsorg. Os vedtok i 2012 å bygge nytt sykehjem som enda ikke var ferdigstilt ved oppstart av forsøket (sykehjemmet åpnet i november 2017). Det var derfor en midlertidig underkapasitet på sykehjem i kommunen.

Informanter i kommunen trakk fram at de måtte kjøpe plasser på sykehjemmet i nabokommunene for å dekke opp for behovet.

Os hadde flest korttidsplasser i institusjon blant forsøkskommunene, langt over landssnittet, og gjennomsnittlig oppholdstid pr. plass var kortest blant forsøkskommunene, like over landssnittet. Andelen ansatte med fagutdanning var som snittet av landet, men Os har flere ansatte med høyskoleutdanning. Tilbudet om fysio- og ergoterapi på sykehjem var høyere enn landet for øvrig. Utgiftene til hver sykehjemsplass var vesentlig lavere enn landet som helhet.

4.1.2 Innføring av forsøket

Etablering og gjennomføring av forsøket krevde tre ekstra årsverk, hvorav ett årsverk er hos økonomiavdelingen og to er hos tildelingsenheten. Denne økningen var også en følge av at tildeling innen rus og psykiatri ble en del av tildelingsenhetens ansvarsområde.

De ansatte i Os kommune beskriver at de har brukt mye tid på å tilpasse seg strukturen i forsøket. Spesielt administrasjonen har arbeidet med å rydde i systemer, innføre nye maler og sørge for riktig rapportering til Helsedirektoratet. Særlig omkodning av alle vedtak til 1. januar 2017 beskrives som ressurskrevende. Samtidig trekkes det fram at dette har gitt kommunen en langt bedre oversikt over egne tjenester enn det de hadde tidligere.

4.1.3 Utvikling i forsøksperioden

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

I likhet med tidligere er det generelle inntrykket som gis av samtlige informanter at Os kommune fortsatt yter omsorgstjenester som i stor grad dekker brukernes behov. Ved forrige kartlegging av Os kommune i 2017 kom det fram at kommunen hadde arbeidet intensivt med innføringen av forsøket, og at siste halvdel av 2016 hadde blitt brukt på å få nødvendige systemer og rutiner på plass for å kunne gjennomføre forsøket.

Det var imidlertid lite som tilsa at det hadde skjedd store endringer i sammensetning eller dimensjonering av pleie- og omsorgstjenestene som følge av forsøket. Mange trakk imidlertid fram at situasjonen i store deler av 2017 var preget av at Luranetunet bo- og behandlingssenter ikke var ferdigstilt som planlagt. Dette førte blant annet til kjøp av flere institusjonsplasser eksternt og mange liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

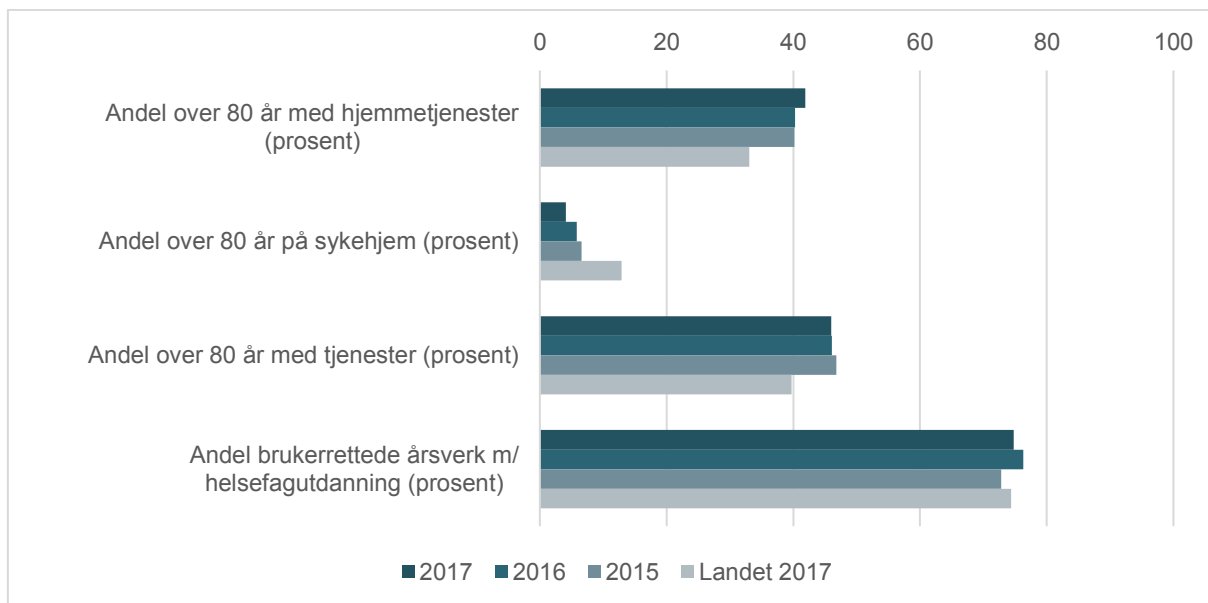
Luranetunet ble ferdigstilt i november 2017, og flere beskriver dette som en stor forbedring med tanke på tilbudet brukerne mottar. Det nye sykehjemmet beskrives som innbydende og moderne, og mange trekker fram den nye tropehagen som et tilbud som gir glede for både pasienter og pårørende.

Ser man på sammensetningen av omsorgstrappen i Os kommune i perioden 2015-2017 er hovedbildet mer eller mindre det samme. Merk at figurene under kun inneholder data fram til desember 2017 og derfor i liten grad hensyntar endringer som har kommet som følge av åpningen av Luranetunet.

Figur 4-1 viser at Os kommune gir tjenester til mange brukere over 80 år, sammenlignet med resten av landet. Dette er først og fremst tjenester i hjemmet framfor plasser på institusjon. Selv om Os leverer langt mer hjemmetjenester enn landet for øvrig, har de også en lavere andel eldre på institusjon. Dette kan tyde på at kommunen etterlever strategien om å gi mye av bistanden i hjemmet framfor institusjon. Noen trekker fram at den lave andelen Os har hatt på institusjonsplasser til dels kan skyldes en viss «oppnopning» i forbindelse med byggingen av Luranetunet.

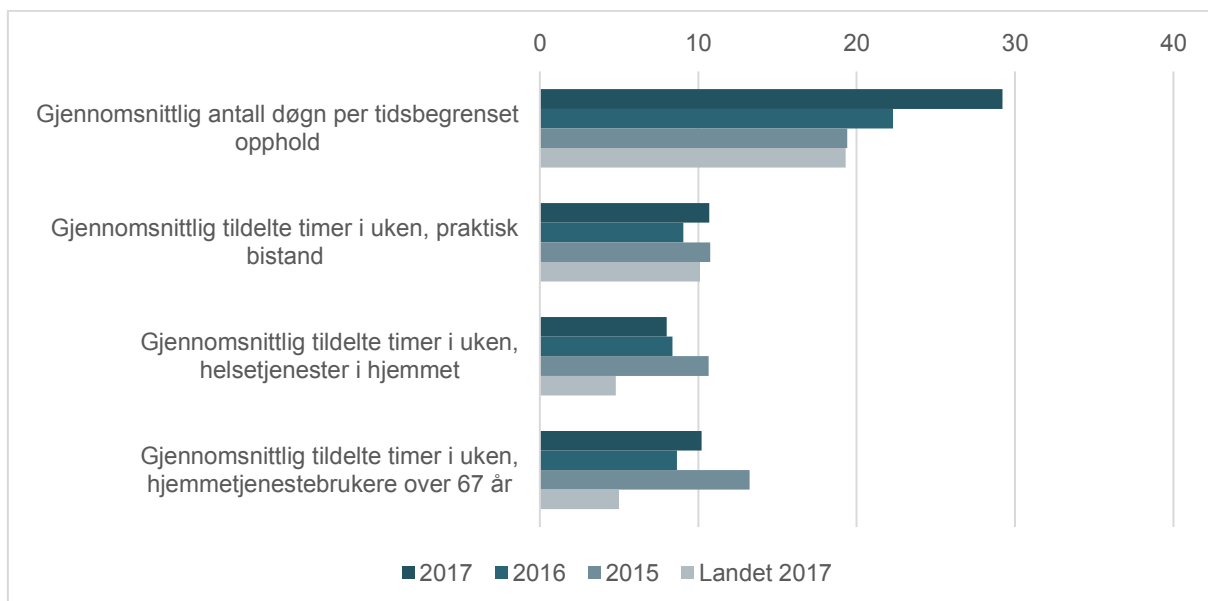
I likhet med tidligere år rapporterer flere at det mangler et nivå mellom helsetjenester i hjemmet og institusjonsplass. Mange eldre føler seg utrygge hjemme, men er friske nok til å klare seg uten mye bistand. I forbindelse med åpningen av Luranetunet ønsker derfor kommunen å vurdere løsninger knyttet til å bruke deler av det gamle sykehjemmet til tiltak med et lavere omsorgsnivå, f.eks. en type trygghetsavdeling eller bofellesskap.

Ser man på utviklingen som har vært i Os i perioden 2015-17 ser denne ut til å underbygge det som allerede skjer i kommunen.

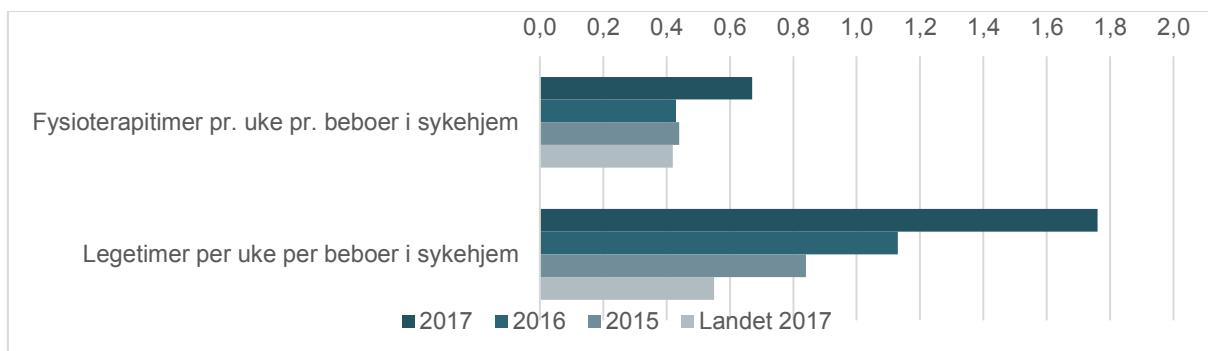


Figur 4-1: Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Os kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Figur 4-2 viser gjennomsnittlig antall døgn per tidsavgrenset opphold på institusjon, som har økt dramatisk i 2017.



Figur 4-2: Gjennomsnittlig antall timer/døgn for ulike tjenester i Os kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA



Figur 4-3: Gjennomsnittlig antall timer med lege og fysioterapeut i sykehjem i Os kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Figurene over dekker kun 2015-2017, og fanger dermed ikke opp utvikling som har skjedd i løpet av 2018. Flere informanter trakk imidlertid fram at de fryktet en økning i det generelle omfanget av tjenester. Det ble blant annet pekt på at det nye sykehjemmet fylte seg opp fortere enn opptrappingsplanen, og at det var høy aktivitet i hjemmebaserte tjenester på tross av at sykehjemmet ble åpnet. Det er imidlertid flere alternative forklaringer for dette.

Den ene er at det var et latent oppdømt behov i kommunen, som først kom til syne når de nye sykehjemsplassene ble tilgjengelige. En annen forklaring som presenteres er at pleie- og omsorgstjenestene i Os har et godt rykte i regionen, slik at en del personer med behov for slike tjenester velger å flytte til kommunen. Noen frykter også at forsøket i seg selv – med statlig finansiering – gir en rausere utmåling av tjenester, selv om de fleste informanter benekter at dette har skjedd. Vi har imidlertid på nåværende tidspunkt ikke empirisk belegg til å understøtte eller avvise noen av disse forklaringene.

Det som derimot trekkes fram som en konkret konsekvens av forsøket er mer handlingsrom i selve tjenesten. Det nevnes blant annet at Os ikke ville kjøpt private sykehjemsplasser i den skalaen det ble gjort, uten finansieringen som fulgte av forsøket. Videre forteller andre om at det er blitt enklere å få innvilget bruk av vikar enn det var tidligere.

Vedtak

Som beskrevet tidligere var det allerede i 2017 gjort en del vesentlige endringer i vedtakene. Informantene trekker fram at vedtakene generelt har blitt bedre og ryddigere. Blant annet brukes det en ny vedtaksmal, og det har blitt jobbet med klart språk i vedtakene. Sentrale endringer siden innføring av forsøket har vært:

- Tydeliggjøring av hvilke mål som gjelder for brukeren
- At det fattes flere vedtak enn tidligere, spesielt innen hjemmebaserte tjenester. Det skyldes primært en hyppigere revurdering av vedtak, slik at det i økt grad er samsvar mellom vedtakene og tjenestene som utføres
- Økt kontroll med at vedtakene stemmer
- Bruk av riktige koder, som gjør at det er enklere å få en oversikt over tjenestesammensetningen og kostnader i kommunen.

Videre trekkes det nå også fram at saksutredningene har blitt lengre og bedre, noe som gjenspeiler en økt innsats knyttet til kartlegging av brukeren.

Vedtakene som fattes har ingen direkte betydning for budsjettene til utførerenhetene, selv om vedtakene genererer finansiering fra Helsedirektoratet. Dersom nye eller endrede vedtak fører til økt (eller redusert) budsjettbehov for utførerenheten skal dette behandles i forbindelse med de ordinære budsjettprosessene slik som tidligere. På den annen side har finansieringsmodellen gitt kommunen økt handlingsrom til å justere utførerenhetenes budsjetter dersom det er nødvendig.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Som beskrevet i tidligere rapporter er informantene samstemte om at tildelingsenheten har fungert godt lenge, og har blitt ytterligere styrket som følge av forsøket. Kapasiteten i tildelingsenheten økte med halvannen stilling når forsøket startet opp, i tillegg til at de ansatte har fått økt kompetanse innen saksbehandling. Tildelingsenheten ble også styrket med en ergoterapeut, noe som beskrives som positivt for den faglige sammensetningen av gruppen. Noen ansatte trekker imidlertid fram at prosessen med kommunesammenslåing krever en del ekstra ressurser, noe som gjør at de ikke alltid får gjort alt de ønsker å gjøre.

Samarbeidet mellom tildelingsenheten og utførerenhetene beskrives fortsatt som godt av begge parter. Samarbeidet med andre (som PPT, fastlege, PPT, barnevern mv.) beskrives også som godt. De fleste informanter inntrykk av at samarbeidet har fungert godt lenge og ikke egentlig kan tilskrives forsøket.

Brukermedvirkning

Flere informanter trekker fram at forsøket har gitt en økt bevisstgjøring med tanke på å spørre om og avdekke hva som er viktig for brukeren. Dette har blant annet skjedd gjennom styrking av tildelingsenhetens kapasitet, arbeid med holdningsendring og nye verktøy slik som samtaleguiden.

De pårørende som deltok i fokusgrupper var generelt svært fornøyd både med tjenestetildelingen og kvaliteten på tjenestene. Dette var for så vidt også inntrykket i 2016 og 2017, med unntak av noen negative tilbakemeldinger forbundet med å ha sykehjemsplass utenfor kommunen. Dette ble ikke trukket fram som et problem i 2018, noe som kan skyldes åpningen av Luranetunet i slutten av 2017.

Rutiner og verktøy

Både samtaleguiden som brukes i kartleggingen og skjemaet for søknad om tjenester beskrives som gode og nyttige verktøy i tildelingen. Sjekklisten brukes i mindre grad da den beskrives som tungvint å bruke, uten at den gir direkte nytte inn i tildelingsprosessen.

Økonomi og finansieringsmodell

Når det gjelder økonomien i forsøket beskrives 2017 som det første reelle driftsåret, mens 2016 innebar mye opprydding og retting av feil. Det som da kom fram var at Os fikk mer i tilskudd enn de i utgangspunktet hadde forventet, og at kommunens netto utgifter til å drifte tjenestene var lavere enn tilskuddet.

I regnskapet for 2017 ble det satt av 31,2 mill. kr på bundne driftsfond som følge av overskuddet i forsøket, hvorav 9,7 mill. kr kom fra inntektpåslaget mens 21,5 mill. kr på øvrig overskudd, som da primært skyldes differansen mellom kommunens kostnadsnivå på tjenestene og tilskuddene fra Helsedirektoratet. En mer utfyllende beskrivelse knyttet til enhetspriser og økonomiske resultater av forsøket følger i kapittel 6.

På bakgrunn av dette la administrasjonen 8. mai 2018 fram et forslag for formannskapet om å bruke en del av ekstramidlene fra forsøket på følgende tiltak:

Tabell 4-1: Forslag til formannskapet i Os kommune vedrørende bruk av ekstra midler fra forsøket 25.4.2018

Innkjøp av utstyr/velferdsteknologi	9 mill. kr
Kompetanseheving	3 mill. kr
«Nye Luranetunet»	5 mill. kr
Prosjektering m.m. «gamle sjukeheimen»	2 mill. kr

Det ble i saksfremlegget vektlagt at kommunen skulle drive iht. eksisterende driftsnivå og ikke øke tjenestene utover antall brukere og tjenester tildelt gjennom vedtak. Videre ble det lagt til grunn at det ville være overskudd også i 2018 og 2019.

Flere trekker fram at forsøket har gitt store ekstraintekter for kommunens pleie- og omsorgstjeneste, som har gitt rom for å styrke tjenesten, uten å pådra langsiktige forpliktelser for kommunen.

Når det gjelder det administrative beskrives dette som mindre omfattende enn den var i de tidlige fasene av forsøket. Den ekstra tiden som tildelingsenheten bruker på saksbehandling er først og fremst knyttet til å skrive bedre og flere vedtak, og grundigere saksutredninger. Selv om det også nå er en del administrativt arbeid med tertialrapportering og kontroll, beskrives dette som mindre ressurskrevende når systemet først er på plass.

Velferdsteknologi og tjenesteutvikling

Flere informanter trakk fram konkrete planer og satsinger innen velferdsteknologi og annen tjenesteutvikling. En gruppe fra kommunen hadde blant annet vært på studietur til Ålborg i Danmark og fått inspirasjon og kunnskap om ulike løsninger. Som nevnt i avsnittet over har deltagelsen i forsøket gitt kommunen økt økonomisk handlingsrom som bidrar til å finansiere flere satsinger.

En av satsingene har vært å styrke arbeidet med hverdagsrehabilitering. Programmet som tidligere var på fire uker ble økt til fem for å følge opp brukerne bedre i ettertid (etterbygging). Kommunen har også opprettet arbeidslag for demens med fem nye stillinger.

Videre har det vært satset på oppgradering av det lokale hjelpemiddellageret og å kjøpe moderne utstyr til Luranetunet (senger, løfteanordninger mv). Flere trekker også fram mer langsiktige planer knyttet til e-helse. Blant annet skal det anskaffes et nytt system sammen med Fusa, med teknisk plattform og responscenter, som kan fungere som infrastruktur for en rekke nye applikasjoner (GPS, varslingsystemer mv). Integrasjon mot journalsystem nevnes også som et utviklingsområde. Denne satsingen på velferdsteknologi gjøres i samarbeid med flere andre kommuner i Nord-Hordaland.

4.1.4 Oppsummering: hvordan har forsøket påvirket Os?

Som tidligere er det overordnede inntrykket fortsatt at de fleste ansatte i kommunen er fornøyd med påvirkningen forsøket har hatt. Forsøket har bidratt til en profesjonalisering av tildelingsprosessen som blant annet har gått ut på at:

- ▶ Vedtakene har blitt forvaltningsfaglig sterkere, blir revurdert oftere og setter tydeligere mål for brukeren.
- ▶ Kartleggingsprosessen har blitt grundigere, med økt vektlegging av det å forstå brukerens situasjon og hva som er viktig for brukeren. Det skyldes blant annet nyttige verktøy i tildelingsprosessen (samtaleguide og nytt søknadsskjema).
- ▶ Tildelingsenheten har fått bedre kapasitet og mer tverrfaglig kompetanse. I tillegg samarbeider tildelingsenheten tettere med økonomiavdelingen enn tidligere.
- ▶ Rapporteringen knyttet til forsøket har gitt kommunen bedre oversikt over egne tjenester og økonomien forbundet med ulike tiltak.

Os kommune har hatt et betydelig positivt økonomisk resultat fra forsøket så langt, både på grunn av inntektpåslaget og differansen mellom kommunens netto kostnader og tilskuddene fra Helsedirektoratet. Forsøket har dermed gitt betydelige ekstra midler til kommunen som er øremerket pleie og omsorg. Deler av disse midlene blir eller skal bli investert i blant annet velferdsteknologi, kompetanseheving og hverdagsrehabilitering.

For øvrig har åpningen av Luranetunet bo- og behandlingssenter i november 2017 hatt stor påvirkning på kommunens tjenestesammensetning, noe som kan gjøre det krevende å identifisere hvilke endringer som faktisk skyldes forsøket. Den observerte tendensen til økning i omfang på tjenester må derfor vurderes i lys av dette.

Den planlagte sammenslåingen med Fusa kommune vil også kunne påvirke kommunens prioriteringer og utvikling framover.

4.2 Stjørdal

Stjørdal kommune var gjennom en omorganisering i forkant av forsøket. Etat omsorg ble delt inn i 5 virksomheter: Hjemmetjenesten, Institusjon og demens, Bo- og miljøarbeidertjenesten, Forebyggende virksomhet og Psykisk helse og rus. I tillegg er tjenester som er knyttet til etat omsorg (NAV og VR Helse; DMS, Legevakt og Forvaltning/tildeling) samorganisert i et interkommunalt samarbeid, der etatsjef i Stjørdal kommune er øverste leder.

I etatsjefens stab finnes det også tre fagteam: Psykisk helse og rus, Aldring og somatikk samt Samarbeidsteam barn og unge.

4.2.1 Status før forsøket

I vår nullpunktsanalyse av Stjørdal i 2016 ble det gjort vurderinger av status i Stjørdal kommune før forsøket. Hovedinntrykket var at Stjørdal var en veldrevet kommune på dette området, med svært effektiv drift og mange tiltak langt ned i omsorgstrappen.

Tildelingen: Regionalt tildelingskontor, men med flere aktører

Forvaltningsfunksjonen i Stjørdal kommune var og er fortsatt en del av Forvaltningskontoret i Værnes-regionen. Informantene var før forsøket i rimelig grad tilfreds med kompetansen i forvaltningsfunksjonen som bestod av sykepleiere, sosionom og vernepleiere. I kartleggings- og tildelingsprosessen deltok i tillegg til Forvaltningskontoret også Hverdagsrehabiliteringsteamet og Primærhelseteamet. Dette synes å styrke kompetansen ytterligere. Samtidig førte tilstedeværelsen av tre aktører i disse prosessene til noen uklarheter rundt roller og ansvar.

En langvarig satsing på hjemmetjenester

I 2015 var de korrigerede utgiftene til pleie og omsorg i Stjørdal lavest blant forsøkskommunene. Stjørdal hadde et gjennomsnittlig nivå blant forsøkskommunene til pleie i hjemmet, med et utgiftsnivå noe over landssnittet. Antall timer tildelt til praktisk bistand var nest lavest blant forsøkskommunene. Tilbudet i Stjørdal var videre preget av høye kostnader til psykisk helse, relativt lave kostnader til mennesker med psykisk utviklingshemming, og de laveste kostnadene blant forsøkskommunene til institusjon. Kostnadsnivået til institusjon var langt under halvparten av landssnittet.

Andelen fagutdannede var godt over landssnittet og høyest blant forsøkskommunene. Andelen med høyskoleutdanning er 6 prosentpoeng over landet som helhet. Tilbudet om fysio- og ergoterapi på sykehjem var på et vesentlig lavere nivå enn landet, det samme var nivået på legetimer.

Stjørdal kommune bruker fortsatt lite ressurser til helse og omsorg. Det kommunen primært har ønsket å få ut av forsøket er en «økonomisk muskel» til ytterligere utvikling, spesielt med hensyn til læring i organisasjonen. Det er menneskene som utfører tjenestene og dersom tjenestene skal utvikle seg må de ansatte utvikle seg, dette trenger kommunen drahjelp til. Ut fra dette trenger kommunen i en periode å bruke mer ressurser på hverdagsrehabilitering.

4.2.2 Innføring av forsøket

Ved innføring av forsøket ble det gjort en omfattende ryddejobb som innebar en gjennomgang av alle tidligere vedtak. Vedtak ble justert og endret. Og kommunen tok i bruk nytt kartleggingsverktøy, sjekklister og samtaleguide.

Kommunen var også opptatt av å etablere sammenheng mellom tildelte og utførte tjenester. Gjennomgangen av vedtakene viste at mange brukere hadde fått mer enn vedtaket tilsa, mens på andre områder, eksempelvis innen helsetjenester i hjemmet, ble det i noen grad gitt for lite.

Stjørdal har også etablert sammenhenger mellom omfang i vedtak og tilgjengelige ressurser i utførerenhetene. Her ble det avdekket til dels store avvik mellom de tjenestene som er tildelt og den tiden den enkelte virksomhet har til disposisjon.

4.2.3 Utviklingen i forsøksperioden

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Kommunen har etablert Hverdagsmestringsteam (HMT) og Trygghetsambulerende team (TAT). Ifølge informantene har dette ført til økt satsing på forebyggende arbeid. Om lag 40 prosent av de som kartlegges av HMT tildeles ikke tjeneste. Mange av disse får tips om hvordan de skal unngå eller utsette å bli hjelpetrequende. Blant tiltakene som tilbys er eksempelvis deltagelse i treningsgrupper. HMT kan dermed ha bidratt til økt ressursbruk på tiltak som ikke dekkes av finansieringsordningen i forsøket.

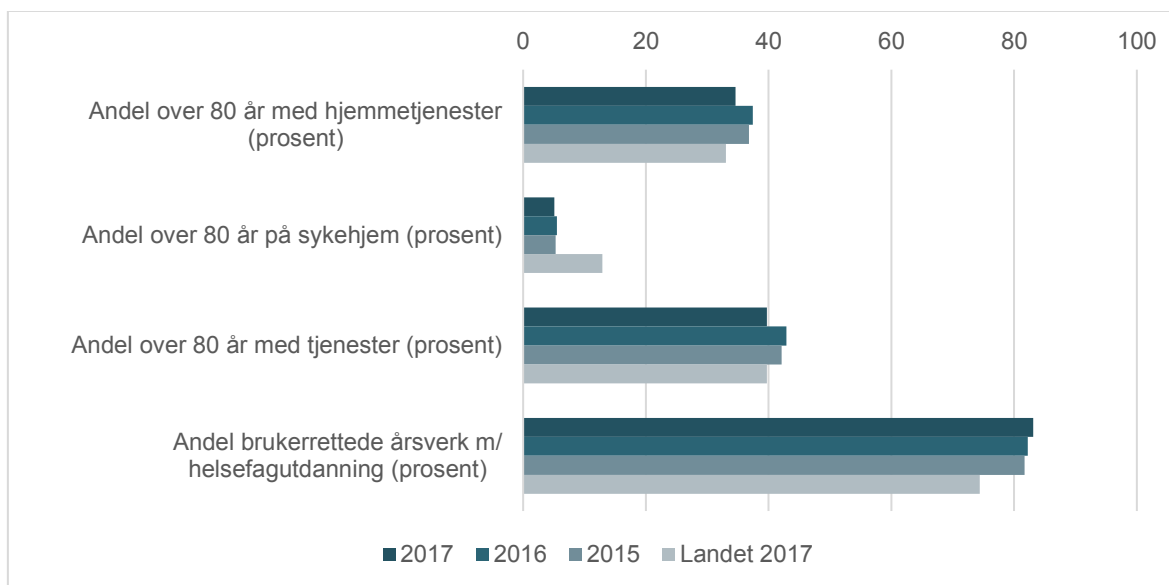
Tiltakene HMT og TAT samt den nye tildelingsprosedyren som har blitt etablert i forsøket har bidratt til økt tildeling av tjenester langt nede i omsorgstrappen. Kommunen har også etablert en rehabiliteringsenhet for hjemmeboende med behov for opptrening etter skade eller sykdom. Fylkesmannen har bidratt med midler for å utprøve dette tilbudet.

Det forebyggende arbeidet har til nå i stor grad vært prosjektorganisert. Kommunen jobber med å implementere metodikken i daglig drift. TAT skal i 2018 gå fra å være et prosjekt til å bli en arbeidsmetode i virksomhetene. Hverdagsmestringsperspektivet skal integreres i hele virksomheten. Omsorgstjenesten har gjennomført en «mestringsuke» med de ansatte hvor det har vært fokus på hva den enkelte ansatte kan gjøre i det daglige for å øke brukernes egenmestring.

Arbeidet med forebyggingsperspektivet har ført til at timetallet pr. bruker i hjemmetjenesten har gått ned sammenlignet med 2016. Samtidig øker behovet for institusjonstjenester. Brukere som tildeles institusjonsplass har et stadig økende bistandsbehov. Kommunen opplever nå en mangel på langtidsplasser. I noen grad har kommunen brukt korttidsplassene til langtidsplasser i påvente av nyetablering, men dette fører igjen til mangel på korttidsplasser. Stjørdal har avtale om å kjøpe korttidsplasser i nabokommuner.

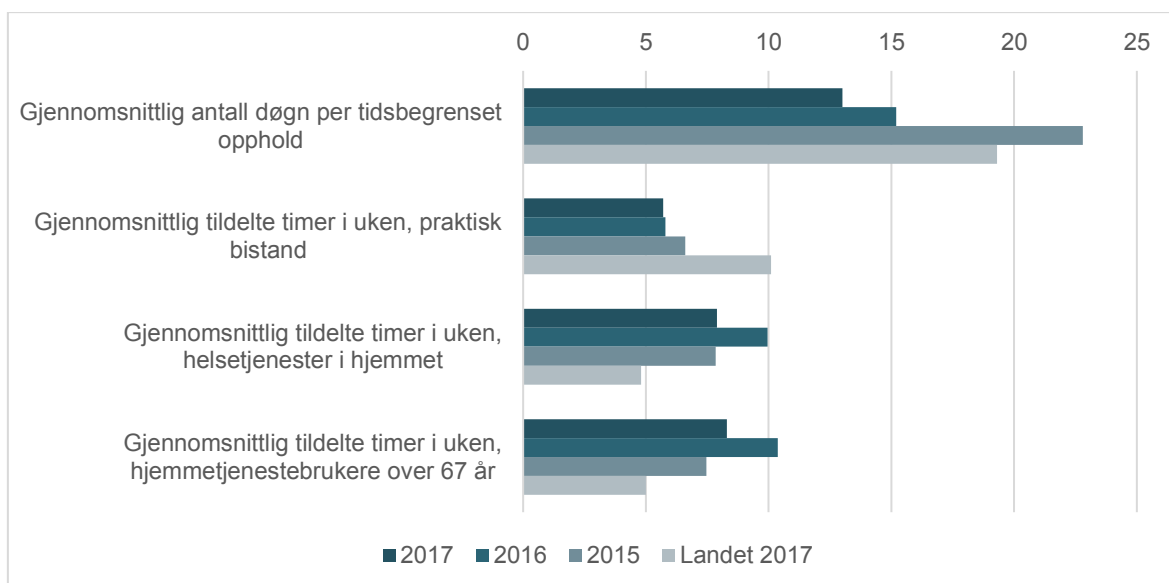
Kommunen har opplevd at en del demente som ikke har vært i stand til å bo hjemme har nektet å godta institusjonsplass. For å håndtere disse brukerne på en forsvarlig måte har det vært nødvendig med tvangsvedtak. Tvang kan ikke brukes for plass i bemannede boliger, bare på sykehjem. Stjørdal har derfor omhjemlet 8 plasser i boliger til institusjon. De forventer at dette vil kunne skje også i 2018.

En gjennomgående tendens er at andelen eldre over 80 år som har tjeneste er lavere i 2017 enn i 2015, se Figur 4-4. Andelen over 80 år som har hjemmetjenester er like under snittet for landet og nest lavest blant forsøkskommunene. Dekningsgraden for sykehjem målt som andel av eldre over 80 år er under halvparten av landssnittet og nest lavest blant forsøkskommunene. Årsverk med helsefagutdanning ligger høyest blant forsøkskommunene og over landsnittet.



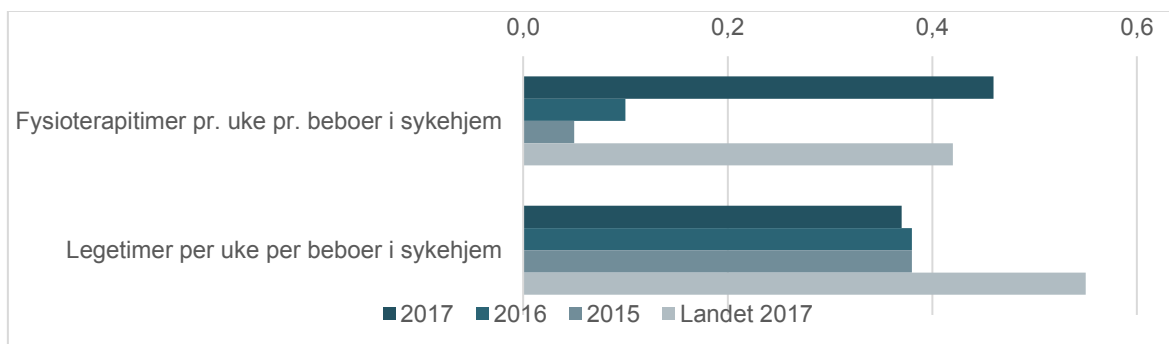
Figur 4-4: Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Stjørdal kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Antall timer pr. uke tildelt til praktisk bistand ligger på halvparten av landssnittet og nest lavest blant forsøkskommunene, mens antall timer tildelt til helsetjenester ligger på et relativt høyt nivå, se Figur 4-5.



Figur 4-5: Gjennomsnittlig antall timer/døgn for ulike tjenester i Stjørdal kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Antall fysioterapitimer pr. uke ligger nå på et gjennomsnittlig nivå, mens legetimer pr. uke ligger på et relativt lavt nivå, jf. Figur 4-6.



Figur 4-6: Gjennomsnittlig antall timer med lege og fysioterapeut i sykehjem i Stjørdal kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Stjørdal klarer stort sett å ta imot pasienter som skrives ut fra sykehus. For å håndtere det på en god måte er Stjørdal avhengig av å kjøpe noen korttidsplasser i andre kommuner.

Vedtak

Før forsøket startet var vedtakene i kommunen ulikt utformet. I noen vedtak var antall timer oppgitt, mens i andre vedtak var ikke timer spesifisert. Nå har alle vedtak fått lik form, de synliggjør hva slags type hjelp brukeren skal få. Timer spesifiseres ikke, bortsett fra i vedtak om støttekontakt og andre oppdragskontrakter.

Som følge av etablering av Hverdagsmestringsteamet har kommunen nå, ifølge informantene, enda bedre behovskartlegging enn tidligere. Dette har ført til riktigere tjenestetildeling, sier informantene.

Flere informanter peker på at noen av de viktigste effektene av forsøket er kvalitetsheving på vedtak og forbedret forvaltningspraksis. Det jobbes grundigere i alt fra kartlegging av brukerne til drøfting og saksbehandling.

Når det gjelder i hvilken grad tildelingsprosessen er effektiv, er det delte oppfatninger blant informantene. I Stjørdal er det tre instanser som er involvert i tildelingsprosessen: Forvaltningskontoret, Hverdagsmestringsteamet og Primærhelseteamet (som består av virksomhetslederne). De tre instansene beskrives ikke som godt koordinerte, og mange informanter mener at det eksisterer uenighet både med hensyn til faglige vurderinger og økonomiske betraktninger.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Forvaltningskontoret er en del av en interkommunal enhet. Kontoret har i løpet av det siste året fått økt bemanning. Det er nå syv årsverk som betjener Stjørdal. Tidligere ble kapasiteten beskrevet som utilstrekkelig. Nå synes de i hovedsak å klare å utføre sine oppgaver.

Totalt sett beskrives kompetansen i tildelingsfunksjonen som god, men den er delt mellom Forvaltningskontoret og HMT. Forvaltningskontoret ønsker seg økt tilgang på juridisk kompetanse og bistand til systemutvikling.

Kartlegging av brukerne gjennomføres i hovedsak av HMT og utførerenhetene. Forvaltningskontoret deltar til en viss grad i kartleggingsarbeidet, men har ikke ressurser til å prioritere alle sakene.

Samarbeidet mellom Forvaltningskontoret, HMT og utførerenhetene beskrives som godt, og instansene har hyppig kontakt med hverandre. Det er imidlertid noen utfordringer knyttet til rolle- og

ansvarsfordeling som gjør at det kan oppstå diskusjoner både i for- og i etterkant av vedtak. Noen vedtak blir fattet som midlertidige eller foreløpige.

Tildelingene oppleves å være i henhold til Helsedirektoratets veileder. Flere informanter sa i 2017 at det var lite nytt i denne veilederen: «*Det er sånn vi har arbeidet hele tiden.*»

Informantene opplever at samtaleguiden fungerer svært bra, den brukes gjennomgående og den er blitt supplert med kommunens egne spørsmål.

Sjekklisten omtales som uhensiktsmessig og den brukes i liten grad. Noen mener riktignok at den med fordel kunne vært brukt som utgangspunkt for evaluering av tildelingsprosessen i etterkant.

Brukermedvirkning

Informantene sier at Stjørdal også før forsøket hadde fokus på brukers behov og medvirkning, men at forsøket i stor grad har bidratt til å forsterke dette og forankre det gjennom hele sektoren. Samtaleguiden er egnet til å framheve hva som er viktig for brukeren og for de pårørende, og vedtaksformatet gjør at man må dokumentere brukermedvirkningen.

Ved tidligere besøk i Stjørdal pekte flere av informantene på interessemotsetningene mellom pårørende og brukerne, f.eks. om tilbud i hjemmet versus institusjonsplass. Dette fremkom i liten grad i denne kartleggingen. Måten kartleggings- og tildelingsprosessen gjennomføres på og det faktum at vedtakene viser telefonnummer pårørende kan ringe ved behov gjør at de pårørende føler større trygghet og opplever at deres behov blir ivaretatt. «Hva er viktig for deg»-spørsmålet stilles alltid, men som en informant sier: «*Det fungerer ofte ikke like godt å starte samtalen med dette spørsmålet.*»

Også det at det settes mål for tjenesten oppfattes som nyttig for mange brukere. Målsettingen bidrar til å begrunne tiltakene.

Rutiner og verktøy

Som et resultat av forsøket er det innført nye og bedre verktøy i kartleggings- og vedtaksprosessene. Som nevnt ble alle tidligere vedtak revidert i 2016-2017. Effekten av dette uttrykkes av informantene blant annet slik:

«Proessen med omkodning av vedtak gjorde at mange ble involvert og dermed fikk mange dyp forståelse av prosjektet. Alle deltok på dugnaden. En fersk ledergruppe bidro til rask implementering. Det ga god læreeffekt, bidro til oversikt og ga de involverte forståelse for verdikjeden. Det ble lettere å se forskjell på vedtaks- og utførerrollen og vi fikk økt forståelse for hvorfor vi venstreforskyver tjenestene.»

Kartleggingen av brukerne er blitt mye grundigere. Konsekvensen av nye kartleggingsverktøy, utarbeidelse av ny forskrift og etablering av Hverdagsmestringsteamet er at nye brukere kartlegges systematisk over en 14-dagers periode. Tidligere ble kartleggingen utført på en dag. Vi har tidligere i denne gjennomgangen nevnt at dette har ført til at kun vel 60 prosent av nye brukere mottar tradisjonelle tjenester etter endt kartlegging.

Økonomi og finansieringsmodell

Informantene har gjennomgående en positiv opplevelse av finansieringsmodellen og de økonomiske konsekvensene av forsøket.

Årsakene synes å være at:

- ▶ Kommunen kommer gunstig ut av finansieringsmodellen

- ▶ Noen midler har vært øremerket noen bestemte prosjekter som kommunen ellers ikke ville ha kunnet finansiere. Eksempler er Hverdagsmestringsteamet, Trygghetsambulerende team, demensteam og en stilling for satsing på velferdsteknologi. I tillegg satses det på videreutdanning av ansatte.
- ▶ Store deler av overskuddet er satt av på fond og er øremerket Helsehus
- ▶ Forsøket har ført til økt innsikt i kostnadsstrukturen i tjenesten

Stjørdal har kommet svært gunstig ut i den finansieringsmodellen som er valgt. Dette kan skyldes at kommunen ved inngangen til forsøket hadde et svært lavt kostnadsnivå knyttet til de berørte tjenestene.

Ledelsen i kommunen har fra begynnelsen av forsøket klart uttrykt at de ikke vil at finansieringen i ordningen skal påvirke tildelingen av tjenester eller kostnadsnivået i tjenesteproduksjonen. De ulike utførelsenhetene er rammefinansiert på samme måte som de var før forsøket. Informantene har så langt i prosjektet gitt uttrykk for at deltagelse i forsøket ikke har ført til en endret tildelingspraksis og derved mer omfattende tjenester.

Ved dette besøket er det imidlertid flere som mener at tjenestevolumet har økt.

«Vi har lagt oss ut. Hva skjer når vi skal ned? Jeg ser av skyggeregnskapet at vi ligger høyere nå enn rammene våre tilsier.»

Velferdsteknologi

Som nevnt over, har Stjørdal etablert en deltidsstilling for satsing på velferdsteknologi. De har bl.a. installert ulike alarmer, med og uten sensorer. Videre har de installert digitale hjelpemidler i hjemmene til en del brukere. Disse kan gi varslere om daglige gjøremål. Brukerne skal selv programmere, men pårørende skal kunne få informasjon om brukeren har utført handlingene som er programmert inn.

En del ansatte har også fått nettbrett som arbeidsverktøy. Flere informanter sier at det er fremdeles svakheter i implementeringen. De er avhengige av ildsjeler blant de ansatte, og enheter som mangler ildsjeler på dette feltet er blitt hengende etter.

4.2.4 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket Stjørdal?

Informantene gir gjennomgående uttrykk for at kommunens deltagelse i prosjektet har bidratt positivt til utvikling av pleie- og omsorgssektoren.

Det fremstår som om fokuset på forebygging, hverdagsmestring, og brukers og pårørendes behov og den helhetlige tilnærmingen til tildeling og utførelse av tjenester er i ferd med å spre seg til hele sektoren. Dette er dels effekter av nye verktøy og opplæringen som ble gitt i forbindelse med etablering av forsøket og dels av etableringen av Hverdagsmestringsteamet og Trygghetsambulerende team som har vært finansiert av forsøket.

Økt innsikt

Et viktig funn i forrige kartlegging var at organisasjonen opplevde at de hadde fått en innsikt i tjenesten de ikke hadde fra før. Denne innsikten synes å ha økt.

«Vi har en fabelaktig oversikt over timer, tidsbruk og økonomi.»

Stjørdal har i samarbeid med Os utviklet en budsjettfordelingsmodell. Kapasiteten på økonomi er også økt, kommunen har nå to kontrollere på dette området.

Andre omtaler forsøket som «*rene gudegaven*» da det har bidratt til utvikling av gode og robuste systemer. Det er flere av informantene som reflekterer over hvor mye mindre innsikt de hadde tidligere.

Sammenheng mellom tildelte tjenester og utførte tjenester

Den økte innsikten har ført til at kommunen i større grad har mulighet til å kontrollere at brukerne får de tjenestene de har krav på. I det arbeidet som er blitt utført i forsøkets første år er det avdekket til dels store avvik mellom de tjenestene som er tildelt og den tiden den enkelte virksomhet har til disposisjon. Gjennom den grundige kartleggingen er vedtak rettet opp og skjevheter som har eksistert i flere år er korrigert.

Denne sammenhengen er også muliggjort gjennom kvalitetsheving på vedtak og forvaltningspraksis. Nå ser også kommunen effekt av jobben som er blitt gjort med utarbeidelse av gode tildelingskriterier. Kriteriene er grunnlaget for vedtakene og vedtakene utgangspunkt for tjenestene. «*Det er her styringen ligger*». Flere hevder at «*det er det viktigste forsøket har gjort med oss*».

Det synes også som om praksisen med å begrunne vedtakene, sette mål for tjenestene og det å dokumentere brukermedvirkning både har virket bevisstgjørende og bidratt til å at det er lettere å se sammenheng mellom tildeling og vedtak. I tillegg bidrar det til nødvendig dynamikk med hensyn til revurdering og endring av vedtak.

4.3 Lillesand

4.3.1 Status før forsøket

I Lillesand er pleie- og omsorgstjenestene organisert i Sektor for kultur og helse. Sektoren ledes av en egen kommunalsjef. Kommunen tilbyr hjemme- og institusjonstjenester i to distrikter (sentrum og Høvåg). Enhet for habilitering omfatter 4 bofellesskap, en avlastningsbolig og et dagsenter med to avdelinger for personer med utviklingshemming mv. Enheten har også ansvar for tjenester til personer som bor i private boliger og har behov for helse- og omsorgstjenester. Enheten har ansvar for en BPA-ordning (brukerstyrt personlig assistanse) med over 10 årsverk. I enheten er det også organisert et bofellesskap for enslige mindreårige, som tilbyr tjenester som ikke omfattes av forsøksprosjektet. Resten av sektoren tilbyr også tjenester som heller ikke er en del av forsøket. Enhet for tverrfaglig helse, ergo- og fysioterapi gir et viktig tilbud til brukere av pleie- og omsorgstjenester. Det er relevant å se tilbudet om ergo- og fysioterapi i sammenheng med pleie- og omsorgstjenestene som inngår i forsøket.

Avdeling for Tjenestekontor ble opprettet i 2012. Avdelingen ble lagt direkte under kommunalsjefen (den gang sektorsjef for helse og kultur), for å sikre en organisatorisk avstand til utførerenhetene.

I 2018 ble det etablert et Innsatsteam. Dette erstattet team for Hverdagshabilitering.

Tildelingsprosessen ved starten av forsøket: Endret beslutningsmyndighet og mer fokus på mål som følge av forsøket

Ved inngangen til forsøket opplevde de ansatte at kompetansen på tildelingskontoret var høy. Den tverrfaglige kompetansen ble ivaretatt gjennom godt samarbeid med andre aktører, som utfører-enhetene, fastlegene, sykehuset og NAV. Før forsøket ble kartleggingen gjort bare av sykepleiere.

Kommunen hadde få eller ingen rutiner som sikret at brukerne skulle få antallet timer som var vedtatt. Samtidig var brukerne godt fornøyd og ingen klagde på for få timer.

Før forsøket var det enhetsleder som signerte vedtaket og hadde det siste ordet. Etter forsøket er beslutningsmyndigheten flyttet til leder for tildelingskontoret. Samtidig fortsatte kommunen praksisen med en nær dialog mellom bestiller og utfører.

Samtaleguiden som ble innført ved inngangen til forsøket opplevdes av de ansatte som en vesentlig endring. Guiden opplevdes som god med gode rutiner. Ansatte opplevde også at den nye guiden førte til mer arbeid.

Tjenesten opplevde at de ikke hadde vært flinke nok til å fastsette målsettinger for brukerne. Det skulle bli lagt mer vekt på fastsetting av mål, som de ansatte oppfattet at måtte innebære en kulturendring både blant ansatte og brukere.

Tjenestene ved inngangen til forsøket: Stor vekt på institusjon og korttidsplasser som ikke fungerte godt nok

I 2015 var de korrigerede utgiftene i Lillesand helt på linje med landet som helhet. Lillesand var den forsøkskommunen som brukte mest på institusjon. Samtidig hadde kommunen en noe lavere andel av gruppen over 80 år på institusjon. Lillesand tilbød ikke boliger med bemanning til eldre brukere.

Lillesand hadde få korttidsplasser og lang gjennomsnittlig oppholdstid på disse plassene. Det så ut som kommunen ikke hadde klart å utnytte plassene godt nok.⁹

Andelen fagutdannede var noe høyere enn i landet for øvrig. Tilbudet om fysio- og ergoterapi på sykehjem var på et lavere nivå enn i landet. Utgiftene til hver sykehjemsplass var på linje med landsgjennomsnittet.

Fremtidens tjenester: Forsøket som drahjelp for utvikling og styrkede hjemmetjenester

Politikere, ledere og ansatte var i stor grad enige i ønsket om å styrke hjemmetjenestene, slik at flere kan bo hjemme og færre på institusjon. Lillesand skulle bruke prosjektet som en ekstra drahjelp for utviklingen av tjenestene med blant annet økt satsing på hjemmebasert omsorg, samt mer vekt på mestring og fastsetting av mål¹⁰.

Det var behov for å differensiere tilbudet, slik at omsorgstrappen skulle få flere trinn: Boliger med bemanning, et mer differensiert dagtilbud, et styrket tilbud til grupper med få brukere og styrking av det forebyggende arbeidet på de nederste trinnene i omsorgstrappen.

4.3.2 Innføring av forsøket

Det var et betydelig arbeid med å sikre at riktige vedtak blir lagt inn i fagsystemene og med å sørge for korrekt informasjon til rapporteringen til Helsedirektoratet som grunnlag for utbetaling av de statlige tilskuddene. Merarbeidet har ført til overtid og til redusert kapasitet til å gjennomføre andre utviklingsprosjekter. En av informantene sier:

Hadde Helsedirektoratet vært klar over hva forsøket innebar burde de forventet slik at ting kunne kommet på plass.

Det synes likevel å være enighet om at denne oppryddingen har vært nyttig. Oppryddingen har gitt grunnlag for å sammenlikne bemanningen i de ulike enhetene med tilskuddene som blir utbetalt. Kommunen har med andre ord fått et mer presist grunnlag for å styre ressursene. Oppryddingen viser blant annet at habiliteringstjenesten har hatt for lav bemanning.

Vi har brukt mye tid på opplæring – systemjobbing. Vi kan nå se og forstå hva man gjør. Tidligere har det vært mye feil. Vi er blitt bevisstgjort. Ipader sørger for at utførerne må legge inn riktig.

Flere opplever at de økonomiske sidene av prosjektet har krevd mer arbeid enn opprinnelig forventet. Enkelte oppfatter derfor at det burde være satt av mer ressurser til systemansvar og

⁹ Se kommentar om endring på dette området i tilknytning til Tabell 5-3

¹⁰ Disse ambisjonene er for en stor del blitt oppfylt, jf. omtale nedenfor.

økonomiansvar slik at ryddejobben hadde blitt mer oversiktlig og mindre ressurskrevende for enkeltpersoner.

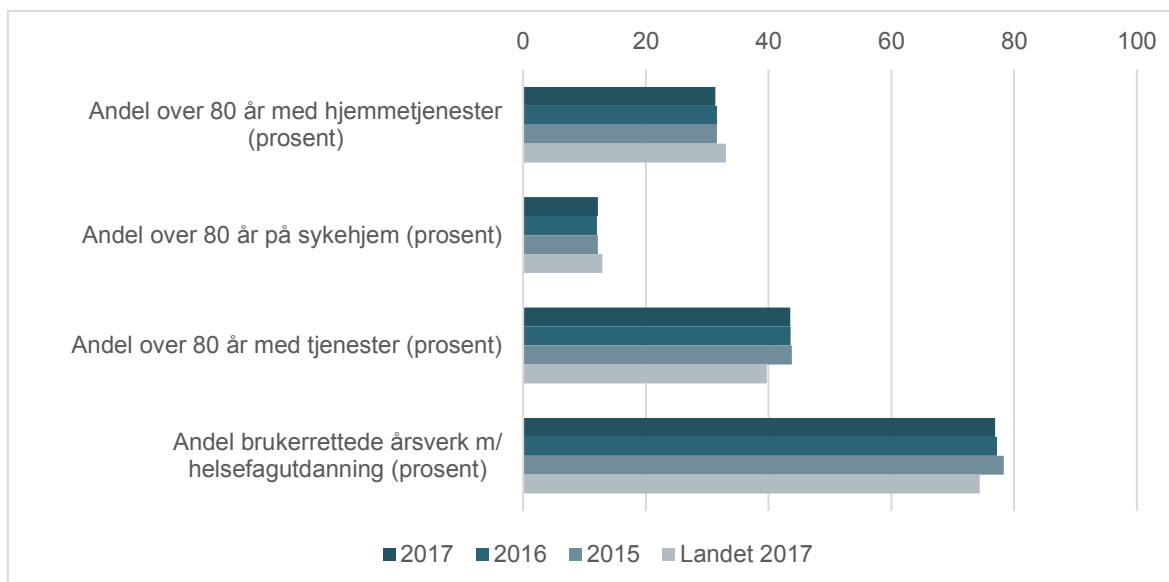
4.3.3 Utviklingen i forsøket

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

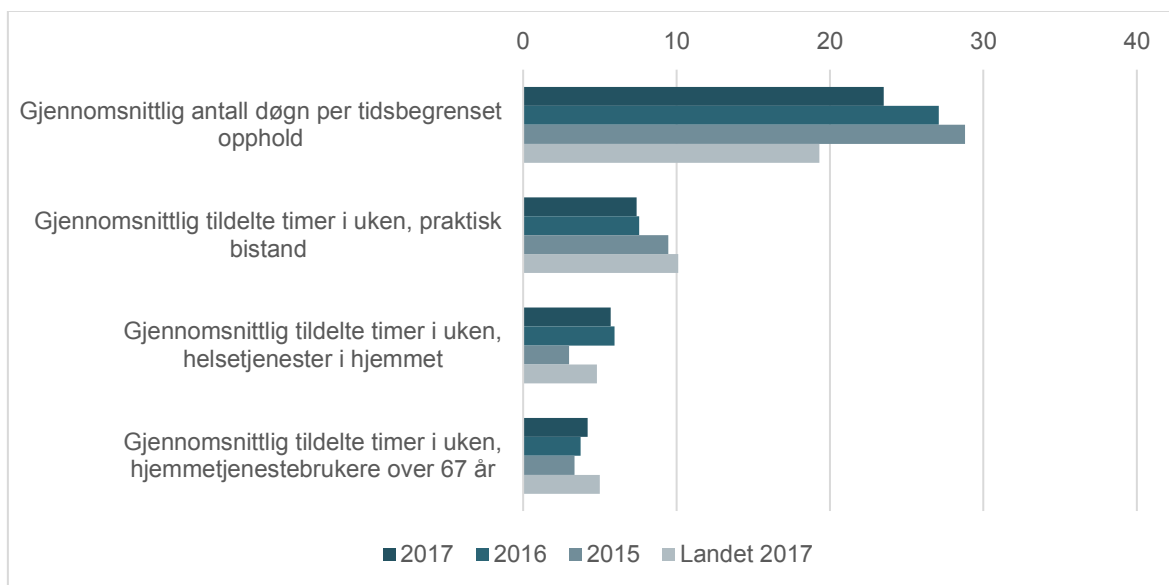
Et hovedinntrykk er at det har vært mer moderate endringer i Lillesand enn i en del andre kommuner i denne perioden. Men det er likevel en del markante endringer:

- ▶ Gjennomsnittlig varighet av tidsbegrensede opphold er blitt redusert
- ▶ Gjennomsnittlig antall timer tildelt praktisk bistand i hjemmet er redusert, mens gjennomsnittet for helsetjenester og hjemmetjenester for brukere over 67 år er økt

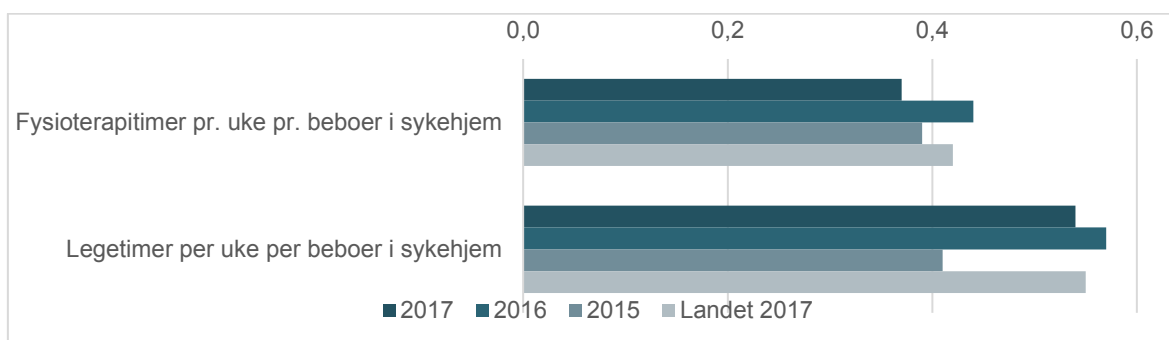
Vi har også sammenlignet nøkkeltall for Lillesand og landet som helhet i 2017. Hovedinntrykket er at Lillesand skiller seg relativt lite fra landsgjennomsnittet på de fleste områder, jf. Figur 4-7 og Figur 4-8.



Figur 4-7: Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Lillesand kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA



Figur 4-8: Gjennomsnittlig antall timer/døgn for ulike tjenester i Lillesand kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA



Figur 4-9: Gjennomsnittlig antall timer med lege og fysioterapeut i sykehjem i Lillesand kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Den viktigste endringen siden rapport for 2017 er at Lillesand har etablert Innsatsteam til erstatning for Hverdagshabilitering. Dette er ikke direkte utløst av forsøket, men kunne ha vært gjennomført uansett. Innsatsteam er en modell nærmest kopiert fra Stjørdal, og læringen i forsøket har vært avgjørende for etableringen, men ikke nødvendigvis finansieringsmodellen eller verktøyene i forsøket.

Hverdagshabilitering fungerte ikke så godt før Innsatsteamet ble etablert. Trolig hadde opplegget for strenge inklusjons-/eksklusjonskriterier. Dette gjorde at de hadde ganske få brukere. Innsatsteam brukes mer rutinemessig. Teamet kommer inn allerede i kartleggingsfasen. De ser hva man kan få til med ulike former for tilpasninger, opplæring, trening og hjemmebaserte tjenester. Innsatsteamet er ofte med på kartleggingsamtale sammen med ansatte som har ansvar for å fatte vedtak om tjenestetildeling. Innsatsteamet deltar også i tildelingsmøter.

Fra 1. oktober 2018 ble Innsatsteamet fullt bemannet med 3,5 årsverk pr 01.10.18. To av disse årsverkene er finansiert via inntektpåslag.

Med unntak av etableringen av Innsatsteam, har det ikke skjedd markante endringer i tjenestetilbudet siste år. Kommunen har i september 2018 startet med dagsenter for demente på Levende

gård i Høvåg. Dette tilbudet er rettet mot demente brukere, tilbudet er p.t. 3 dager i uken med plass til 6 brukere pr. dag.

Det er også ansatt en egen rådgiver som har som fokus å få gjennomført og etablere Helse-fremmende hjemmebesøk, forebygging av ensomhet samt at hun har vært pådriver sammen med demenskoordinator i forhold til å få startet Dagsenteret for demente.

Det er bred enighet om at Lillesand mangler botilbud med heldøgns bemanning. Det er da også besluttet utbygging, men byggestart er blitt utsatt pga. konflikt med samarbeidspartner. Nå venter kommunen på byggetillatelse.

I dag har Lillesand to sykehjem samt aldershjemmet «Sjømannshjemmet». Sistnevnte er etablert i et gammelt og lite funksjonelt bygg, har lav helsefaglig bemanning og er vedtatt nedlagt. Brukere som burde vært fått bemannet botilbud får i dag plass på Sjømannshjemmet eller på et av sykehjemmene.

Det er en del tilfeller der brukernes ønske om plass på alders- eller sykehjem er drevet av utrygghet og ensomhet. Et bemannet botilbud ville dekket behovet til disse brukerne.

Periodevis har det også vært mangel på langtidsplasser på sykehjem, bl.a. knyttet til pasienter som utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Når det har vært knapphet, har korttidsplassene vært brukt som langtidsplasser, slik at det er blitt mangel på korttidsplasser. Lillesand har opplevd at sykehus i mange tilfeller varsler om at pasienter skal utskrives, men at de så trekker varslet tilbake. Dette skaper problemer og merkostnader for kommunen fordi de kan rekke å ordne plass før varslet trekkes.

Informantene mener at forsøket ikke har hatt vesentlig betydning for utvikling av tjenestetilbudet høyt oppe i omsorgstrappa. Mangelen på botilbud med døgnbemanning ble erkjent før forsøket.

Derimot kan endringene lavt nede i omsorgstrappa – i form av etablering av Innsatsteam – delvis ses som et resultat av forsøket. Enkelte mener at økt satsing på hjemmetjenester har bidratt til at brukere bor hjemme lenger og til lavere gjennomsnittlig liggetid på sykehjem.

Vedtak

Det er ingen endringer når det gjelder hvordan timer registreres i vedtakene. For hjemmetjenester og institusjonstjenester som tilbys av de to distriktene fattes det ikke vedtak om timer. For hvert vedtak gjøres det likevel et anslag for antatt gjennomsnittlig tidsbruk som legges inn i tjenestebildet, siden det er dette som benyttes i finansieringsmodellen. Tildelingskontoret er blitt bedt om å bruke estimert tid for å ikke ha stoppeklokkepraksis. Tidsbruken legges også til grunn for kjørelistene. Hjemmetjenesten skriver inn endringer i et eget notat (B-notat), som fanges opp av saksbehandler ved store avvik. Det som blir utført blir skrevet opp i en dagsplan som man kan følge med på underveis i arbeidsdagen.

Det foretas ingen registrering av faktisk tidsbruk. I hjemmetjenestene baseres registrert tidsbruk på et antatt gjennomsnitt hos hver bruker. Psykiatri og habilitering fatter vedtak i timer som gir grunnlag for betaling.

Det er ingen direkte kontroll av om hver bruker får tjenester i samsvar med vedtak. Men arbeidslistene samt det faktum at brukerne får vedtakene, innebærer en form for kontroll. Videre har de samarbeidsmøter med utførerenhetene én gang per uke. Det er svært få eksempler på klager fra brukere som mener de ikke har fått tjenester i samsvar med vedtak. De få som har vært, har vært knyttet til praktisk bistand, og tildelingsenheten ønsker nærmere beskrivelse fra utførerenheten på praktisk bistand om hvilken bistand som gis helt konkret.

Revurdering av vedtak skjer ofte i tilknytning til ukentlige møter. Møtene er kommet i stand som en følge av forsøket. Mange revurderingssaker oppfattes som enkle og tas ikke med til møtet. Ofte er det tilbakemeldinger fra utførerenheter som gir grunnlag for revurderinger. Både utførerenhetene og tildelingskontoret uttrykker tilfredshet med samspillet mellom dem, bl.a. om behov for endring av vedtak. De følger ikke alltid regelen om at endring i tildeling på over en halv time per uke skal nedfelles i nytt vedtak. Det er tungvint å fatte nytt vedtak og brukerne kan bli urolige av å få nye vedtak.

Flere av informantene mener at vedtaksprosedyren for revurderinger er svært ressurskrevende og lite hensiktsmessig. Hvis endringene i vedtakene er moderate, brukes det en forenklet prosedyre.

Det er upraktisk at vedtak om bofellesskap spesifiseres med individuelle ressurser til oppfølging. Man burde heller hatt bemanningsnorm og tildeling av bofellesskap som tjeneste.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Tildelingsenheten har ubesatte stillinger knyttet til fysioterapi og ergoterapi og ser behov for å styrke denne kompetansen i forbindelse med tildeling av tjenester. Disse er på plass fra 01.10.18.

Informantene i Lillesand mener at samtaleguiden fra Helsedirektoratet i hovedsak fungerer godt. Det viktigste er at den setter bruker i fokus og at den legger opp til at bruker skal få beskrive sin egen situasjon, legge vekt på muligheter og mål og ansvarliggjøres. Guiden bidrar til gode rutiner, og kan kanskje være særlig nyttig for ansatte med lite erfaring, og da både som et hjelpemiddel i løpende virksomhet og som et verktøy for læring. Kartleggingen er altså blitt bedre fordi den er blitt standardisert, fordi spørsmålet om «hva som er viktig for deg» er sentralt i samtalen med bruker. Men den er også blitt mer ressurskrevende. Informantene mener den innledende kartleggingen er så nyttig at de har prioritert den sterkt. Bl.a. har prioriteringen av den innledende kartleggingen gjort at de ikke har kapasitet til å gjennomføre oppfølgingssamtalene etter en måned. Enkelte av informantene mener at kartleggingssamtalene bidrar til reduserte hjemmetjenester, redusert bruk av medisiner og behandlinger, mv.

Mens samtaleguiden oppfattes som svært nyttig, oppfattes sjekklisten som lite nyttig. Den blir lite brukt.

Det er nå etablert en rutine med faste tildelingsmøter tre ganger per uke med bred deltagelse fra Enhet for tjenestetildeling og Innsatsteam. Det er også etablert faste møter mellom hjemme-sykepleien, tildeling og Innsatsteam. Dette sikrer god tverrfaglig kompetanse i tildelingen og samordning av tilbudet til brukerne. Enkle saker behandles ikke i disse møtene. I tillegg er det mye uformell kontakt mellom saksbehandlerne, noe som også var vanlig tidligere. Informantene oppgir ikke forsøket som noen drivende faktor i utvikling av dette samarbeidet.

Både bruken av hjemmebesøk og samtaleguiden, som klart setter søkelys på brukers situasjon og behov, gjør at vedtakene blir bedre tilpasset brukers behov. Fokus på bruker gjør også at de ansatte må tilpasse sin rolle. En ansatt sier

I Lillesand kan jeg ikke innta ekspertrollen ved å fortelle brukerne hva som er bra for dem, men jeg må høre på hva de vil.

Lederne for utførerenhetene er tilfreds med informasjonsflyten mellom tildelingsenheten og deres egne enheter. De opplever bl.a. at vedtak om tildeling er blitt bedre formulert slik at det er klarere hva som skal leveres. Videre opplever de budsjettbeskrankingene som «myke», dvs. mindre strenge krav om å følge budsjettene. Det ble generelt brukt mindre tid på arbeid med budsjetter enn før. Det var også informanter som var bekymret for om aktivitetsnivået ville være bærekraftig etter at forsøket ble ferdig. Informantene opplevde at det manglet gode analyser av dette spørsmålet.

Selv om kommunen har innført statlig stykkprisfinansiering, har enhetene i kommunen fortsatt utgiftsrammer. Utførerenhetene opplever det slik at når behovet for tjenester endrer seg, har de fullmakt til å tilpasse kapasiteten tilsvarende. Rammene fungerer dermed som anslag og ikke beskrankninger.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkningen i Lillesand dekkes først og fremst på individuelt nivå, gjennom kartleggingen av bruker. De ansatte opplever at kartleggingsverktøyet som brukes i forsøket på en meget positiv måte har bidratt til å framheve hva som er viktig for bruker og mål som angir hva bruker kan klare selv. De ansatte oppfatter at verktøyet gjør at de er blitt mer lydhøre overfor brukerne og pårørende.

På systemnivå har man ulike brukerråd og brukerundersøkelser, som i varierende grad oppfattes som nyttig. Enkelte uttrykker at de savner involvering fra brukerorganisasjoner, og forteller at det ofte kan være vanskelig å få folk til å møtes og til å bruke møtene i praktisk tjenesteutvikling.

Fra pårørende har vi både fått positive tilbakemeldinger om at de oppfatter vedtaksprosessen som god, herunder at kommunens ansatte kommer på hjemmebesøk og lytter til brukerne og de pårørende, men også kritikk av at tjenestetilbudet er for rigid (kan ikke bruke dagsenter når man bor på sykehjem) og for lite forutsigbart (søkte i god tid, men fikk ingen løfter om avlastning i form av korttids plass før dagen før ferien). Videre har pårørende uttrykt misnøye med informasjonsflyten fra sykehjem til pårørende. De positive sidene ved tildelingen er trolig påvirket av forsøket, mens svakhetene i tjenestetilbudet neppe er vesentlig påvirket.

Rutiner og verktøy

Det er særlig to verktøy som er innført som en følge av forsøket. Den ene, som er nevnt flere ganger over, er kartleggingsverktøyet som ligger til grunn for vedtak. Selv om enkelte mener den kan bli litt vel omfattende og i visse tilfeller kutter deler av spørsmålene i guiden, er det bred enighet om at dette verktøyet fungerer godt, ikke minst ved å sette søkelys på hva som er viktig for bruker og hva bruker kan klare selv. Det andre er koblingen av IPLOS, fagsystemet for omsorgssektoren, og økonomisystemet slik at man kan se koblingen brukers behov-tjeneste-ressursbehov-utgift. Dette har gitt et mye bedre grunnlag for å budsjettere og har gitt en bedre forståelse for sammenhengen mellom brukernes behov og kommunens økonomi.

Økonomi og finansieringsmodell

Da Lillesand meldte seg på forsøket, hadde de ikke godt grunnlag for å vurdere om prosjektet ville bidra positivt til Lillesands økonomi. Våre beregninger¹¹ tyder på at Lillesand ved utgangen av 2017 hadde et overskudd fra forsøket på omlag 21,1 mill.kr. Kommunen forventer fortsatt overskudd i 2018 og -19. Dette er bedre enn de forventet ved oppstart.

For Lillesand kommune er det beregnet følgende inntektspåslag i perioden 2016-2021 (dette påvirkes imidlertid av generell vekst i kommuneøkonomi og er således et anslag):

Inntektspåslag forsøket

2016	4,4 mill. kr	8/12 virkning
2017	6,9 mill. kr	

¹¹ Agenda Kaupang og Proba (2018): «Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering, av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader»

2018	6,9 mill. kr	
2019	6,0 mill. kr	4/12 virkning 100 % + 8/12 virkning 80 %
2020	4,2 mill. kr	60 %
2021	2,8 mill. kr	40 %

Inntektspåslaget skal benyttes innenfor følgende prioriterte områder innen omsorgstjenesten:

- Utvikling av omsorgstjenestene i Lillesand – innovasjon og kompetanse
- Helsefremmende tiltak
- Forebyggende/Helsefremmende hjemmebesøk
- Bedre kartlegging av tjenestemottakere
- Helhetlige pasientforløp og bedre oppfølging av brukere – herunder legemiddelgjennomgang
- Velferdsteknologi – E-helse og omsorgsteknologi som den nye normalen
- Satsing på ernæring (innebærer også Høies forslag om middag til middagstid)
- Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Lillesand har definert utviklingstiltak med målsetninger, tiltaksperiode og avsatt ressurser.

Noe av overskuddet er disponert til flere mindre prosjekter, men det er også mye av midlene som ikke er disponert.

En stor fordel med finansieringsmodellen i forsøket er at den gir egen finansiering til pleie og omsorg, og at andre sektorer dermed blir skjermet.

Velferdsteknologi

Lillesand har vedtatt å satse på velferdsteknologi. De har ansatt en person i en prosjektstilling for å utvikle feltet. Hittil er det ikke kommet så mye ut av dette. Noe av dette skyldes at det har vært uklarhet om hvordan stillingen skal fungere sammen med de ulike enhetene i kommunen og hvordan de ulike enhetene skal arbeide med å sin satsing på velferdsteknologi. Midlene fra forsøket gir grunnlag for finansiering av denne stillingen.

Forsøket som læringsarena

Alle omtaler forsøket som en god læringsarena. Flere elementer og prosesser bidrar til dette:

1. Samtaleguiden har gitt en ny forståelse av tildelingsprosessen
2. Registrering av vedtak og tjenester i nytt format med koder som brukes for stykkprisfinansieringen har gitt en kunnskap om forbindelse mellom brukernes behov, tildeling av tjenester og ressursbehov/økonomi som man ikke fikk i tidligere systemer
3. Samlingene i forsøket har gitt mye kunnskapsoverføring, kanskje aller mest mellom de deltagende kommunene

Pkt. 2 har også bidratt til økt forståelse og mindre motsetninger mellom enheter i kommunene med ansvar for henholdsvis utføring av tjenester, tildeling og økonomistyring.

Forankring av forsøket i organisasjonen

Beslutningen om å delta i forsøket ble truffet på politisk nivå på tross av betydelig skepsis i forvaltningen. I forvaltningen har oppslutningen om forsøket økt etterhvert. Ingen av informantene er imot forsøket og mange gruer seg til forsøket avsluttes.

Da Lillesand gikk med i forsøket, så nok mange dette primært som en finansieringsordning. Dette har endret seg underveis, og man ser nå prosjektet som viktig for organisering og innretningen av tjenestetilbudet.

Forsøket startet som et økonomiprojekt, men nå ser jeg at det har blitt et kvalitetsprosjekt.

Uttalelsen kan knyttes bl.a. til erfaringene med Innsatsteam og nye tildelingsrutiner som omtales nedenfor.

Man kan ikke si at forsøket var godt forankret ved oppstart, men det er det nå.

Lillesand har i stor grad definert forsøket som et grunnlag for utvikling av sektoren og har identifisert en del mindre utviklingsprosjekter som finansieres med ekstra rammer knyttet til forsøket. Med nye og høyere anslag for merinntekter fra forsøket er det fortsatt en del midler som skal fordeles.

En del av de ansatte mener at det var for mye hastverk i oppstartsfasen. Fasen var for kort, noe som bidro til at forsøket ikke gjennomføres likt i alle kommuner.

I forbindelse med oppstart ble forvaltningen belastet med omfattende merarbeid knyttet til omregistrering av gamle vedtak. Dette er nå gjennomført, og mange ser nytte av dette merarbeidet.

4.3.4 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket kommunen?

De ansatte mener at forsøket har gitt en viss forskyvning av tjenester lavt nede i omsorgstrappa, særlig ved at Innsatsteamet har redusert behovet for hjemmesykepleie, men foreløpig er det uklart hvor mye tjenestetilbudet er endret. De ansatte mener at bruk av nye kartleggingsverktøy fører til tjenester som bedre dekker brukernes behov.

Forsøket har gitt læring til de ansatte. Både bruken av nye verktøy i kartlegging, sammenknytning av ulike fagsystemer og økonomisystemet og samlingene innenfor forsøket gir læring.

Forsøket har gitt Lillesand merinntekter. Noe av disse er brukt på utviklingsprosjekter og velferdsteknologi, men det er fortsatt midler som ikke er fordelt internt i kommunen.

4.4 Hobøl

Hobøl kommune i Østfold er en av A-kommunene i forsøket. Tildelingsteamet består av 2,3 årsverk. Teamet er direkte underlagt Rådmann. Tjenestene som inngår i forsøket hører innunder to ulike utførerenheter:

- ▶ Pleie, omsorg og rehabilitering som har ansvar for blant annet sykehjemmet, omsorgsboliger, hjemmebaserte tjenester og psykisk helseteam (brukere over 12 år).
- ▶ Tjenester for funksjonshemmede som har dagtilbud, avlastning og hjelp i egen bolig knyttet til brukere under 67 år med nedsatt funksjonsevne.

Hobøl har fattet vedtak om å slå seg sammen med kommunene Askim, Spydeberg, Eidsberg og Trøgstad fra årsskiftet 2019/20. Kommunen vil få navnet Indre Østfold. Det er foreløpig ikke vedtatt en organisering for pleie- og omsorgstjenesten i Indre Østfold kommune. I Hobøl er ledelsen innstilt på at det vil være feil å starte større satsinger basert på situasjonen i Hobøl alene så kort før sammenslåingen. Derfor har de ikke vurdert større endringer i omsorgstrappa nå.

4.4.1 Status før forsøket

I vår nullpunktsanalyse av Hobøl i 2016 ble det gjort en rekke vurderinger av status i Hobøl kommune før forsøket ble igangsatt. Hobøl hadde god kompetanse i tildelingsenheten, men utgiftsnivået lå relativt høyt. Hobøl var Forsøkskommunen som brukte mest på helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Tilbudet i Hobøl var i stor grad preget av høye kostnader til personer med psykisk utviklingshemming, og lave utgifter til omsorgsboliger.

Kommunen så svakheter i omsorgstrappa og så for seg mer fokus på dagsenter og dagtilbud for eldre, både demente og for psykisk utviklingshemmede. Videre ønsket de økning i innsatsen innen hjemmesykepleie og antall avlastningsplasser.

Inntil regnskapet for 2017 ble vedtatt, var Hobøl på ROBEK-listen. ROBEK-status gjorde at kommunen var tilbakeholdende med å utvikle tjenestene i omsorgstrappa. Ekstra midler tilført gjennom forsøket har gitt noe økt handlingsrom.

4.4.2 Innføring av forsøket

I første år av forsøket ble metodene for å gjøre vedtak forbedret og det ble økt samsvar mellom behov, vedtak og faktisk utførte tjenester. Det var imidlertid betydelige problemer med kapasiteten i tildelingsenheten, bl.a. i forbindelse med sykmeldinger. Antallet stillinger formelt knyttet til tildelingen ble økt med 40 prosent i forbindelse med forsøket.

Ansatte i kommunen beskriver innføringen av forsøket som ressurskrevende. Fagsystemet hadde ikke den nødvendige funksjonalitet og kommunen slet med sykemeldinger i tildelingsteamet. Dette gjorde at innføringen samlet sett ble opplevd som krevende.

Nå er tildelingsenheten fullt bemannet og uten langtidsfravær. Flere av de ansatte legger vekt på at fagsystemet nå gir mye nyttig informasjon.

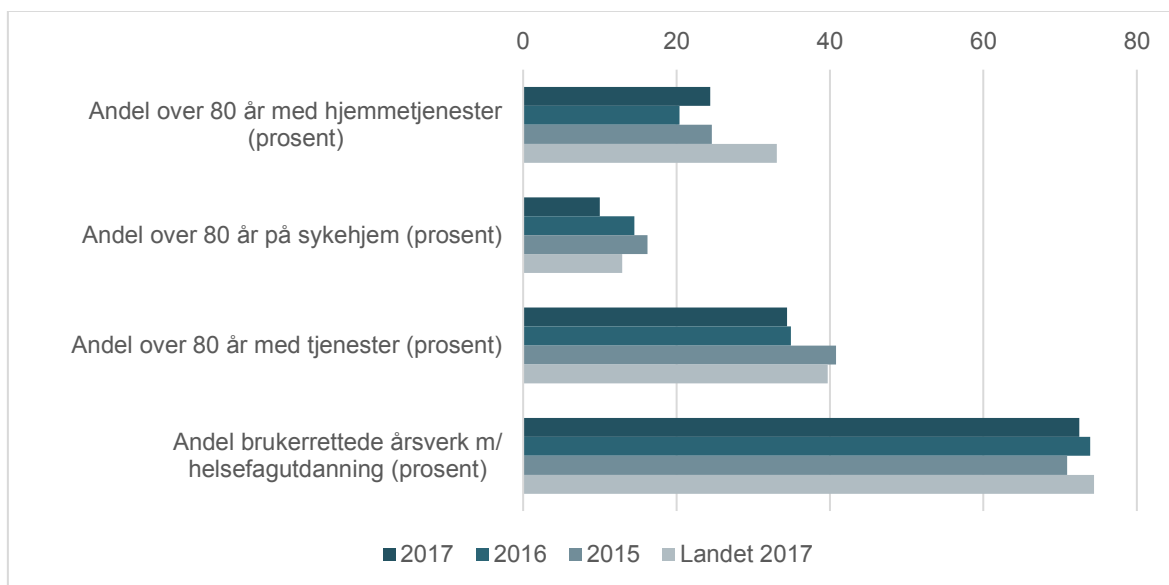
4.4.3 Utviklingen i forsøksperioden

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

De fleste informantene mener at Hobøl har ganske god dekning av tilbud i hele omsorgstrappa, men enkelte mener de burde hatt bemannede boliger tilpasset personer med psykiske lidelser. I dag bor en del personer med psykiske lidelser som mangler boevne hjemme hos familien.

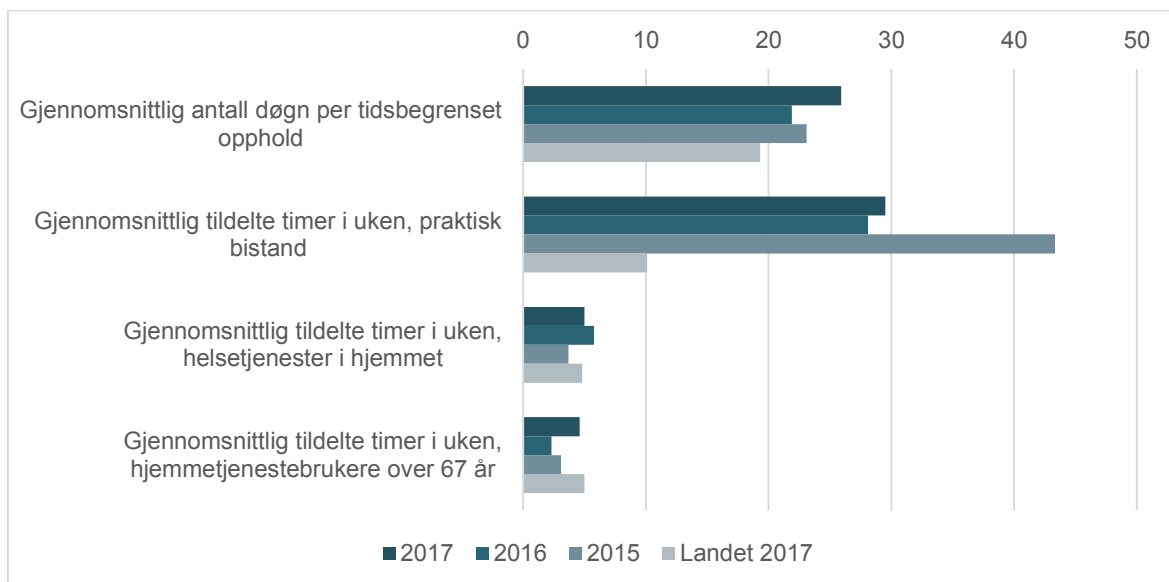
Tildelingsenheten har fokus på å prioritere hjemmebaserte tjenester og hverdagsrehabilitering, men de er litt usikre på om dette har ført til endringer i praksis. De har ikke et eget team for hverdagsrehabilitering, men bruker både ergo- og fysioterapeut både i tildeling og utførelse av slike tjenester. Enkelte av informantene mener at kommunen kunne satset mer på hverdagsrehabilitering.

Hobøl ligger lavt i andel av innbyggere over 80 år som har hjemmetjenester og også i andelen som har tjenester overhodet, jf. Figur 4-10.



Figur 4-10: Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Hobøl kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Hobøl bruker relativt mye på BPA. Enkelte brukere får BPA til en kostnad som langt overstiger kostnaden ved å ha samme bruker på sykehjem. Det er et bevisst politisk valg å overlate til bruker å bestemme om de vil bo hjemme. Figur 4-11 viser at Hobøl fortsatt ligger langt over landsgjennomsnittet i tildeling av praktisk bistand i hjemmet, men avviket fra landsgjennomsnittet er redusert en del i forsøksperioden. Antall tildelte timer per bruker over 67 år er på linje med resten av landet. Det er blant yngre brukere tildelingen er uvanlig.



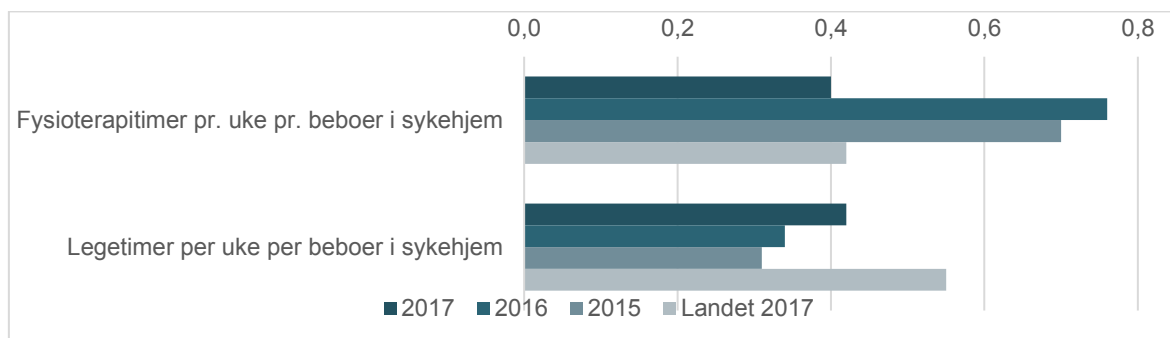
Figur 4-11: Gjennomsnittlig antall timer/døgn for ulike tjenester i Hobøl kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

SIO har bidratt til å mobilisere ressurser for å få etablert samtalegrupper innenfor psykiatrien. Det er etablert separate grupper for jenter og gutter. Tilbudet fungerer delvis som et preventivt tiltak.

I tillegg har forsøket gjort det mulig å kjøpe inn noen flere tjenester for å dekke midlertidige behov. Dette gjelder bl.a. tilbudet for en dement med særlige behov. Videre har de fått litt økte ressurser flere steder, f.eks. i tilknytning til sykehjemmet og dagsenteret. Dette har gitt rom for heving av kvalitet i form av bedre aktivitetstilbud. Enkelte beskriver også en sterk vekst i hjemmebaserte tjenester, herunder at det er blitt lettere å få BPA.

Kommunen har vært og er flinke til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Samarbeidet med sykehuset på Kalnes er preget av at sykehuset er overbelastet. Det hender at Hobøl ikke får forhåndsvarsel før de mottar pasienter. I andre tilfeller er de uenige i utskrivingsvedtaket og de har bevisst unnlatt å ta imot pasienter. Hobøl samarbeider med flere andre kommuner om Helsehuset, som ligger i Askim. Dette brukes ofte for nyutskrevne pasienter. De har også en korttidsavdeling ved sykehjemmet, men denne posten brukes også til andre pasienter. Det hender sykehjemmet blir fullt, og de må bruke korridor plasser.

Hobøl ligger ca. på landssnittet når det gjelder fysioterapitimer for beboere på sykehjem, og litt under landssnittet når det gjelder legetimer, jf. Figur 4-12.



Figur 4-12: Gjennomsnittlig antall timer med lege og fysioterapeut i sykehjem i Hobøl kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Vedtak

SIO har bidratt til at kartleggingen er blitt bedre, både ved at den er systematisert og ved at den gir økt fokus på brukers behov. Vedtakene er blitt mer presise, bl.a. når det gjelder brukerens situasjon, og individualiserte. Målene for brukeren er blitt tydeligere.

Vi er blitt mer bevisst på hva som er bra nok.

Forsøket har gitt endringer i rutiner bl.a. for evaluering og revurdering. Disse prosessene blir beskrevet som ressurskrevende. Når ressurs situasjonen i tildelingsenheten er presset, blir nye vedtak prioritert framfor evalueringer og revurderinger. Det er oftest utfører enhetene som tar initiativ til revurdering av vedtak. Revurdering skjer ofte i forbindelse med ukentlige møter mellom utfører enhetene og tildelingsteamet.

Kontrollen med om vedtak blir fulgt opp i praksis består av brukers klageadgang og samtaler om den enkelte bruker mellom utfører- og tildelingsenheten. Dette er lite endret som følge av forsøket. Det er svært få klager på at vedtak ikke blir fulgt opp og de har inntrykk av at avvik mellom vedtak og leveranse ikke er noe vesentlig problem. I vedtak om bl.a. praktisk bistand i hjemmet, støttekontakt og BPA spesifiseres det i vedtak hvor mange timer bistand som skal gis. Dette gjøres ikke i andre vedtak. Normalt skrives det ikke inn sluttdato for vedtak, men det settes en «obs-dato», dvs. et tidspunkt for evaluering og revurdering.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Inntil 1. kvartal 2018 var kapasiteten i tildelingsenheten utilstrekkelig. Dette skyldtes noe langtidsfravær og at en stilling ble besatt først i mars 2018. Før den tid gjorde utførereneheten mye av tildelingen som tildelingsenheten skulle gjort. Nå oppfatter de fleste vi intervjuet kapasiteten som tilstrekkelig. Som hovedregel gjør de hjemmebesøk hos alle som søker tjenester for første gang.

Alle vi intervjuet mener at tildelingsenheten nå har bred og riktig kompetanse (sykepleier, vernepleier og ergoterapeut). De mangler kompetanse på enkelte områder, herunder fysioterapi, men dette dekkes opp ved at de kan trekke på ansatte i utførereneheten som har denne kompetansen.

Det er enighet blant de vi intervjuet om at samarbeidet mellom tildelingsenheten og utførereneheten fungerer godt. Tidligere måtte utførereneheten selv stå for mye av tildelingen ettersom tildelingsenheten hadde for dårlig kapasitet.

Ansatte i enheten for psykiatri er skeptiske til om det er hensiktsmessig å bruke en separat tildelingsenhet for unge med psykiske lidelser. En del i denne gruppen synes det er vanskelig å åpne seg om sin situasjon først for én person fra tildelingsenheten og senere for personer i utførereneheten. Kanskje bør kartleggingen for denne brukergruppen heller gjøres av ansatte i utførereneheten.

Brukermedvirkning

De fleste ansatte mente at Hobøl også før forsøket hadde hatt sterkt brukerfokus i tildelingen, men at dette var blitt forsterket noe av forsøket. Særlig pekes det på at brukermidvirkningen er blitt systematisert gjennom samtaleguiden og at brukermidvirkningen dokumenteres gjennom guiden. Enkelte mente også at vedtakene var blitt mer presise og individualiserte og at styrkingen av ressurstilgangen som følge av forsøket hadde gitt bedre muligheter for individualisering av tjenestene, bl.a. på dagsenteret.

Et klart flertall av de pårørende vi intervjuet er svært fornøyde med både tildelingen og tjenestene, men slik de beskriver tildelingsprosessen, samsvarer den ikke med prosessen det er lagt opp til i forsøket. De fleste rapporterer liten eller ingen kontakt med tildelingsenheten. Dette kan ha sammenheng med at de fleste var knyttet til brukere som hadde hatt tjenester før tildelingsenheten ble opprettet. Få av de pårørende beskriver en kartleggingssamtale slik det er lagt opp til i forsøket, men de som hadde hatt en slik samtale sa at brukere hadde fått spørsmål om «Hva er viktig for deg?».

På systemnivå har de et råd for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne. På sykehjemmet har de møter med pårørende-gruppen 1-2 ganger i året.

Rutiner og verktøy

Forsøket har endret en del rutiner og verktøy. Tilbakemeldingene på disse er blandede.

Samtaleguiden trekkes fram som nyttig. Den bidrar til å strukturere samtalene på en god måte og gir grunnlag for en systematikk i tildelingen. Den understøtter derfor også likebehandling. Enkelte mener at samtaleguiden kan være unødig omfattende for en del brukere og at de av og til kutter enkelte spørsmål. Andre savner tematisering av barn og unge som pårørende. Loven framhever at disse skal ivaretas.

En del brukere og pårørende mener det nye søknadsskjemaet er vanskeligere å bruke enn det gamle. De mener det er vanskeligere å beskrive behov enn den tjenesten de ønsker.

Sjekklisten blir ikke like mye brukt, men nevnes som nyttig, og da særlig for nyansatte.

Også tilpasningen av fagsystemene blir omtalt som nyttige. De gir informasjon som skaper økt forståelse for pleie- og omsorgssektoren.

Rapporteringen knyttet til stykkprisfinansieringen beskrives som krevende. Forøvrig fungerer systemløsningene godt. Stykkprisfinansieringen gjør det nødvendig med oppdatering av vedtak. Dette ble ikke i samme grad vektlagt tidligere. Rapportering om oppdatering av et vedtak tar 3-4 minutter, sier en av informantene.

Økonomi og finansieringsmodell

For Hobøl, som ROBEK-kommune, har det vært svært viktig at forsøket har gitt et overskudd. Tidligere har overskridelser innenfor pleie og omsorg ført til at andre sektorer har måttet bli med på innstramminger. Nå er de andre sektorene skjermet som følge av øremerket finansiering til pleie og omsorg.

Forøvrig sier enkelte ansatte at det har vært en lettelse å slippe å tenke så mye på økonomi i forbindelse med tildeling av tjenester. De har kunnet bruke sitt faglige skjønn i tildelingen og vært trygge på at tildelte tjenestetilbud vil bli finansiert. Også pårørende har hatt en forståelse av at forsøket har gjort at et faglig begrunnet tjenestetilbud vil bli gjennomført uten å risikere å møte budsjettbeskrankninger. Mens flere ansatte uttrykker lettelse, er det andre som mener at en fare ved forsøket er at fokuset på økonomi kan bli for svakt – forsøket kan virke sløvende.

Kommunen har i perioden etter at forsøket ble startet opplevd at behovet for tjenester på enkelte områder har falt (ikke som følge av forsøket). Dette gjelder bl.a. to tilfeller der ressurskrevende brukere har falt bort eller flyttet. I disse tilfellene har kommunen måttet nedbemanne i de aktuelle enhetene.

En av informantene mente at forsøket stimulerer til bruk av midlertidige ansatte gjennom at modellen legger opp til at kommunen opp- og nedskalere sitt tilbud i takt med tjenestebehovet.

Kommunen har vært innstilt på at kommunen vil måtte finansiere pleie- og omsorgssektoren fra frie midler etter at forsøket avsluttes. Dette har bidratt til at de har vært innstilt på nøkternhet i utvikling av tjenestene slik at tilbudet skal kunne videreføres også etter at forsøket avsluttes.

Forsøket har bidratt overraskende positivt til Hobøls økonomi. I intervjuene oppga de en beregnet gevinst på 6-7 mill. kr¹². Noe av dette er allokert til mindre prosjektstillinger samt noen nye mellomledere. Som følge av den kommende kommunesammenslåingen har de ikke vurdert å bruke midlene til større investeringer. Enkelte ansatte mener at de har fått bedre muligheter til å delta i kurs og ha faglige samlinger. De tilskriver dette overskuddet fra forsøket.

Velferdsteknologi

Hobøl har ikke satset mye på velferdsteknologi. Dette kan dels forklares av at kommunen har hatt svak økonomi. Nå har de et prosjekt sammen men kommunene de skal slå seg sammen med, men dette arbeidet er helt i oppstarten og har foreløpig ikke gitt konkrete utslag.

Et eksempel på manglende satsing er at alarmanlegget på sykehjemmet ikke virker og at de ansatte derfor må bruke manuelle bjeller.

Enkelte informanter trekker frem at dårlig utbygd internett i deler av kommunen er en barriere for utbredelse av velferdsteknologi.

¹² I Agenda Kaupang (2018) anslås overskuddet til 8,3 mill. kr i 2017.

Læring

Flere av informantene mener at forsøket har gitt god læreeffekt. Enkelte mener at verktøyene og prosedyrene i forsøket gjør at de ansatte jobber smartere. Videre er samtaleguiden og sjekklisten bevisstgjørende og endring i fagsystemet gir bedre forståelse av årsaker til endringer i utgiftene. Videre oppgir ansatte å ha lært mye av fagsamlingene i forsøket.

Forankring av forsøket i organisasjonen

Da kommunen gikk med i forsøket, ble dette vedtaket fattet av kommunestyret mot anbefaling fra administrasjonen. Bl.a. var administrasjonen usikker på om forsøket ville bidra positivt eller negativt til kommunens økonomi. Nå er alle vi intervjuet positive til virkninger av forsøket, og mange uttrykte håp om forlengelse.

4.4.4 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket kommunen?

Hobøl var ROBEK-kommunene fram til 2018. Forsøket bidro til å gi noe bedre handlingsrom enn de ellers ville hatt. Inntil 2018 var pleie- og omsorgssektoren preget av at tildelingsenheten hadde utilstrekkelig kapasitet. Intervjuene tyder ikke på at forsøket er hovedårsak til at enheten nå fungerer godt.

Alt i alt virker de fleste i kommunen fornøyde med hvordan forsøket har påvirket kommunen. De viktigste endringene som kan trekkes fram er:

- ▶ Kommunen har i større grad enn tidligere fått innsikt i egne tjenester og ulike kostnadsdrivere forbundet med disse.
- ▶ Økonomisk sett har forsøket gått bedre enn forventet. Kommunen har fått handlingsrom til å innføre enkelte lavterskel-tiltak.
- ▶ Samtaleguiden og formatet på vedtakene har gitt økt bevissthet om begrunnelsen for vedtak og høyere kvalitet på vedtakene.

4.5 Spydeberg

Spydeberg var fram til mai 2016 organisert etter en to-nivå modell med syv enheter plassert direkte under rådmann. Kommunens helse- og omsorgstjenester har i praksis vært delt mellom to enheter. Den ene enheten, Grinitun pleie og omsorg, har bestått av sykehjemmet og hjemmebaserte tjenester. Den andre enheten, Familierelaterte tjenester, har hatt ansvar for tjenester til funksjonshemmede og tilbud innen rus/psykiatri, i tillegg til en rekke andre tjenester. Spydeberg var i mai 2016 midt inne i en omorganiseringsprosess der denne strukturen ble endret.

4.5.1 Status før forsøket

Tildelingsprosessen ved inngangen til forsøket: Fra tildelingsteam til tildelingsenhet

De ansatte opplevde ved inngangen til forsøket at kompetansen i tildelingsfunksjonen ikke var tilstrekkelig. Få personer var involvert i tildelingen og kompetansen var ikke bredt nok sammensatt.

Før forsøket var det enhetslederne som signerte vedtaket og hadde det siste ordet. Etter at forsøket startet ble beslutningsmyndigheten gitt til tildelingsenheten.

Ved oppstart hadde ikke kommunen rutiner som sikret at brukerne får det antall timer som er vedtatt. Samtidig rapporterte kommunen at brukerne var tilfredse og at ingen hadde klaget på for få utførte timer.

Tjenester ved inngangen til forsøket: Høye kostnader og sterk prioritering av mennesker med psykisk utviklingshemning

I 2015 var de korrigerede utgiftene i Spydeberg nest høyest blant sammenligningskommunene. Spydeberg var den Forsøkskommunen som brukte nest mest på pleie i hjemmet. Antall timer tildelt til praktisk bistand er høyere enn snittet av de øvrige kommunene. Tilbudet i Spydeberg er videre preget av høye kostnader til mennesker med psykisk utviklingshemning, lav ressursinnsats i omsorgsboligene og mange kommunale boliger. Det kan se ut som om kommunen ikke klarer å utnytte korttidsplassene godt nok. Gjennomstrømningstiden på korttidsplassene er sammen med Hobøl den lengste blant forsøkskommunene.

Andelen fagutdannede i Spydeberg var noe høyere enn landet, mens andelen med høyskoleutdanning var lavest blant Forsøkskommunene sammen med Hobøl. Tilbudet om fysio- og ergoterapi på sykehjem var på et høyere nivå enn landet, det samme var nivået på legetimer.

Fremtidens tjenester: Forsøket som drahjelp for profesjonalisering

Kommunen hadde stor tro på at tildelingsenheten vil gi økt profesjonalisering. Informantene var også av den oppfatning at hjemmetjenesten burde styrkes og særlig hjemmetjenestens evne til å tilrettelegge og å jobbe med habilitering og rehabilitering. I tillegg ble behovet for å jobbe med aktivisering og dagtilbud, både til eldre og utviklingshemmede, fremhevet.

4.5.2 Innføring av forsøket

Ryddejobben

For B-kommunene var denne prosessen annerledes enn for A-kommunene, men også i Spydeberg har det vært foretatt en betydelig opprydning.

Den viktigste endringen var etablering av tildelingsenhet, noe som har medført en total omlegging av vedtaksprosessene. Det er utarbeidet et kriteriesett som anses å være i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets veileder, nytt kartleggings-skjema er tatt i bruk og skjemaet for søknad om tjenester er endret.

En annen effekt var at budsjettet ble bygget om, forsøket ble nå budsjettert som ett område og utgjør en rapporteringsenhet. Dette gir et helhetlig system som medfører en vesentlig forenklet rapportering.

SIO som grunnlag for forbedring

Informantene anså i hovedsak den utviklingen som skjedde det første året i forsøket som en helt naturlig og planlagt utvikling som ville ha skjedd uavhengig av forsøket. Innføring av tildelingsenhet, profesjonalisering av kartleggingsfunksjonen og en dreining fra institusjonstjenester til tjenester i hjemmet var planlagt før forsøket.

Dette er i tråd med de forventningene informantene uttrykte ved oppstarten av prosjektet at effekten av etablering av en egen tildelingsenhet som erstatning for kartleggingsenheten skulle medføre en profesjonalisering av vedtaksprosessen

4.5.3 Utvikling i forsøksperioden

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Ifølge informantene var situasjonen ved inngangen til forsøket preget av et høyt tjenesteomfang og mange tilbud høyt oppe i omsorgstrappen. Kommunen jobbet i 2017 med å ta ned tjenesteomfanget, og nye vedtak ble beskrevet som å være mindre omfattende enn tidligere vedtak.

Omleggingen innebar en forskyvning av ressurser fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. Den 1. mai i 2017 stengte kommunen 5 plasser på sykehjem og overførte ressurser til hjemmetjenesten.

I år beskrives situasjonen som anstrengt. Det rapporteres om volumøkning, stigende antall med demens og mange brukere i hjemmetjenesten med omfattende behov.

Oppfatningen er at brukerne i hovedsak får det de trenger, men det rapporteres om mangel på sykehjemsplasser. En av de nedlagte plassene ble gjenåpnet i 2018. Situasjonen i hjemmetjenesten beskrives også som krevende. Brukerne blir boende hjemme lenge.

For å ha en funksjonell omsorgstrapp synes det å mangle trinn både på toppen i og bunnen. Flere sykehjemsplasser etterlyses, både langtids-, korttids- og rehabiliteringsplasser. Flere omsorgsboliger etterlyses også.

I den andre enden av trappen etterlyses lavterskeltilbud, forebygging og hverdagsrehabilitering. Her synes det å gjenstå mye. Kommunen hadde i fjor planer om å opprette et tilbud om hverdagsrehabilitering, da beskrev informantene mangel på ergoterapeuter, fysioterapeuter, demenskoordinator og kreftkoordinator som begrensende faktorer.

Det synes ikke som om situasjonen er endret vesentlig. Som en informant sier:

«Spydeberg har ikke tatt i bruk arbeidsmåter som forventes nasjonalt.»

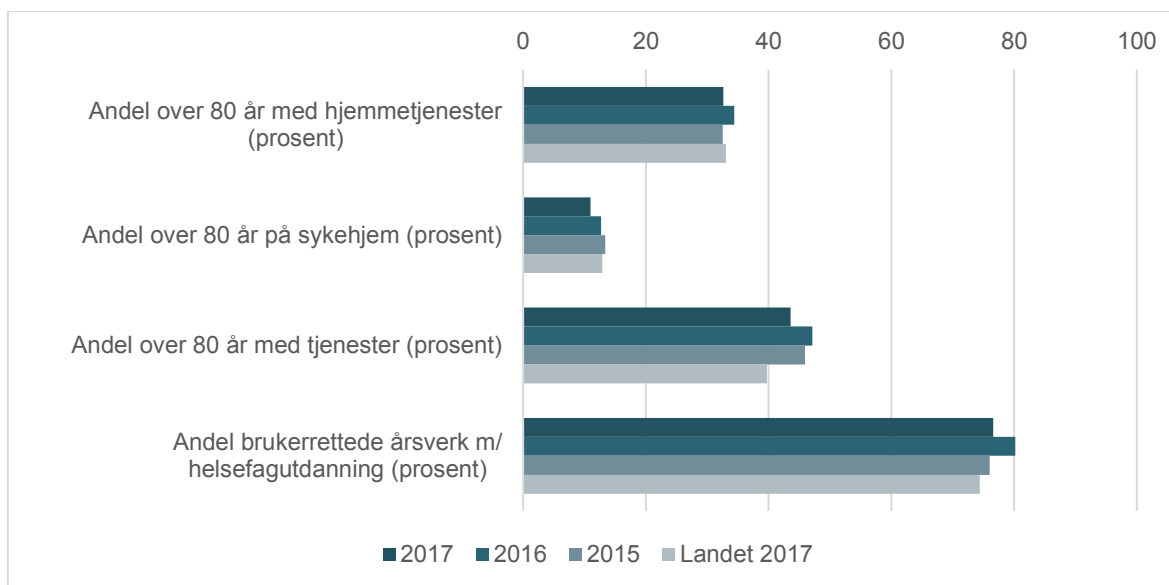
Tilbudet til psykisk utviklingshemmede beskrives i hovedsak som tilfredsstillende, selv om kommunen fortsatt mangler ambulant team som kunne gitt et lavterskeltilbud.

Situasjonen innen psykisk helse og rus omtales som bedret sammenlignet med i fjor. Behovsdekningen beskrives som å være rimelig god.

Med hensyn til velferdsteknologi og tjenesteutvikling er det flere informanter som mener at kommunen ikke har kommet særlig langt. Andre peker på at det jobbes med dette i 5-kommunesamarbeidet, blant annet med nytt journalsystem og velferdsteknologi. Det hevdes at det er liten hensikt i at Spydeberg setter i gang tiltak på egen kjøp før sammenslåingen.

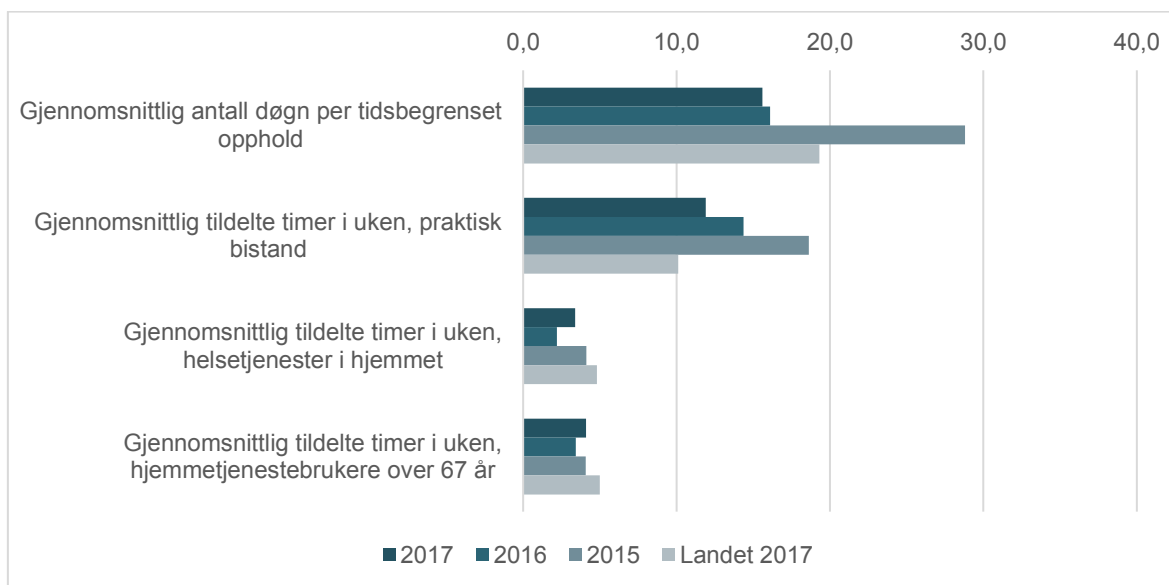
Omsorgstrappen i Spydeberg

En gjennomgående tendens er at andelen eldre over 80 år som har tjeneste er lavere i 2017 enn i 2015, jf. Figur 4-13. Andelen over 80 år som har hjemmetjenester er over snittet for landet, men under snittet for Forsøkskommunene. Andelen beboere på sykehjem er tredje høyest blant deltagerkommunene, men under landsnittet. Årsverk med helseutdanning ligger over snittet for landet, men under snittet for forsøkskommunene.



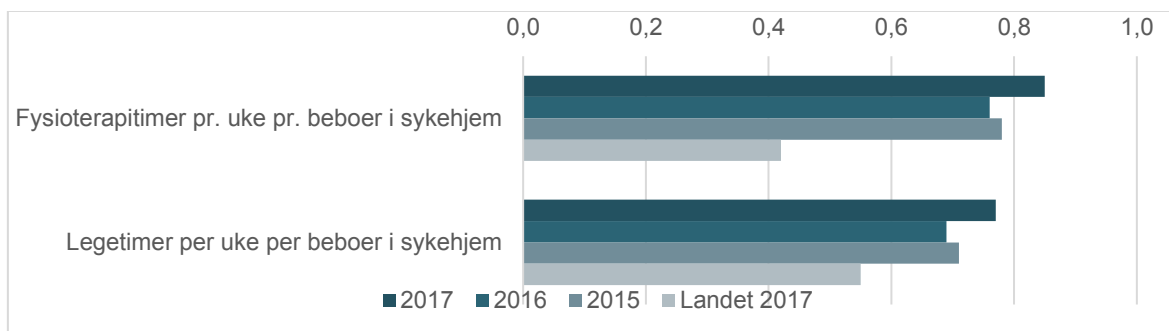
Figur 4-13: Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Spydeberg kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Antall timer pr. uke tildelt til praktisk bistand ligger på et relativt høyt nivå i vår sammenligning, mens antall timer tildelt til helsetjenester ligger på et svært lavt nivå, jf. Figur 4-14.



Figur 4-14: Gjennomsnittlig antall timer/døgn for ulike tjenester i Spydeberg kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Både antall fysioterapitimer og legetimer pr. uke ligger på et relativt høyt nivå, jf. Figur 4-15.



Figur 4-15: Gjennomsnittlig antall timer med lege og fysioterapeut i sykehjem i Spydeberg kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Vedtak

Det er utarbeidet et nytt kriteriesett som av kommunen ansees å være i tråd med Helse- direktoratets veileder for saksbehandling¹³. Det er også utarbeidet et kartleggingsskjema, men ikke en samtaleguide.

Videre er skjemaet for søknad om tjenester endret. Den viktigste endringen er at skjemaet nå etterspør hvilke behov som ønskes vurdert. Det var opprinnelig en intensjon at tjenestemenyen skulle tas ut av skjemaet, men den er fortsatt med, dog med annen ordlyd.

Informantene oppfatter at vedtakene har endret seg i løpet av de to siste årene. De har blitt mer presise og inneholder målsetting for brukerne. Ressurser fremkommer ikke i vedtakene bortsett fra vedtak til funksjonshemmede, ressurskrevende, psykisk helse samt omsorgslønn.

I fjor opplyste informantene om at kommunen har skjerpet praksisen med hensyn til revurdering av vedtak. I år rapporteres det om at den nye praksisen ikke i fullt monn etterleves. Endring i tjeneste meldes ikke alltid til tildelingsenheten og selv om det settes revurderingsdato i vedtaket er det noe etterslep. Informantene fra tildelingsenheten peker på at det oppstår en mismatch mellom vedtak og tiltak.

«Vi gjør mer enn vedtakene sier.»

Kommunen synes fortsatt ikke å ha et system for å kontrollere at vedtakene faktisk utføres, men det pekes på at en konsekvens av opprettelsen av tildelingsenheten er at det har blitt etablert en mye tettere dialog rundt vedtak og behov. Tildelingsenheten ber om tilbakemelding på om tjenestene er reelle, og i hvilken grad de faktisk blir utført.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

I fjor var informantene stort sett tilfreds med den da nyetablerte tildelingsenheten. Kompetansen og kvaliteten i tildelingsprosessen ble beskrevet som rimelig bra og saksbehandlingen som betryggende. Om tilmåling av tjenester ble det sagt at den var blitt likere, og at kravene til dokumentasjon ble ivaretatt.

I år er det en viss skepsis å spore hos informantene både med hensyn til kapasitet og kvalitet. Kapasiteten synes å bli utfordret av stor pågang av nye brukere og at noen mener at tildelings- enheten «følger brukerne for langt ut» og videre at de utfører oppgaver andre kunne ha gjort som eksempelvis kjøp av sykehjems plasser.

¹³ 2016. Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. IS-2442

Vurderingen av kvaliteten påvirkes av at tildelingsenheten ikke har ansatte med kompetanse på psykisk helse.

Samarbeidet mellom utførerenheter og tildelingsenheten beskrives som bra.

Med hensyn til samhandlingsreformen er situasjonen uendret fra fjoråret. Informantene beskriver situasjonen som krevende og gir inntrykk av at kommunen stadig får flere krevende pasienter som krever mer spesialisert kompetanse

Brukermedvirkning

På samme møte som tidligere år mener informantene gjennomgående at Spydeberg er opptatt av brukermedvirkning.

Noen informanter hevder at Spydeberg har en egen variant av *hva er viktig for deg*-spørsmålet, mens andre mener at man fortsatt har en lang vei å gå fordi man alt for lett tenker tjenester ved kartlegging og tildeling.

Økonomi og finansieringsmodell

For B-kommunene innebærer forsøket en endring fra rammefinansiering til øremerket finansiering. Flere sier at dette har betydd svært mye. Øremerkingen har gjort at sektoren er blitt skjermet til tross for at kommunens økonomi er blitt strammere de siste årene. Øvrige sektorer har måttet gjennomføre kostnadsreduksjoner.

Kommunens intensjon var å avsette påslaget på 4 prosent til fond. Det ble gjort for 2017. I 2018 bruker sektoren alle midlene i driften. Informantene opplever at behovene har vokst vesentlig de siste årene, noe som gjør at rammene nå beskrives som svært trange.

«Å dekke økte behov innen gitte rammer, er også en type nedskjæring.»

Forankring av forsøket i organisasjonen

Ut over selve finansieringsmodellen synes ikke organisasjonen som sådan å ha et svært aktivt forhold til forsøket.

4.5.4 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket kommunen?

I fjor beskrev informantene at den største påvirkningen forsøket hadde hatt på kommunen var opprettelsen av tildelingsenheten og de følgekonskvensene det medførte. I år beskriver informantene det at sektoren er skjermet for nedskjæringer som den mest positive effekten av forsøket.

Ut over dette er det vanskelig å spore omforente effekter av forsøket. Det må bemerkes at det i løpet av det siste året har vært store utskiftninger i ledelsen, noe som kan ha påvirket kontinuiteten i forsøket.

4.6 Selbu

4.6.1 Status før forsøket

En sentral grunn som ble oppgitt av kommunen ved inngangen til forsøket var at deltakelsen kunne være en drahjelp for å utvikle kommunens pleie- og omsorgssektor etter føringene i den interne Pleie- og omsorgsrapporten, som ble vedtatt av kommunestyret i 2015. I tillegg til at forsøket satte søkelys på pleie- og omsorgstjenestene, ville den økonomiske rammen for sektoren, gjennom den statlige øremerkingen og inntektpåslaget, ligge fast frem til forsøket avvikles i 2019. I perioden 2010-2014 hadde Selbu kommune til dels store underskudd (rundt 15 mill. kr i både 2011 og 2013).

Før kommunen kom med i forsøket, forelå det et budsjettforslag som innebar et kutt i pleie- og omsorgssektoren på 3,5 årsverk for 2016. Dette forslaget ble kansellert som følge av deltagelsen i forsøket.

Tildelingsfunksjonen i Selbu kommune er en del av Forvaltningskontoret i Værnes-regionen. Forvaltningskontoret har ansvar for å ta imot søknader og henvendelser og ta beslutninger om tjenester til brukerne for de fire kommunene: Meråker, Tydal, Stjørdal og Selbu. Kontorets rolle er ikke identisk i Selbu og Stjørdal. I Selbu kartlegger kontoret bistandsbehovet hos nye brukere. I Stjørdal er kontoret nå lite involvert i kartlegginger.

Den opprinnelige modellen på Forvaltningskontoret innebar at kontoret skulle motta søknadene, gjennomføre hjemmebesøk, fatte vedtak og sende vedtaket til utførerenhetene, som skulle iverksette. De gikk imidlertid bort fra en rendyrket bestiller-utførermodell, hovedsakelig fordi Forvaltningskontorets vedtak ville vært svært førende for ressursbruk og dermed sektorens og kommunens økonomi. Selv om det formelle ansvaret for tildeling ligger på Forvaltningskontoret, skjer tildeling nå i dialog med ledere og koordinatorene i utførerenheten.

I Forvaltningskontoret er det to ansatte som har ansvar for Selbu. Til sammen krever dette arbeidet 1,5 årsverk. Kontoret har som mål at alle ansatte skal kunne svare på alle typer av henvendelser. Dette betyr at alle ansatte på kontoret skal kunne håndtere saker som berører innbyggerne i Selbu kommune. Kontoret har også etablert fagteam som understøtter andre saksbehandlere i kompliserte saker, gjerne der det er behov for spesialkompetanse.

Selbu er i forsøket en B-kommune, og hadde derfor ikke fått nye føringer fra Helsedirektoratet om tildeling eller finansiering av pleie- og omsorgstjenestene. Kommunen skulle fortsette som før. Det var helt opp til kommunen selv å gjøre endringer i tildeling av tjenester underveis i forsøksperioden. Den eneste begrensningen er at de ikke kunne bruke de øremerkede statlige overføringene til andre tjenester enn de som inngår i forsøket. I tillegg har B-kommuner utvidet plikt til å rapportere om sin virksomhet til Helsedirektoratet.

4.6.2 Utvikling i forsøksperioden

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

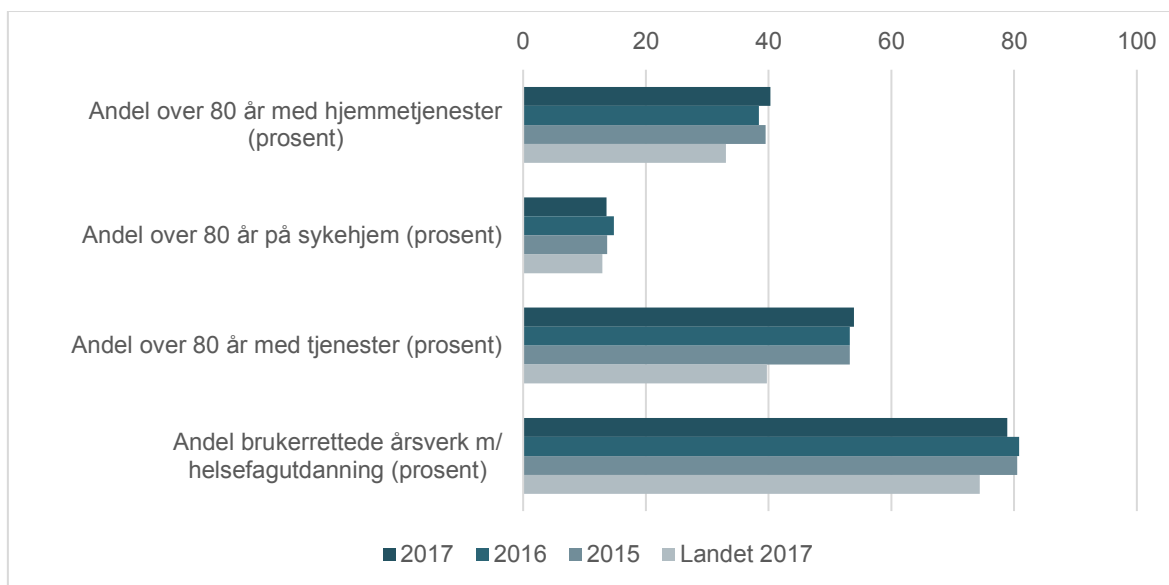
Kommunens mangel på heldøgnsbemannede omsorgsboliger er det tilbudet som flest informanter trekker frem som problemområde. Dette var erkjent allerede før forsøket. Ekstramidlene i forsøket er blitt brukt til å dekke kommunens egenkapitalinnskudd i prosjektet. Investeringen ville trolig blitt gjennomført uansett, men forsøket har redusert den økonomiske belastningen. Mangel på bemannede omsorgsboliger har ført til at brukere som kunne bodd i slike boliger i stedet bor på sykehjem.

Kommunen har også etablert et hverdagsmestringsteam. Dette ble etablert som et forsøk i 2017 og ble et ordinært tilbud fra 2018. Etablering av teamet kan ikke ses som en effekt av forsøket, men kanskje ville de økonomiske rammene blitt trangere uten forsøket. Teamet er ikke en selvstendig enhet, men er en funksjon bemannet av ansatte i hjemmetjenesten. Flere informanter tror at teamet har bidratt til å redusere behovet for tjenester. Det er stort sett bare personer som har søkt om bistand som får besøk av teamet. Enkelte etterlyser sterkere vektlegging av forebyggende arbeid, også med eldre som ikke har søkt tjenester. De kunne ønske seg at fastlegene kunne være mer aktive med å melde fra om personer som ikke har søkt, men som kan få behov for bistand, slik at teamet kan komme tidligere inn. Foreløpig er det ganske få personer som har hatt besøk av teamet. Selbu har spredt bosetting. Mange bor i gamle hus dårlig tilpasset personer med nedsatt evne til hverdagsmestring. Det er dilemmaer knyttet til hvor mye kommunen skal satse på at brukere skal kunne bo i boliger som gir lang reisevei og mer omfattende hjelpebehov enn om de hadde bodd i mer moderne boliger.

De fleste av informantene mener at når de nye bemannede boligene er ferdige, vil omsorgstrappa være godt dekket og tilbudet i kommunen være tilpasset behovet. Informantene fra utfører-enhetene mente at kapasiteten hos dem ikke alltid var tilstrekkelig til å dekke behovet. Dette gjaldt særlig hjemmetjenestene.

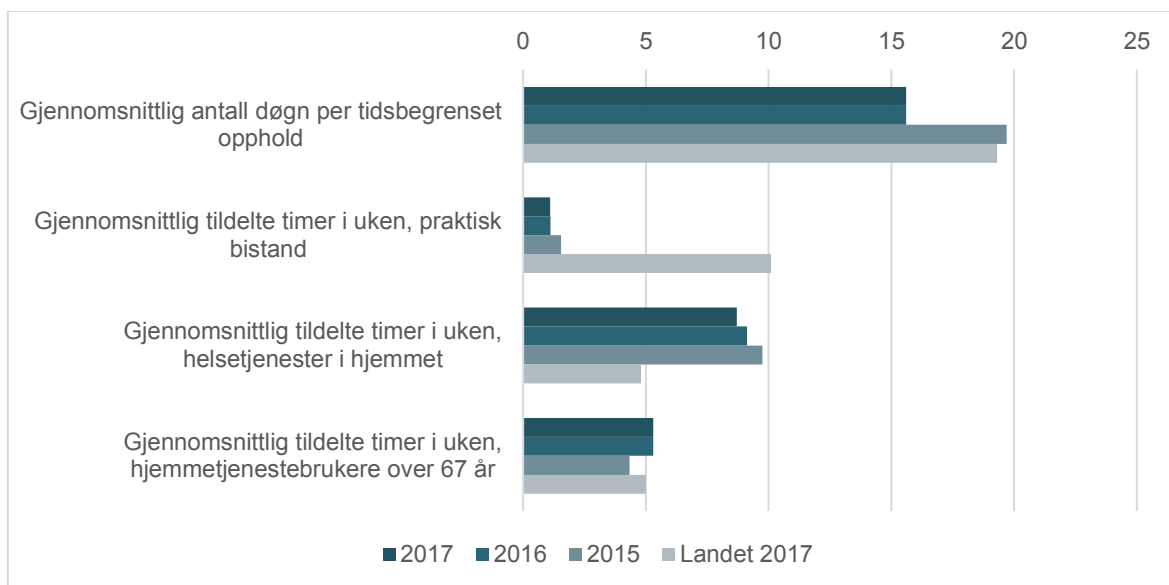
Værnes-regionen har et samarbeid om velferdsteknologi. Selbu mener at de kanskje ligger lengst framme av kommunene i regionen i å ta i bruk slik teknologi. Kommunen har fått en 20 prosent stilling tilknyttet velferdsteknologi som er finansiert av forsøksmidler, som de opplever gir «litt ekstra trykk». De ansatte opplever at bruk av velferdsteknologi øker jevnt.

Selbu ligger høyere enn resten av landet i andel mottakere av tjenester i aldersgruppen 80 år og over. Mens andel brukere er 53,9 prosent i Selbu, er landsgjennomsnittet 44,9 prosent. Avviket fra landsgjennomsnittet er størst for hjemmebaserte tjenester.



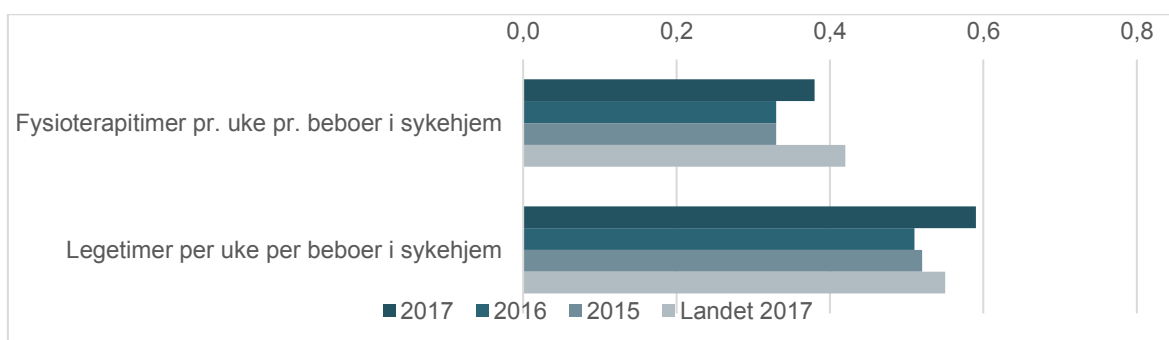
Figur 4-16: Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Selbu kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Selbu ligger ekstremt lavt i antall tildelte timer praktisk bistand blant de som får slike tjenester, mens helsetjenester i hjemmet ligger markant over. Selv om noe av dette kan skyldes forskjeller i brukere, kan forklaringen også ligge i registreringspraksis. Uansett har dette mønsteret har holdt seg stabilt i forsøksperioden.



Figur 4-17: Gjennomsnittlig antall timer/døgn for ulike tjenester i Selbu kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Når det gjelder fysioterapi- og legetimer i sykehjem er dette relativt likt som landssnittet, jf. Figur 4-18.



Figur 4-18: Gjennomsnittlig antall timer med lege og fysioterapeut i sykehjem i Selbu kommune 2015-17. Kilde: KOSTRA

Vedtak

Tildelingskontoret for Selbu er, som tidligere beskrevet, delt mellom Selbu og tre andre kommuner. Intensjonen bak å organisere tildelingskontoret på denne måten var å utnytte synergiene som kunne ligge i et felles tjenestekontor, kunnskapsdeling mellom ansatte, samt at tildelingsprosessene ville være mindre sårbare for at ansatte blir borte i forbindelse med sykdom eller ferier. Intensjonen var også at kommunene skulle få ganske enhetlig tildeling, noe som kunne legge til rette for at ansatte kunne jobbe ut fra sin spesialisering på tvers av kommunene. Det har vist seg at de ansatte på tildelingskontoret i liten grad jobber på tvers av kommunene. Dette skyldes delvis at kommunene har ulike fagsystemer og retningslinjer på en del områder (f.eks. hvor ofte skal hjemmetjenesten vaske hos brukere som ikke kan vaske selv), men mer kunne vært oppnådd med enn annen organisering. Hvis kommunene hadde eliminert disse forskjellene, ville det vært lettere for de ansatte på Forvaltningskontoret å arbeide på tvers av kommunegrensene.

Delingen av tildelingskontoret og utførerenheten i Selbu kommune er fortsatt en relativ ny ordning. Tidligere, og senest i 2017, uttalte flere at det var problemer i samarbeidet mellom Forvaltningskontoret og tjenesteenhetene i Selbu. Dette har nå gått seg til, og de fleste beskriver nå samarbeidet som godt. Blant annet har de ukentlige møter hvor de drøfter tildelings saker som ikke er kurante.

Det er vanligvis utførerenhetene som tar initiativ til endring av vedtak. Dette utløses oftest av at de ser at opprinnelig tildelt tjeneste ikke lenger er optimal. Også endringsvedtakene skrives av Forvaltningskontoret, men kontoret besøker vanligvis ikke brukerne i forbindelse med endringsvedtak.

Personalets tidsbruk spesifiseres vanligvis ikke i vedtakene. Unntak er tildeling av støttekontakt. Derimot spesifiseres gjerne hyppighet av besøk eller andre tjenester.

Alle vedtak skal ha en sluttdato, men dette er ikke fullt ut gjennomført. Dette kan være til hinder for en hensiktsmessig revurdering av tildelingen. Tidligere var det en tendens til at hjemmetjenesten leverte litt mer enn det vedtakene tilsa. Dette er nå strammet inn.

I alle tjenestene er det regelmessige møter med evaluering av tjenestene. I de tilfeller der brukeren har en form for nedsatt kognitiv funksjon er pårørende og eventuelt verge med på årskontroller. I andre tjenester kan det være hyppigere faste evalueringer. Men utførerenhetene skal gjøre en løpende vurdering av om tildelingen er optimal, og endringer skjer ofte utenom de faste kontrollene. Særlig gjelder dette for tjenester der behovet endres ofte (gjelder bl.a. hjemmebaserte tjenester og rehabilitering). Også utløp av vedtak vil ofte utløse endring av tildeling.

Kapasitetsutnyttelsen i tildelingsenheten har variert over tid. Det har vært utilstrekkelig kapasitet i enkelte perioder, men kapasiteten skal nå være tilstrekkelig. Det er en sykepleier og en ergoterapeut som behandler de fleste sakene om tildeling i Selbu. Dette gir vanligvis riktig og god kompetanse, men de kan trekke på andre med annen kompetanse når det er behov.

Selbu har sammen med de andre kommunene i Værnes-regionen et interkommunalt samarbeid om Distriktsmedisinsk senter (DMS) i Stjørdal kommune. DMS har intermediære senger som mottar pasienter hjemmehørende i alle samarbeidskommunene og som blir utskrevet fra sykehus. DMS har sikrere tilgang på riktig kompetanse hos de ansatte, og har større legedekning enn sykehjemmet i egen kommune. Selbu klarer å ta imot praktiske talt alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. En del av disse kommer til DMS, mens andre kommer til sykehjemmet i Selbu eller de får pleie hjemme.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Forvaltningskontoret har to ansatte som har ansvar for tildeling i Selbu. Disse to trekker både inn fagteam i Forvaltningskontoret og ansatte i utførerenheter i Selbu i kartlegging og tildeling av tjenester på områder hvor de to ikke har god kompetanse. Dette ser ut til å være velfungerende for å sikre kompetanse i tildelingsfunksjonen.

Brukermedvirkning

Selbu mener at de lenge har vært gode på brukermedvirkning både i enkeltsaker og på systemnivå. Bl.a. markerer de brukermedvirkningen 6. juni hvert år som «Hva er viktig for deg?»-dagen. De har tatt i bruk samtaleguiden som brukes av A-kommunene i forsøket. De har ikke godt system for å dokumentere brukermedvirkning.

I malen for kartleggingssamtale er ikke spørsmålet «Hva er viktig for deg?» direkte spesifisert, men temaet kommer likevel vanligvis fram i samtalen.

De har også regelmessige ansvarsgruppemøter med pårørende for psykisk utviklingshemmede og med beboere og eventuelt pårørende for de som bor på sykehjem.

Informantene mener også at Selbu er gode på brukermedvirkning på systemnivå. Rådet for eldre og funksjonshemmede fungerer som høringsinstans for planer og viktige forslag på pleie- og omsorgsområdet. På sykehjemmet har de en pårørendeforening som er svært aktiv i å sette i gang aktiviteter, men også i diskusjoner om utforming av tjenestetilbudet.

Rutiner og verktøy

Statistikkarbeidet oppleves som en av de sentrale effektene av forsøket. Gjennom prosjektet har Selbu kommune laget en statistikkbank. Dette er nytt og oppleves som verdifullt, særlig for langsiktig planlegging.

Ansatte opplever at de kan ta ut relevant informasjon som gir oversikt over tjenestene som et grunnlag for styring.

Som nevnt over, har Selbu tatt i bruk samtaleguiden som er utviklet av Stjørdal. Som et ledd i PLO-prosjektet utviklet Selbu egne tildelingskriterier og tjenestebeskrivelser som de bruker i dag.

Økonomi og finansieringsmodell

Flere trekker frem selve øremerkingen av midler til omsorgstjenestene som positivt for tjenestene på kort sikt. Pleie- og omsorgstjenestene kan ellers fort bli nedprioritert, spesielt til fordel for tilbudet til barn og unge. Øremerkingen gir dermed kommunen anledning til å utvikle tjenestene uten at kommunepolitikere kan kutte i omsorgsbudsjettene til fordel for andre tjenester. Det gir således omsorgstjenestene et «pusterom» i forsøksperioden. De ansatte har oppfattet pleie- og omsorgssektoren som «verstinger» i kommunen fordi de opplever at de sjelden har blitt prioritert i budsjettene. Enkelte oppfatter at de har fått mer oversikt over sektoren som følge av forsøket og PLO-prosjektet.

«Øremerking gir mulighet til å heve blikket og man har anledning til å utvikle sektoren i forsøksperioden som kan ha betydning for sektoren på sikt».

«Oppfatter at det er mer romslig nå – forsøket har gitt oss et pusterom».

Kommunen er klar på at forsøket har gitt sektoren mer midler enn de ellers ville hatt, som potensielt har hindret at de hadde måttet si opp folk. Selbu har ønsket å få avklaringer fra direktoratet om hva pengene kan brukes til. Før prosjektet startet burde det vært avklart hvordan deltakerkommunene kunne bruke ekstramidler fra prosjektet. Kommunen måtte gjøre flere henvendelser til Helsedirektoratet før dette ble avklart.

Flere forteller at det er fokus på at tjenesteutviklingen ikke skal føre til økte kostnader på sikt. Prosjektet gjelder kun en begrenset tidsperiode, og kommunen har stor oppmerksomhet på at de ikke skal øke det generelle kostnadsnivået, fordi dette vil kunne skape behov for smertefulle innsparingsprosesser når forsøket avsluttes.

Politikere oppfatter at det hadde vært mer utviklende for kommunen å kunne prioritere midlene fritt, og de opplever at øremerking gjør det vanskelig å styre. Blant annet tar ikke øremerking hensyn til endringer hos brukere, og gjør ordningen lite fleksibel. Både forvaltningen og politikere i kommunen ser allikevel en klar fordel i at sektorene er skjermet i en kortere periode.

4.6.3 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket kommunen?

Informantene i kommunen ser få sikre virkninger av deltakelsen i forsøket på tildelingen og kvaliteten på tjenestene. Forsøket har hatt følgende virkninger:

- Øremerkingen av finansiering til pleie- og omsorgssektoren gjorde at planlagte kutt ble kansellert
- Ekstramidler til B-kommunene har bidratt til å framskynde utviklingen av tjenester. Kanskje ville bygging av bemannede boliger ikke blitt realisert like raskt uten forsøket. En del av forsøksmidlene er blitt brukt til ulike opplæringstiltak.
- Selbu deler tildelingsfunksjon med Stjørdal. Stjørdals status som A-kommune har gjort at forvaltningskontoret har fått opparbeidet kompetanse som også Selbu nyter godt av.

Flere sier at forsøket har bidratt til å stimulere prosesser som allerede har vært satt i gang i kommunene. Flere av informantene trekker frem Pleie- og omsorgsprosjektet (PLO) fra 2015 som spesielt viktig for å utvikle kommunens tjenester og for å identifisere utviklingsmuligheter. De ansatte forteller at prosjektet ga mye informasjon om hva som fungerte godt og mindre godt, og det ble laget planer for tiltak som skulle følges opp. Forsøket har således kommet inn som en ekstra stimulans til å gjennomføre tiltakene som allerede forelå, men det er vanskelig å avgjøre hvilke endringer som ville skjedd uansett og hvilke som er resultater av forsøket.

Opplæringstiltak finansiert med forsøksmidler har bidratt til å heve kompetansen i sektoren.

Forsøket har gjort at helse- og omsorgssektoren er blitt økonomisk skjermet og økt ramme har gjort det enklere å få gjennomført endringer.

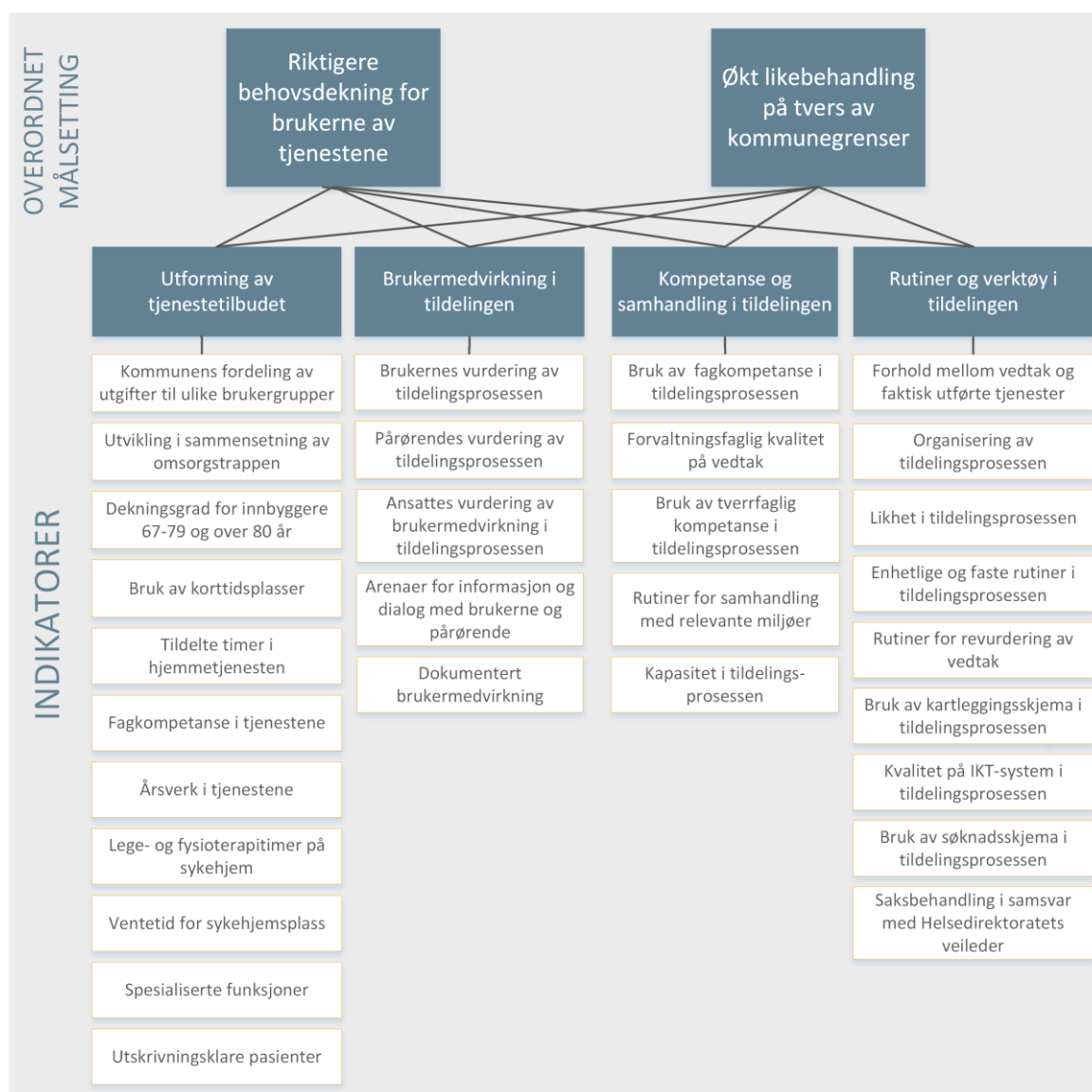
Ansatte på økonomi opplever klare fordeler ved utvikling av statistikkbanken som har vært en direkte konsekvens av prosjektet i kommunen. Dette har gitt bedre forståelse av tjenestene.

5 Indikatorer

Dette kapitlet gir en oversikt over hvordan de ulike kommunene scorer på hver indikator. Figur 5-1 viser hvordan de ulike hovedindikatorene (utforming av tjenestetilbud, brukermedvirkning, kompetanse/samhandling og rutiner/verktøy) er operasjonalisert.

Indikatorene speiler hver hovedindikator på ulike måter. Indikatorene baserer seg i stor grad på kvantifiserbare og sammenlignbare størrelser. Kvalitativ kunnskap om kommunene er brukt i fortolkning av resultatene, og fremgår i større dybde i kapittel 4.

I dette kapitlet presenteres utformingen av tjenestetilbudet i de ulike kommunene i avsnitt 5.1. Avsnitt 5.2 sammenfatter indikatorene knyttet til brukermedvirkning, avsnitt 5.3 kompetanse og samhandling, mens avsnitt 0 gjennomgår rutiner og verktøy for tildeling. Begrunnelsen for bruk av hver indikator følger i hvert enkelt avsnitt.



Figur 5-1 Samlet indikatorsett

5.1 Utforming av tjenestetilbudet

Videre følger en omtale av de indikatorene som på ulike måter spiller utviklingen i tjenester.

I analysen av tjenesteutviklingen er det viktig å være oppmerksom på at de fire A-kommunene er preget av en sterk vekst i aldersgruppene som har behov for pleie- og omsorgstjenester. For de fire kommunene er det i perioden fra 2014 til 2020 beregnet en vekst i behovet som følge av demografisk utvikling på 3,2 prosent i gjennomsnitt per år.

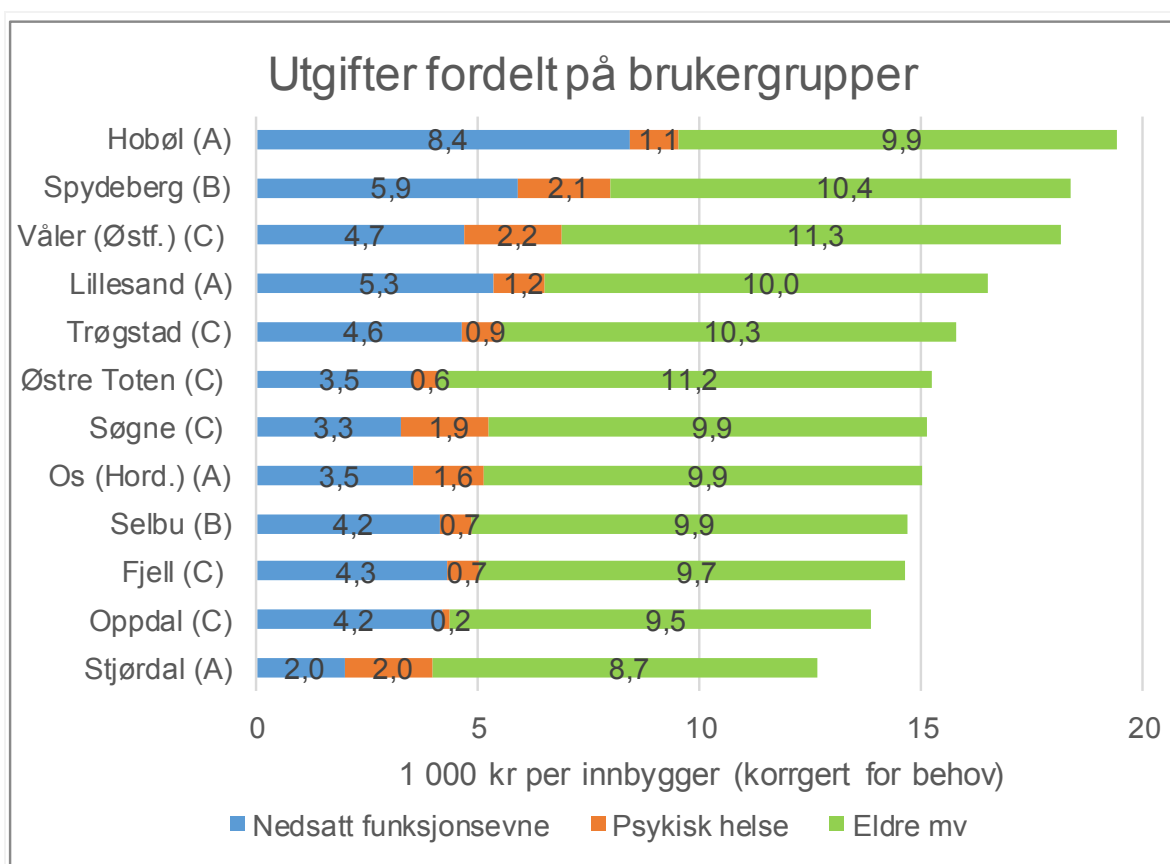
5.1.1 Fordelingen av utgifter på tre brukergrupper

Som beskrevet i kapittel 3.7.8 er en av metodene i dette arbeidet å fordele aktuelle poster i kommuneregnskapet på tre brukergrupper, hhv. personer med nedsatt funksjonsevne, personer med rusproblemer/psykiske problemer, og eldre.

Som en del av vår nullpunktsanalyse ble regnskapet for 2015 for alle A-, B- og C-kommunene fordelt på de tre gruppene. I det følgende beskriver vi først forskjeller i kommunenes utgifter til disse brukergruppene i 2015. I analysen av fordelingen av utgiftene i 2016 og 2017 er vi i første rekke opptatt av om forskjellene mellom kommunene har blitt redusert. Reduserte forskjeller kan sies å være i samsvar med den overordnede målsetting om «økt likebehandling på tvers av kommunegrensene».

Hovedkonklusjoner regnskapet 2015

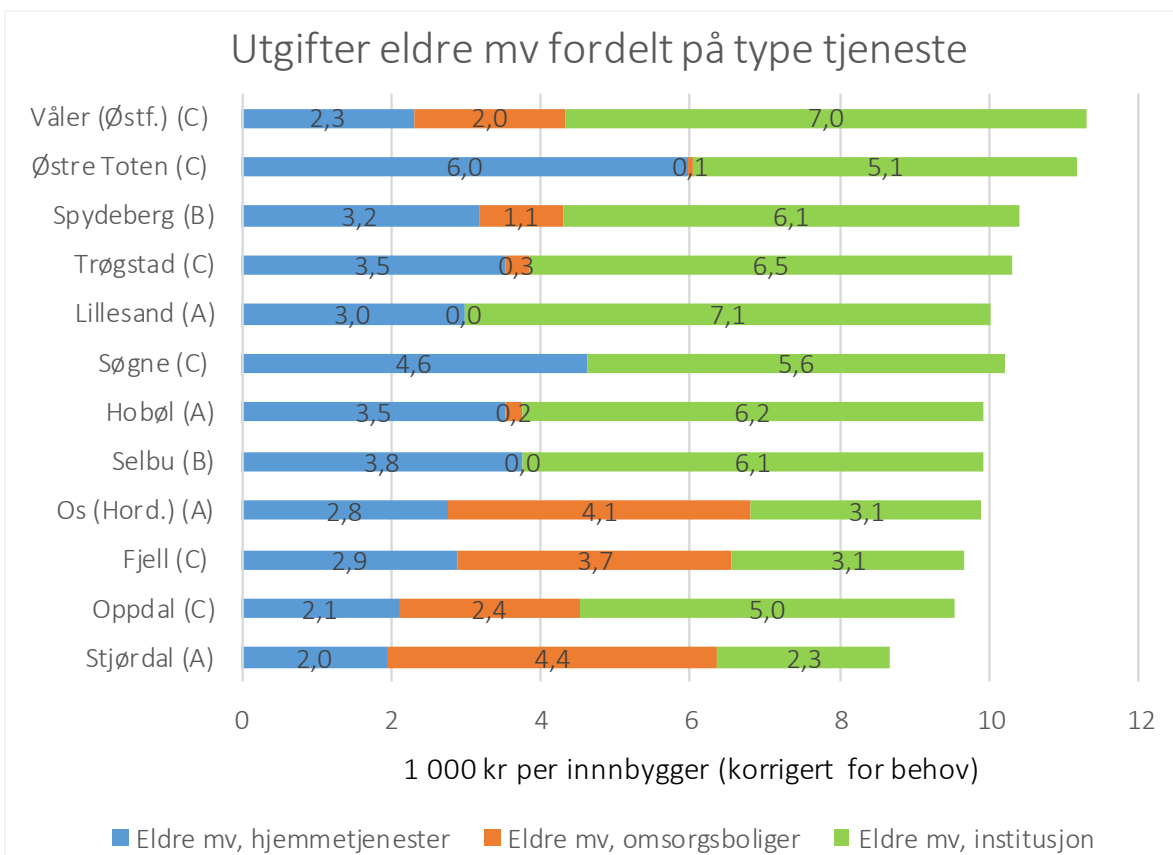
Det er store forskjeller i kommunenes utgifter til pleie og omsorg, selv etter korrigerings av forskjeller i behov. Kartleggingen av utgiftene til kommunene i forsøket illustrerer disse forskjellene. Hobøl lå høyest i 2015 med utgifter som var rundt 50 prosent høyere enn Stjørdal som lå lavest.



Figur 5-2 Netto utgifter til pleie og omsorg 2015 korrigeret for behov. Kilde: Bearbejdet versjon av regnskap 2015

Blant disse kommunene var det langt større variasjoner i utgiftene til personer med nedsatt funksjonsevne og psykisk helse enn for utgiftene til eldre. For eldre hadde Våler de høyeste utgiftene, 30 prosent høyere enn Stjørdal som hadde lavest utgifter. Høyeste utgifter til personer med nedsatt funksjonsevne hadde Hobøl, med et nivå mer enn fire ganger så høyt som Stjørdal. Våler hadde utgifter til psykisk helse som lå ti ganger så høyt som for Oppdal som lå lavest.

De korrigerte driftsutgiftene for den eldste gruppen er vist i figuren under.



Figur 5-3 Netto utgifter til pleie og omsorg til eldre 2015 mv. korrigert for behov. Korreksjoner basert på delindeksen for gruppen over 67 år. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

I 2015 brukte Våler mest på den eldste aldersgruppen og Stjørdal minst, jf. figuren over. Utenom de to som brukte mest (Våler og Østre Toten) og Stjørdal, er det relativt små forskjeller i nivået på utgiftene til eldre. De fire kommunene med lavest samlede utgifter er også de fire kommunene som bruker mest på omsorgsboliger til denne gruppen.

Bruttoutgifter for tre brukergrupper fra 2015 til 2017 i A-kommunene

Fra 2015 til 2017 har de samlede bruttoutgiftene for de fire A-kommunene økt fra 1 050 til 1 207 millioner kroner (jf. tabellen under). Den samlede veksten i utgiftene er beskrevet og analysert i Agenda Kaupang (2018)¹⁴. Så langt er utgiftene korrigert for behov (figur 5-2 og 5-3), slik at vi kan sammenlikne på tvers av kommuner. I drøftingen av utviklingen fra 2015 til 2017 er utgiftene ikke korrigert for behov. Det betyr at tabellene under viser den faktiske utviklingen i millioner kroner.

¹⁴ Agenda Kaupang (2018): «Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader»

Tabell 5-1 Bruttoutgifter 2015-2017 fordelt på tre brukergrupper for A-kommunene. Millioner kroner

Gruppe	Hobøl			Lillesand			Os			Stjørdal			Alle A			
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	
I alt	106	115	124	220	226	246	311	346	381	412	437	456	1 050	1 123	1 207	
<i>Personer med nedsatt funksjonsevne</i>																
- under 18 år	5	3	3	6	8	12	11	12	16	14	15	16	36	38	46	
- over 18 år	40	42	42	71	67	72	98	107	114	83	105	106	292	320	334	
<i>Personer med psykiske problemer og rusproblemer</i>																
- under 18 år	1	2	2	3	0	0	0	1	1	0	0	0	4	3	4	
- over 18 år	5	9	10	14	17	21	32	44	48	68	56	59	120	126	137	
<i>Eldre mv.</i>																
- institusjon	34	36	40	89	96	100	57	63	73	70	72	81	249	266	294	
- bolig med døgnomsor	1	0	0	0	0	0	68	70	78	124	131	133	194	201	211	
- andre hjemmetjenest	21	24	28	36	39	42	44	48	51	54	58	60	155	169	180	

Utviklingen for de tre brukergruppene blir kommentert i det følgende.

Personer med nedsatt funksjonsevne: Både Hobøl og Lillesand har svakere vekst enn pris- og kostnadsveksten i kommunesektoren (kommunal deflator) på 5,1 prosent fra 2015 til 2017. Begge kommunene lå høyt i utgangspunktet. Vekst har vært sterk for Os og Stjørdal, som var blant kommunene som lå lavt. Altså har utviklingen gått i retning mer likhet.

Personer med psykiske problemer og rusproblemer: For denne gruppen har det fra 2015 til 2017 vært en sterk vekst for Hobøl, Lillesand og Os og reduksjon for Stjørdal. I 2015 lå utgiftene i Stjørdal betydelig høyere enn de andre tre kommunene. Også for denne gruppen har det altså skjedd en utvikling i retning større likhet.

Eldre mv. (institusjon). For alle de fire A-kommunene har det vært en betydelig vekst i utgiftene til institusjon. Os, som lå på et lavt nivå i 2015, har hatt den sterkeste vekst. Senere i rapporten (jf. avsnitt 5.1) viser vi at veksten har kommet selv om det har blitt færre brukere på langtidsopphold. Forklaringen er økte utgifter per bruker (oppholdsdøgn) på langtidsopphold, og at korttidstilbudet har blitt styrket.

Eldre mv. (boliger med døgnomsorg): Økningen i Os og Stjørdal har vært sterkere enn kostnadsveksten i kommunesektoren. Begge kommunene hadde høye utgifter til tilbudet i 2015. Hobøl og Lillesand har ennå ikke etablert et slikt tilbud. Lillesand har imidlertid startet planleggingen av boliger med døgnomsorg. Byggingen av sykehjem og andre botilbud er en prosess som tar relativt lang tid. Vanligvis tar det minst fem år fra planleggingen starter til bygget står ferdig. På dette området kan man altså ikke forvente at det skjer så mye i løpet av bare to år.

Eldre mv (andre hjemmetjenester): Alle kommunene hadde betydelig vekst fra 2015 til 2017. Statistikken fra IPLOS viser at det særlig helsetjenester i hjemmet som har vokst mye. Sterkest vekst hadde Hobøl, som lå brukbart an allerede i 2015. Det betyr altså en utbygging av tilbudet i Os og Stjørdal, som i utgangspunktet har satsset på boliger på døgnomsorg. Utviklingen i disse to kommunene har styrket den ordinære hjemmetjenesten, og altså fått et nivå som ligner mer nivået i andre kommuner.

Oppsummering A-kommunene: Jevnt over har A-kommune hatt en betydelig økning i kostnader til de fleste brukergrupper. Samlet sett har brutto utgifter økt med ca. 15 prosent for de fire kommunene. Deler av dette skyldes den demografiske veksten blant eldre brukere som det ble pekt på innledningsvis. Samtidig er dette neppe den eneste forklaringen, noe som vil utdypes videre. Det er også tegn til at kommunene konvergerer med tanke på tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne, for personer med psykiske problemer og rusproblemer og for hjemmetjenester til eldre.

Bruttoutgifter for tre brukergrupper fra 2015 til 2017 i B-kommunene

Utviklingen for de to B-kommunene er vist i tabellen under. Rammebetingelsene for B-kommunene i forsøket tilsier ikke at man kan forvente at tjenestetilbudet i disse kommunene blir mer like med hverandre eller med tilbudet i A-kommunene.

Tabell 5-2 Bruttoutgifter 2015-2017 fordelt på tre brukergrupper for B-kommunene. Millioner kroner

Gruppe	Spydeberg			Selbu			Begge B		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
I alt	119	145	146	108	114	118	227	258	263
<i>Personer med nedsatt funksjonsevne</i>									
- under 18 år	5	5	9	0	0	0	5	5	9
- over 18 år	32	44	45	32	38	39	64	82	84
<i>Personer med psykiske problemer og rusproblemer</i>									
- under 18 år	2	1	2	0	0	0	2	2	3
- over 18 år	11	18	23	4	2	1	15	20	25
<i>Eldre mv.</i>									
- institusjon	44	48	47	46	49	51	90	97	98
- bolig med døgnomsorg	7	8	4	0	0	0	7	8	4
- andre hjemmetjenester	19	19	15	25	25	26	44	45	41

Utviklingen for de tre brukergruppene blir kommentert i det følgende.

Personer med nedsatt funksjonsevne: Både Spydeberg og Selbu har hatt en sterk vekst i utgiftene til disse brukerne. Spydeberg lå høyt i utgangspunktet, mens Selbu lå på et mer middels nivå. Det er med andre ord ingen klare tegn til at utviklingen har gått i retning det som er vanlig i vårt utvalg.

Personer med psykiske problemer og rusproblemer: Det har vært en sterk vekst for utgiftene i Spydeberg, mens utgiftene i Selbu har blitt redusert. I 2015 lå Spydeberg høyt og Selbu lavt. De to kommunene har altså beveget seg lenger unna gjennomsnittet for de ti kommunene.

Eldre mv.: Fra 2015 til 2017 har de samlede utgiftene til eldre vært på omtrent samme nivå i Spydeberg. I Selbu har det vært en økning av utgiftene til denne gruppen. Spydeberg lå høyt i 2015, mens Selbu lå noe under middels. For denne gruppen har det altså vært en viss konvergens med tanke på hvor mye kommunene bruker på denne gruppen.

Oppsummering B-kommunene: De to B-kommunene har i likhet med A-kommunene hatt en betydelig økning i kostnader til de fleste brukergrupper. Mesteparten av denne veksten skyldes økningen i kostnader til personer med nedsatt funksjonsevne og personer med psykiske problemer og rusproblemer i Spydeberg.

5.1.2 Utvikling i sammensetning av omsorgstrappen

Innledende kommentarer

Det overordnede spørsmålet vi tar sikte på å svare på er om utviklingen går i retning økt satsing på hjemmebasert omsorg slik trenden er for landet som helhet, eller om utviklingen går i retning av økt satsing på institusjonsomsorg. Vi er mest interessert i utviklingen for A-kommunene som har en stykkprisfinansiering som dekker en økning i tilbudet.

Som første steg i analysen har vi sett på utviklingen i andelen av bruttoutgiftene som blir brukt på institusjon. Utviklingen gir uttrykk for kommunenes prioritering av utgifter til institusjon. I neste steg har vi studert utviklingen for tjenestene på et mer detaljert nivå.

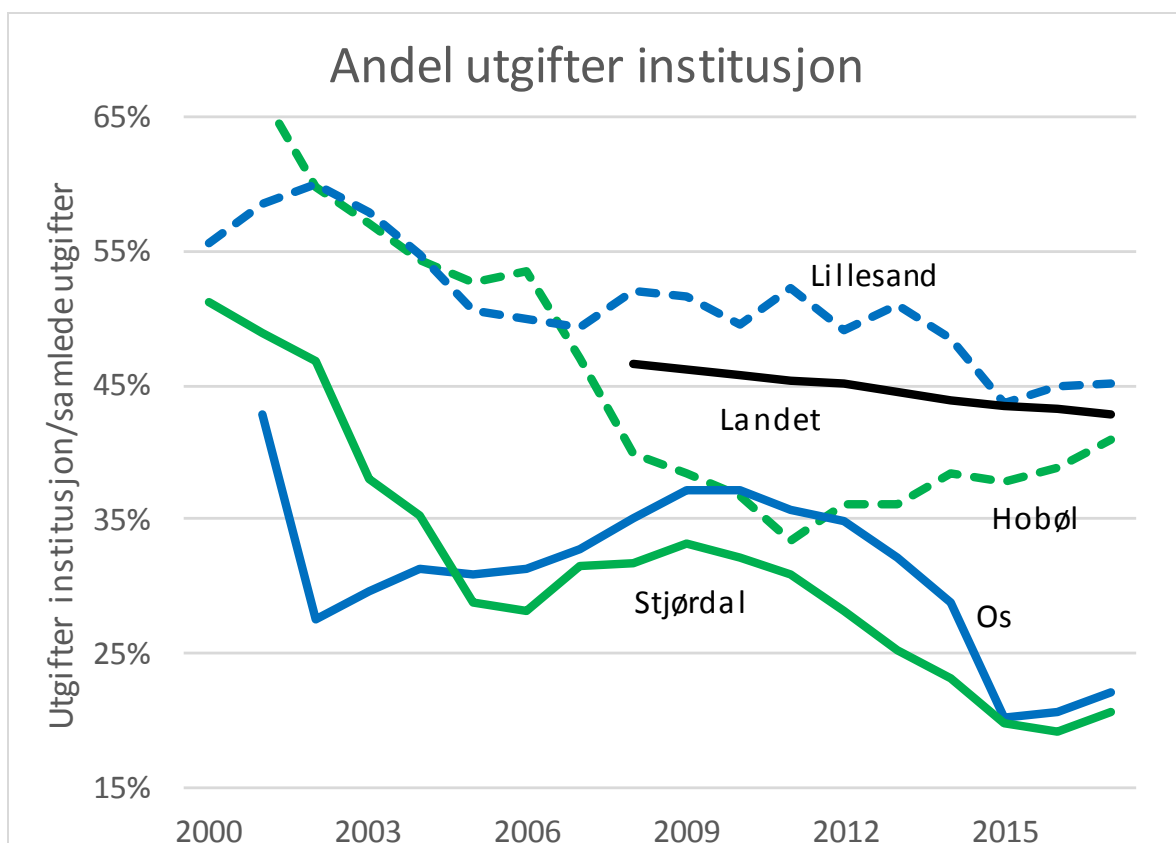
Andelen av utgiftene brukt på institusjon

I hele Norden går utviklingen i retning av at det er flere som får tilbud i eget hjem og færre som får tilbud på institusjon. Sammenliknet med de andre landene er det i Norge en langt høyere andel av den eldre befolkningen som får et tilbud på institusjon.

En forklaring er at bygging av sykehjem har blitt vektlagt på nasjonalt nivå i Norge. Hos oss finansierer staten en stor del av den kommunale byggingen av sykehjem. I de andre nordiske landene har det derimot vært en bevisst satsing på nasjonalt nivå om å utvikle andre botilbud til eldre.

I Norge har det vært en vridning fra institusjon til bolig for funksjonshemmede. Dette skjedde gjennom den såkalte HVPU-reformen på 1990-tallet. Utviklingen er i ferd med å snu også i Norge. De aller fleste kommuner satser mer på hjemmetjenester enn før, og dekningen for heldøgns-tilbudet går ned. En økende andel av heldøgnsstilbudet blir gitt i omsorgsboliger og en redusert andel på institusjon. Stjørdal og Fjell er eksempler på kommuner hvor bare rundt halvparten av heldøgnsstilbudet blir gitt på institusjon.

Utviklingen kommer til uttrykk ved at andelen av utgiftene som brukes til institusjon blir redusert. For landet som helhet har reduksjonen vært gradvis og jevn, slik figuren under viser.

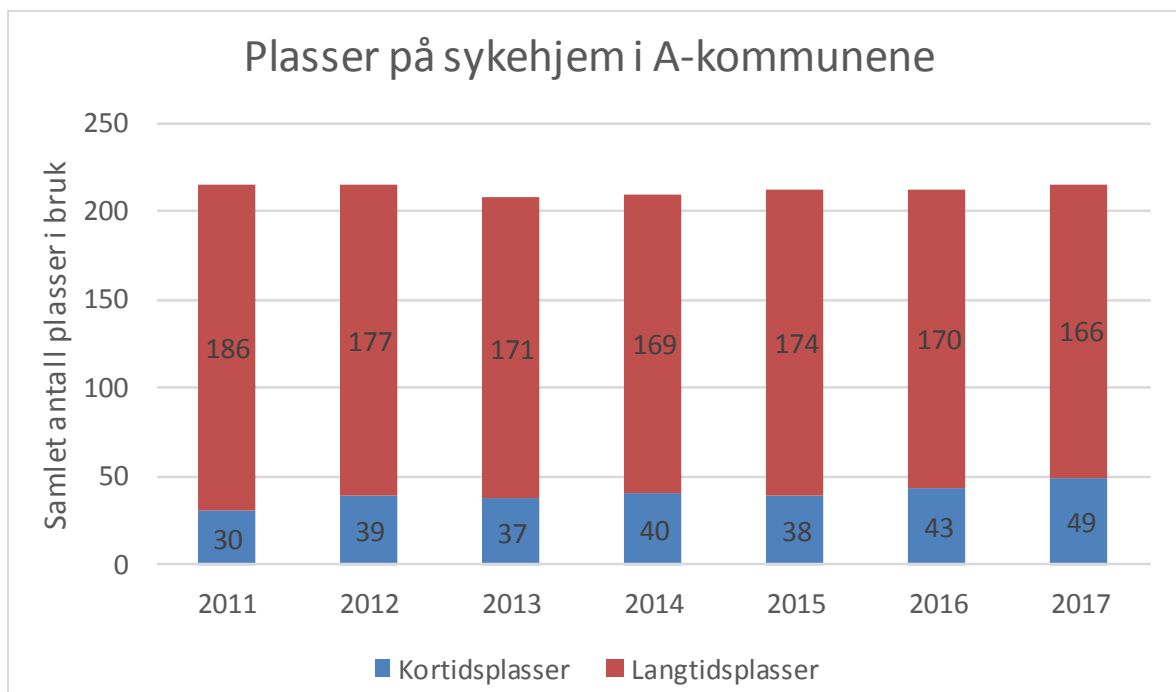


Figur 5-4 Andel av bruttoutgifter brukt på institusjon 2000-2017 for landet og de fire A-kommunene. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

A-kommunene har hatt en utvikling fra 2015 til 2017 som bryter med den langsiktige trenden (jf. figuren over). For alle de fire kommunene har andelen utgifter brukt på institusjon økt. Den gjennomsnittlige økningen har vært på 1,9 prosentpoeng.

Langtidsplasser og korttidsplasser på sykehjem

Økte utgifter til institusjon har imidlertid bare i begrenset grad gitt seg utslag i flere sykehjemsplasser. Samlet antall plasser i bruk for de fire kommunene har kun økt med to plasser, fra 213 i 2015 til 215 i 2017 (jf. figuren under). Det stabile nivået som har vært helt siden 2011 videreføres altså også de to siste årene.



Figur 5-5 Samlet antall plasser på sykehjem 2011-2017 for de fire A-kommunene fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser. Kilde: Registrerte oppholdsdøgn rapportert til KOSTRA

Gjennom hele perioden har det vært en tendens til en økning i antall korttidsplasser og en reduksjon i antall langtidsplasser. Denne tendensen ser ut til å bli forsterket de to siste årene med en særlig sterk vekst for korttidsplassene.

Korttidsplass i sykehjem er for personer som i en overgangsperiode har omfattende pleiebehov som følge av akutt svikt eller sykdom, eller som i en overgangsperiode trenger trening/gjenopptrening eller avlastning. Et slikt tilbud har stor betydning for pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og er en viktig del av en tiltakskjede for å dempe behovet for langtidsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem. Noen kommuner velger å organisere korttidsplassene under hjemmetjenesten for å sikre en smidig overgang til brukernes egne hjem. Økningen i korttidsplasser i A-kommunene kan altså være et uttrykk for en satsing på at brukerne skal klare seg hjemme.

Utviklingen er imidlertid ikke helt den samme i alle A-kommunene. Informasjon om utviklingen i den enkelte A-kommune er vist i tabellen under.

Tabell 5-3 Antall plasser på sykehjem 2011-2017 fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser for de fire A-kommunene. Kilde: Antall plasser er beregnet på grunnlag av registrerte oppholdsdøgn rapportert til KOSTRA.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Korttidsopphold</i>							
Hobøl	2,9	3,0	5,0	4,0	3,7	3,7	5,0
Lillesand	8,7	14,1	8,0	9,3	9,0	7,4	8,7
Os	12,2	13,0	14,1	17,0	16,0	17,3	16,7
Stjørdal	6,1	8,5	9,8	10,2	9,8	15,0	19,1
I alt	30,0	38,6	36,8	40,4	38,4	43,5	49,4
<i>Langtidsopphold</i>							
Hobøl	20,2	19,8	22,0	24,6	28,1	25,6	24,8
Lillesand	67,6	66,7	71,7	68,0	63,7	62,8	59,4
Os	31,7	29,7	24,9	24,4	29,1	29,4	30,5
Stjørdal	66,6	60,9	52,4	52,3	53,4	51,7	51,2
I alt	186,1	177,1	170,9	169,3	174,3	169,5	165,9
<i>Sykehjem i alt</i>							
Hobøl	23,1	22,8	26,9	28,6	31,8	29,3	29,7
Lillesand	76,3	80,8	79,7	77,3	72,7	70,2	68,1
Os	43,9	42,7	38,9	41,3	45,1	46,8	47,3
Stjørdal	72,8	69,4	62,1	62,5	63,2	66,7	70,3
I alt	216,1	215,7	207,7	209,7	212,7	213,0	215,3

Antall korttidsopphold har økt i Hobøl, Os og Stjørdal, med sterkest vekst i Stjørdal (jf. tabellen over). I Lillesand er antall korttidsplasser på omtrent samme nivå gjennom de seks årene.

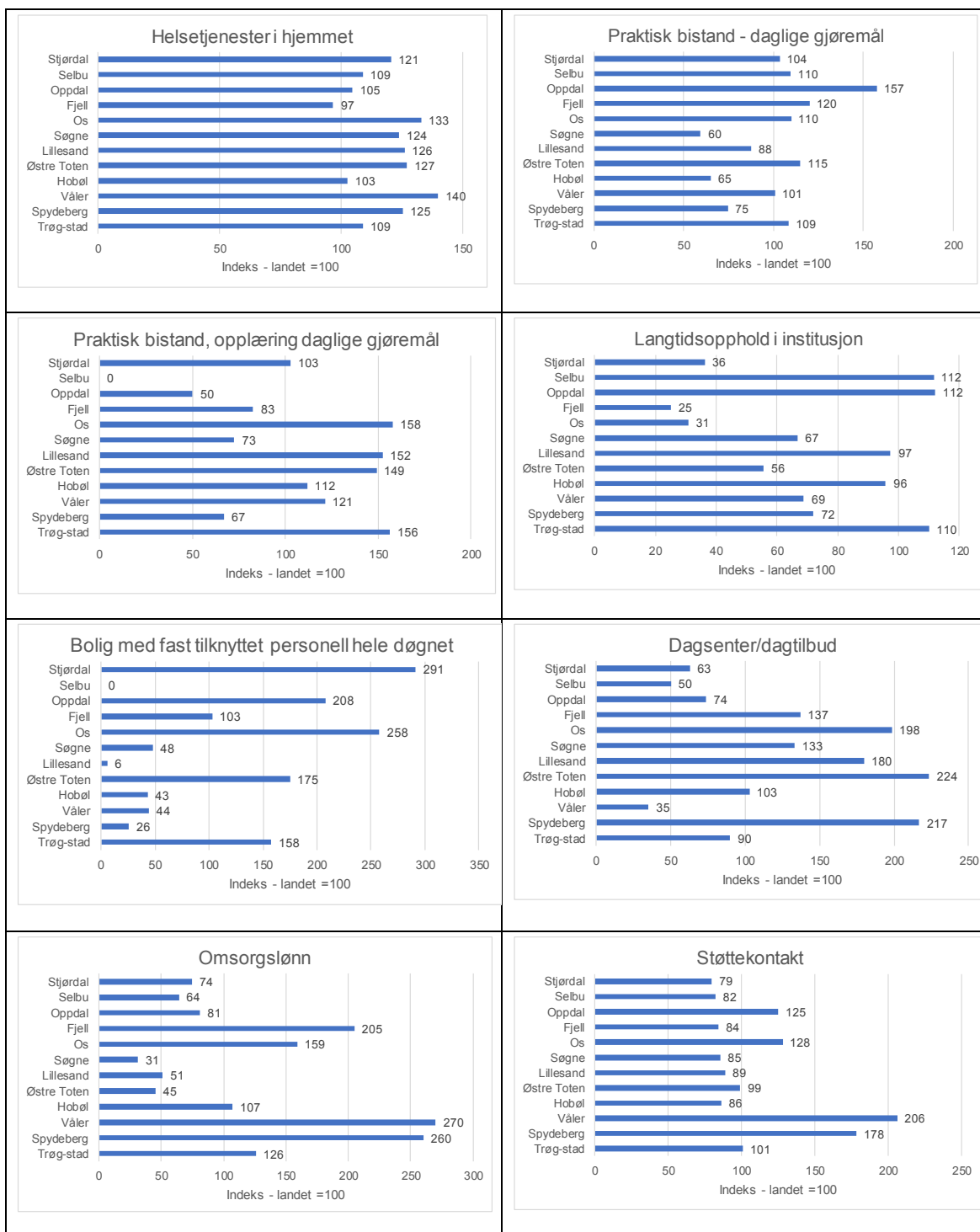
Siden 2015 har det samlede antall sykehjemsplasser blitt redusert i Hobøl og Lillesand, mens det har vært en økning i Os og Stjørdal.

Korttidsplassene er jevnt over noe dyrere i drift enn langtidsplassene. Flere korttidsplasser kan altså være noe av forklaringen til de økte utgiftene til institusjon. Dette er imidlertid neppe hele forklaringen. Andre mulige forklaringer er økt bemanning (pleiefaktorer), økt bruk av vikarer og ekstrahjelp eller at beboerne på institusjon har mer omfattende pleiebehov, kanskje fordi terskelen for å få institusjonsplass er hevet. Vi vet ikke om i hvilken grad det eventuelt kan ha skjedd en slik utvikling i kommunene.

Omsorgstrappen belyst med data fra IPLOS

Statistikken fra IPLOS gir et langt mer detaljert bilde av tilbudet av tjenester enn de tre KOSTRA-funksjonene omtalt over. Vi har sammenliknet tilbudet av tjenester i de 12 A-, B- og C-kommunene med landet som helhet. Det er beregnet en indeks for alle tjenestene i de 12 kommunene som viser om kommunen tilbyr mer eller mindre enn landet av den aktuelle tjenesten (landet=100). Denne normeringen er gjort ved å ta utgangspunkt i det samlede beregnede utgiftsbehovet for den aktuelle kommunen sammenliknet med landet som helhet. Utgiftsbehovet er beregnet ut fra kriteriene i det statlige inntektssystemet. Tilnærmingen gir et grovt og overordnet bilde av sammensetningen av omsorgstrappen i den enkelte kommune. En svakhet er at metoden ikke tar

hensyn til forskjeller i sammensetningen av brukere i de ulike kommunene. Vi mener likevel at metoden er tilstrekkelig nøyaktig for vårt formål. De beregnede indeksene for 2016 for et utvalg tjenester er vist i Figur 5-6 under.



Figur 5-6 Antall brukere med ulike tilbud 2016 sett i forhold til behovet for tjenester sammenliknet med landet som helhet (landet=100)

Videre viser Figur 5-7 utviklingen samlet for de seks A- og B-kommunene for de samme tjenestene for perioden fra 2009 til 2017.



Figur 5-7 Samlet antall brukere i A- og B-kommuner for utvalgte tjenester 2009-2017 (kilde: IPLOS)

En hovedkonklusjon er at det er store forskjeller mellom kommunene i sammensetningen av omsorgstrappen (Figur 5-6). En annen er at trendene for perioden fra 2009 til 2015 ser ut til å fortsette også etter at forsøket startet opp (Figur 5-7), i hvert fall for perioden forsøket foreløpig har vart.

De ulike tjenestene i figurene blir kommentert i det følgende:

Helsetjenester i hjemmet: Med helsetjenester i hjemmet menes ulike helsetjenester som ytes til hjemmeboende. Disse tjenestene ble tidligere kalt hjemmesykepleie. Det nye navnet signaliserer at det nå er flere yrkesgrupper som tilbyr helsetjenester til hjemmeboende. For landet som helhet har utviklingen siden 2009 gått i retning av at det er flere som får helsetjenester i hjemmet og færre som får praktisk bistand. Samlet har de 12 kommunene i vårt utvalg hatt den samme utviklingen både i 2016 og 2017. I 2016 har 11 av de 12 kommunene mer av disse tjenestene enn landet som helhet.

Personer som mottar helsetjenester i hjemmet bor både i egne hjem og i boliger med ulikt nivå på bemanningen. Ansatte bruker bil eller andre transportmidler fra en sentral base (ambulant tjeneste) eller fra en base i samme bygg som de som mottar tjenesten. Behovet for bistand er altså svært forskjellig fra de som mottar tjenesten. Rundt halvparten av det aktivitetsbaserte tilskuddet i forsøket går til helsetjenester i hjemmet.

Praktisk bistand daglige gjøremål: Tjenesten omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. Fra 2009 til 2015 har kommunene i vårt utvalg en reduksjon i antall som mottar tjenester, som altså er den samme trenden som resten av landet. I 2017 er antall brukere på omtrent samme nivå som i 2015, noe som altså innebærer et brudd med den langsiktige trenden. Det er store forskjeller på hvor mye kommunene satser på disse tjenestene. I fire av kommunene er tilbudet mindre utbygd enn landet, og i de åtte andre er tilbudet mer utbygd.

Praktisk bistand – opplæring daglige gjøremål: Formålet med praktisk bistand – opplæring er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet, dvs. opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning og i forbindelse med måltider. Dette omfatter også boveiledning. Disse tjenestene utgjør en viktig del av tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne. Antall personer som mottar disse tjenestene er mer enn doblet i perioden fra 2010 til 2017. Økningen har vært relativt svak etter at forsøket startet i 2015.

Dagsenter/dagtilbud: Innhold og formål i tilbudet vil kunne variere, både ut fra hvilket bistandsnivå de som skal motta tilbudet har og lokale forhold. Lavterskeltilbud/åpne kommunale tilbud der personer gjøres oppmerksom på tilbudet og kan komme og gå uten avtaler, blir ikke registrert. Antall personer som mottar disse tjenestene har nesten blitt doblet i perioden fra 2010 til 2017. Den økte satsingen er i tråd med signaler fra statlige myndigheter. Imidlertid er det store forskjeller på hvor utbygd tilbudet er i kommunene. I A-kommunene er tilbudet mest utbygd i Os (indeksverdi 198) og Lillesand (180) og minst utbygd i Stjørdal (63).

Langtidsopphold i institusjon: Gjennom perioden har det vært en nedadgående tendens i antall personer som mottar tilbudet. Nedgangen har skjedd samtidig med at det har blitt flere personer i de aktuelle aldersgrupper. Reduksjonen fra 2016 til 2017 er den største som har skjedd gjennom hele perioden. Det kan altså se ut at deltakelsen i forsøket har ført til en forsterking i tidligere trender. Tilbudet er lite utbygd i Stjørdal, Fjell og Os.

Omsorgsbolig: Dette er boliger som har mottatt investeringstilskudd fra Husbanken. Etter en betydelig vekst fra 2012 til 2013 har tilbudet vært på omtrent samme nivå de siste fire årene. Utviklingen er uttrykk for at utbyggingen skjer i etapper, og at det de siste årene ikke har vært en ferdigstilling av større byggeprosjekter. I Lillesand er det imidlertid nå planlagt å bygge slike boliger. Planleggingen startet før kommunen ble med i forsøket. Det er ikke uvanlig at det tar fem år eller mer fra planleggingen starter til boligene er ferdige.

Omsorgslønn: Omsorgslønn gis til privatpersoner som har omfattende omsorgsarbeid i hjemmet knyttet til en av sine nærmeste. Kommunene varierer i hvilken grad de bruker ressurser på dette. Blant forsøkskommunene har Spydeberg, Os og Hobøl flest mottakere av omsorgslønn (korrigert

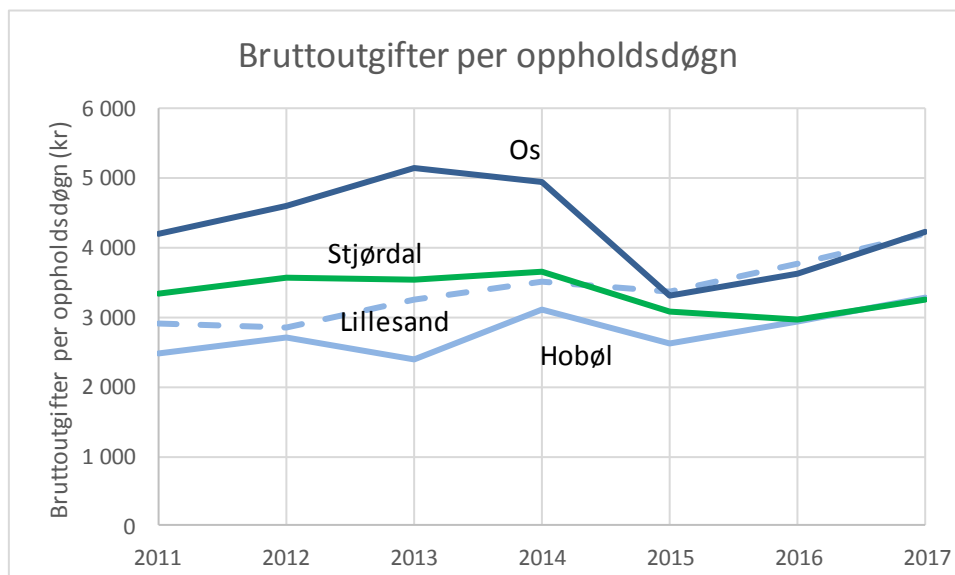
for kommunens tjenestebehov). Fra 2015 til 2017 har bruken av omsorgslønn økt noe. Antall brukere i 2017 er nesten på samme nivå som i 2015.

Støttekontakt: Støttekontakt er et tilbud til personer som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Støttekontaktens viktigste oppgave er som regel å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid. I perioden har antall personer med støttekontakt vært på omtrent samme nivå. I fem av de tolv kommunene er tjenesten mer utbygd enn landsgjennomsnittet.

Bruttoutgifter per oppholdsdøgn

Utviklingen etter 2015 i alle de fire kommunene er preget av en betydelig økning i bruttoutgiftene per oppholdsdøgn (jf. figuren under). Fra 2015 til 2017 økte A-kommunene i snitt kostnaden per oppholdsdøgn med 21 prosent, fra 3 092 til 3 745 kr.

Denne utviklingen er den viktigste forklaringen til økningen i utgiftsandelen til institusjonsplasser i A-kommunene. Utviklingen er overraskende, fordi denne veksten *ikke* blir finansiert gjennom forsøket. Tvert imot finansierer alle A-kommunene selv veksten i utgifter per plass. I 2017 er det beregnet at vedtakstilskuddet gir en gevinst for institusjon for Stjørdal og Hobøl (de har altså et overskudd i leveransene av institusjonsplasser), mens Os og Lillesand taper.



Figur 5-8 Bruttoutgifter per oppholdsdøgn 2011-2017. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

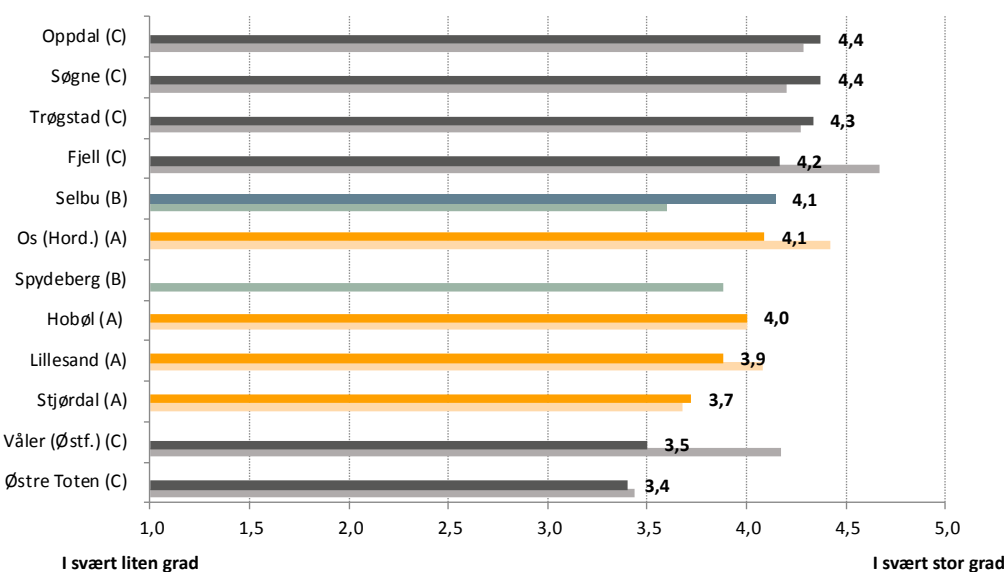
I 2017 hadde Os og Lillesand bruttoutgifter per oppholdsdøgn på rundt 4 200 kr, mens nivået i Stjørdal og Hobøl var på rundt 3 250 kr (jf. figuren under). Nivået i Os lå rundt 30 prosent høyere enn Stjørdal som lå lavest.

I perioden fra 2010 til 2017 hadde Os et svært høyt nivå for bruttoutgiftene per oppholdsdøgn. Dette kan ha sammenheng med kjøp av private plasser i påvente av ferdigstillingen av nytt sykehjem. Vi vet imidlertid ikke om nivået faktisk har vært så høyt eller om det kan være feil i datagrunnlaget. Det er registrert avvik mellom døgnene rapportert til SSB og i forsøket. Vi anser timene rapportert i forsøket som mer pålitelige enn til SSB. Derfor er det en viss usikkerhet knyttet til utviklingen vist i figuren over. Ettersom antall brukere er på et nokså stabilt nivå gir økningen i utgifter per oppholdsdøgn mening som forklaring på den markante økningen av utgifter til institusjon.

Ansattes vurdering av omsorgstrappen i egen kommune

Figur 5-9 er basert på spørreundersøkelsen som presenteres i avsnitt 3.7.2. Figuren viser de ansattes svar på hvorvidt de vurderer at kommunens tilbud dekker de ulike trinnene i omsorgstrappen. I de fleste kommunene svarer de ansatte at de oppfatter at kommunene i ganske stor eller stor grad dekker de ulike trinnene. Det er forholdsvis små forskjeller mellom svarene fra 2018 og 2016. Resultatene tyder på at kommunene ikke har gjort store endringer i tilbudene de gir innbyggerne.

Figur 5-9 Ansattes vurdering av i hvilken grad kommunens tilbud dekker de ulike trinnene i omsorgstrappen, 2016 (lys) og 2018 (mørk)



5.1.3 Dekningsgrad for innbyggere over 80 år

Dekningsgradene i tabellen under viser andelen eldre over 80 år som mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvordan brukerne er fordelt på institusjon og hjemmetjenester.

For gruppen over 80 år varierte dekningen mellom 35 prosent i Hobøl til 54 prosent i Stjørdal. For denne gruppen var dekningen for landet som helhet på 45 prosent.

Fra 2015 til 2017 har den samlede dekningen for A-kommunene blitt redusert med 2,5 prosentpoeng. Reduksjonen har i all hovedsak skjedd for institusjon. Det var en viss nedgang også for landet som helhet, men betydelig svakere enn i A-kommunene.

For hjemmetjenester er dekningen for A-kommunene omtrent på samme nivå i 2015 og 2017, men det var en viss nedgang i landet som helhet. Statistikken bygger på personer med tilbud 31. desember det enkelte år. Det kan se ut til at situasjonen for den enkelte kommune til en viss grad er preget av tilfeldige utslag.

Tabell 5-4 Andel personer over 80 år som mottar pleie- og omsorgstjenester per 31. desember 2015-17

	2015	2016	2017
<i>Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)</i>			
Spydeberg	32,5	34,4	32,6
Hobøl	24,6	20,4	24,4
Lillesand	31,6	31,6	31,3
Os	40,2	40,3	41,9
Selbu	39,5	38,4	40,3
Stjørdal	36,8	37,4	34,6
Landet	33,0	32,5	32,0
Snitt A	33,3	32,4	33,1
Snitt B	36,0	36,4	36,5
<i>Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)</i>			
Spydeberg	13,4	12,7	11
Hobøl	16,2	14,5	10
Lillesand	12,2	12	12,2
Os	6,6	5,8	4,1
Selbu	13,7	14,8	13,6
Stjørdal	5,3	5,5	5,1
Landet	13,6	13,3	12,9
Snitt A	10,1	9,5	7,9
Snitt B	13,6	13,8	12,3
<i>Andel innbyggere 80 år og over med tjenester (prosent)</i>			
Spydeberg	45,9	47,1	43,6
Hobøl	40,8	34,9	34,4
Lillesand	43,8	43,6	43,5
Os	46,8	46,1	46,0
Selbu	53,2	53,2	53,9
Stjørdal	42,1	42,9	39,7
Landet	46,6	45,8	44,9
Snitt A	43,4	41,9	40,9
Snitt B	49,6	50,2	48,8

5.1.4 Bruk av korttidsplasser

Korttidsplass i sykehjem er som tidligere nevnt en viktig del av en tiltakskjede som kan bidra til å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem. Vi har tidligere vist at det har vært en betydelig økning i bruken av korttidsplasser etter at forsøket startet (jf. Tabell 5-3).

Statistikken over gjennomstrømmingen for korttidsplassene vist i tabellen under gir informasjon om hvordan disse plassene faktisk fungerer.

I perioden fra 2015 til 2017 var hvert opphold på korttidsplass i gjennomsnitt for landet på rundt 19 døgn. Gjennomsnittet for A-kommunene var i 2017 på 22,9 døgn. Hobøl, Lillesand og Os hadde en oppholdstid som var betydelig lenger enn landet som helhet. Disse kommunene lykkes altså

ikke så godt med gjennomstrømmingen som det som ellers er vanlig. Fra 2015 til 2017 har oppholdstiden økt i Hobøl og Os, mens den har blitt redusert i Lillesand.

Fra 2015 til 2017 har Stjørdal hatt en reduksjon i oppholdstid fra et nivå høyere enn landet til et betydelig lavere enn landet. Tidligere er det vist at Stjørdal omtrent har doblet antall korttids plasser for 2015 til 2017. Det betyr at det er mer enn tre ganger så mange innto en korttids plass i 2017 som i 2015. Her har det altså skjedd en svært markant økning i bruken av korttids plasser bare i løpet av to år.

Tabell 5-5 Gjennomsnittlig antall døgn per tidsbegrenset opphold 2015, 2016 og 2017

	2015	2016	2017
<i>Gjennomsnittlig antall døgn per tidsbegrenset opphold</i>			
Spydeberg	28,8	16,1	15,6
Hobøl	23,1	21,9	25,9
Lillesand	28,8	27,1	23,5
Os	19,4	22,3	29,2
Selbu	19,7	15,6	15,6
Stjørdal	22,8	15,2	13,0
Landet	19,0	19,0	19,3
Snitt A	23,5	21,6	22,9
Snitt B	24,3	15,9	15,6

5.1.5 Tildelte timer hjemmetjenesten

Antall timer hver bruker i gjennomsnitt får tildelt i hjemmetjenestene kan fortelle noe både om bistandsbehovet til brukerne, og om hvor «generøs» kommunen er i tildelingen av tjenester. Både for praktisk bistand og for hjemmesykepleie viser tabellene svært store forskjeller mellom kommunene. Eksempelvis kan det høye nivået i Hobøl være et resultat av at kommunen har mange mennesker med nedsatt funksjonsevne.

For A-kommunene har utviklingen fra 2015 til 2017 gitt noe flere timer per bruker for helsetjenester i hjemmet og færre timer for praktisk bistand. Samtidig er det altså også flere brukere som får helsetjenester i hjemmet og færre brukere som får praktisk bistand (jf. Tabell 5-6).

Tabell 5-6 Gjennomsnittlig antall tildelte timer 2015, 2016 og 2017, praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet

	2015	2016	2017
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, praktisk bistand			
Spjølberg	18,6	14,4	11,9
Hobøl	43,3	28,1	29,5
Lillesand	9,5	7,6	7,4
Os	10,8	9,1	10,7
Selbu	1,5	1,1	1,1
Stjørdal	6,6	5,8	5,7
Landet	9,5	9,7	10,1
Snitt A	17,5	12,6	13,3
Snitt B	10,1	7,7	6,5
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, helsetjenester i hjemmet			
Spjølberg	4,1	2,2	3,4
Hobøl	3,7	5,8	5,0
Lillesand	3,0	6,0	5,7
Os	10,7	8,4	8,0
Selbu	9,8	9,1	8,7
Stjørdal	7,8	10,0	7,9
Landet	4,6	4,8	4,8
Snitt A	6,3	7,5	6,7
Snitt B	6,9	5,7	6,1

Så langt har vi sett på tildelingen til brukere i alle aldersgrupper. Tabellen under viser gjennomsnittlig antall tildelte timer til personer over 67 år.

Os og Stjørdal tildeler flere timer i uken til disse brukerne enn det som ellers er vanlig. Tildelingen henger sammen med at disse kommunene har valgt å satse på boliger med døgnomsorg som et alternativ til institusjon. Tilbudet i boliger med døgnomsorg blir regnet som en hjemmetjeneste. Beboerne i disse boligene i Os og Stjørdal har jevnt over et større behov for bistand enn det som ellers er vanlig.

For A-kommunene tildeles like mange timer i 2017 som i 2015. Det har vært en økning for Hobøl og Lillesand som lå lavest i 2015, og en reduksjon for Os som lå høyest i 2015. Tildelingen er altså likere nå enn den var før forsøket startet. På dette området kan en altså si at målet med forsøket er nådd.

Tabell 5-7 Gjennomsnittlig tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere over 67 år 2015-2017

	2015	2016	2017
<i>Gjennomsnittlig tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere over 67 år</i>			
Spydeberg	4,1	3,4	4,1
Hobøl	3,1	2,3	4,6
Lillesand	3,3	3,7	4,2
Os	13,3	8,7	10,2
Selbu	4,3	5,3	5,3
Stjørdal	7,5	10,4	8,3
Landet	4,9	4,9	5,0
Snitt A	6,8	6,3	6,8
Snitt B	4,2	4,4	4,7

5.1.6 Fagkompetanse i tjenestene

Kompetansen til de ansatte er av betydning både for kvaliteten av tilbudet til brukerne og for effektiviteten i tjenesten. Nivået på kompetansen i den enkelte kommune vil være avhengig av hvilken kompetanse kommunen ønsker i stillingene, og om kommunen klarer å rekruttere personer med den ønskede kompetansen. Enkelte kommuner har problemer med å få tak i kvalifiserte personer. Situasjonen på det lokale arbeidsmarked vil derfor være av betydning for hvor mange av de ansatte som har fagutdanning.

For landet som helhet var det i 2017 74,4 prosent med relevant fagutdanning i de brukerretnede tjenestene innenfor pleie og omsorg. Gjennomsnittet for A-kommunene lå på 76,8 prosent. Andelen har økt for Hobøl, Os og Stjørdal, mens den har blitt redusert i Lillesand.

Tabell 5-8 Andel årsverk i brukerretnede tjenester med relevant fagutdanning 2015 og 2016

	2015	2016	2017
<i>Andel brukerretnede årsverk m/ helsefagutdanning (prosent)</i>			
Spydeberg	76,0	80,2	76,6
Hobøl	70,9	73,9	72,5
Lillesand	78,3	77,2	76,9
Os	72,8	76,3	74,8
Selbu	80,5	80,8	78,9
Stjørdal	81,7	82,2	83,1
Landet	73,0	74,2	74,4
Snitt A	75,9	77,4	76,8
Snitt B	78,3	80,5	77,8

5.1.7 Årsverk i tjenestene

Antall ansatte og årsverk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester er en god indikator på omfanget av tjenester som faktisk leveres. Rapportering av årsverk har vært gjort av kommunen selv, som har rapportert til evaluator på fire ulike tidspunkter. Tallene referer til faktiske stillinger som det er tatt høyde for i budsjettet. Midlertidig ubesatte stillinger regnes også. Arbeidet som regnes er relatert til drift og støttefunksjoner for hele pleie- og omsorgssektoren i kommunen, dvs. KOSTRA-funksjonene 234, 253 og 254.

Tildelingsenhetene medregnes ikke her, men fremstilles separat under punkt 5.3.5.

Det tas forbehold om enkelte feilkilder i tallene, siden de som rapporterer kan gjøre dette på ulike måter, og regne ulike typer stillinger inn i tjenesten. Det bemerkes også at flere av disse kommunene er relativt små. Det vil si at endringer i situasjonen til enkeltbrukere kan få synlige utslag på disse tallene.

Tabellen viser at A-kommunene har hatt en gjennomsnittlig økning i antall årsverk som er vesentlig høyere enn i B- og C-kommunene. Dette kan være en indikasjon på at aktivitetsnivået i A-kommunene øker mer enn i andre kommuner. Det er imidlertid ikke sikkert hvorvidt dette skyldes demografiske forhold eller er et uttrykk for endringer i kommunenes tjenestetildeling og -tilbud. Merk at også enkelte C-kommuner har variasjoner som tilsvarende de i A-kommunene. Likevel støtter disse tallene oppunder det at A-kommunene bruker mer ressurser innen pleie- og omsorg enn tidligere.

Tabell 5-9: Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene 2016-2018

Kommune	2016		2017	2018	Endring
	jan.	sept.	sept.	sept.	jan 2016- sept.18
A-kommuner					
Hobøl	89,1	89,1	81,2	88,9	-0,2 %
Lillesand	251,0	252,7	260,9	277,8	10,7 %
Os	350,5	364,3	374,7	422,3	20,5 %
Stjørdal	447,6	459,3	467,6	473,3	5,7 %
A Totalt	1138,1	1165,3	1184,4	1262,3	10,9 %
B-kommuner					
Selbu	114,6	114,6	114,8	116,9	2,0 %
Spydeberg*	97,7	97,7	97,7	97,7	0,0 %
B Totalt	212,3	212,3	212,4	214,6	1,1 %
C-kommuner					
Fjell*	261,3	266,7	266,7	266,7	2,1 %
Oppdal	183,9	184,1	184,1	210,1	14,2 %
Søgne	181,9	199,8	204,7	217,0	19,3 %
Trøgstad	140,4	137,8	131,2	143,6	2,3 %
Våler	95,6	97,8	97,7	93,9	-1,7 %
Østre Toten	382,5	389,6	372,2	332,7	-13,0 %
C Totalt	1245,6	1275,7	1256,6	1263,9	1,5 %
Totalsum	2596,0	2653,3	2653,4	2740,8	5,6 %

* Forutsatt ingen endring grunnet ufullstendig datagrunnlag

5.1.8 Lege- og fysioterapitimer på sykehjem

Antall lege- og fysioterapitimer blir ofte brukt som en indikator for kvaliteten av tilbudet på sykehjem. Blant kommunene i utvalget var nivået på tilbudet i 2016 høyest i Spydeberg og lavest i Stjørdal. Nivået for forsøkskommunene er jevnt over noe høyere i 2017 enn i 2015. Denne indikatoren for kvalitet viser altså en positiv utvikling.

Tabell 5-10 Lege- og fysioterapitimer per uke per beboer på sykehjem 2015-2017

	2015	2016	2017
<i>Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem</i>			
Spydeberg	0,78	0,76	0,85
Hobøl	0,70	0,76	0,40
Lillesand	0,39	0,44	0,37
Os	0,44	0,43	0,67
Selbu	0,33	0,33	0,38
Stjørdal	0,05	0,10	0,46
Landet	0,41	0,43	0,42
Snitt A	0,40	0,43	0,48
Snitt B	0,56	0,55	0,62
<i>Legetimer per uke per beboer i sykehjem</i>			
Spydeberg	0,71	0,69	0,77
Hobøl	0,31	0,34	0,42
Lillesand	0,41	0,57	0,54
Os	0,84	1,13	1,76
Selbu	0,52	0,51	0,59
Stjørdal	0,38	0,38	0,37
Landet	0,53	0,55	0,55
Snitt A	0,49	0,61	0,77
Snitt B	0,62	0,60	0,68

5.1.9 Ventetid sykehjemsplass

Langtidsplass i sykehjem kan etter en faglig vurdering tildeles personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv. Det vil si at en ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av mentalt eller fysisk funksjonstap, og hvor sosialt nettverk eller offentlig hjelp ikke kan kompensere for funksjonstap i eget hjem.

På landsbasis i 2016 hadde 90 prosent av tjenestemottakerne mottatt sykehjemsplass innen 15 dager etter vedtaksdato. Andelen er stabil over tid. Det er store variasjoner mellom fylkene. I 2016 hadde Rogaland høyest andel med 94,7 prosent, mens Telemark hadde lavest andel med 70,6 prosent.

Noen av A- og B-kommunene har i noen av årene siden 2009 hatt problemer med å tilby langtids-plass innen 15 dager etter vedtak (jf. tabellen under). Det ser med andre ord ut til at kommunene en stor del av tiden har nok langtidsplasser. I 2017 hadde alle kommunene utenom Lillesand kortere ventetid enn landet. Situasjonen i Lillesand kan være en indikasjon på at kommunen mangler langtidsplasser.

Tabell 5-11 Andel tjenestemottakere som har mottatt langtidsplass innen 15 dager etter vedtak

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Norge	91	90	89	89	89	89	90	89	90
Lillesand	94	94	89	88	68	90	80	88	81
Os	91	82	97	97	100	98	95	97	98
Stjørdal	97	97	95	96	97	100	100	96	100
Selbu	100	100	100	95	100	91	100	100	100
Hobøl	100	73	44	100	93	86	100	97	100
Spydeberg	100	100	100	89	92	100	91	95	92
Snitt A	95	93	95	94	91	95	94	95	95
Snitt B	100	86	72	94	93	93	95	96	96

Resultatene må tolkes med forsiktighet. Mulige feilkilder kan være at kommuner ikke følger riktig vedtakspraksis i henhold til forvaltningsloven § 11a (2), som forutsetter at saker skal avgjøres uten ugrunnet opphold, og ikke fatter vedtaket før tjenesten er tilgjengelig selv om søker har behov for tjenesten. Iverksettingstiden blir da feilaktig forkortet.

5.1.10 Spesialiserte funksjoner

Det å opprette egne tilbud knyttet til ulike brukergrupper kan gjøre at kommunen oppnår mer koordinerte og treffsikre tiltak overfor brukerne. Det kan i noen tilfeller også være en måte å jobbe aktivt med forebygging på (f.eks. hverdagsrehabilitering), som et ledd i å styrke de hjemmebaserte tjenestene. Hvorvidt kommunene har disse funksjonene eller ikke er basert på et rapporterings-skjema som fylles ut av kommunen selv. Det er noe tolkningsrom med tanke på hvorvidt kommunen opplever at de har et spesialisert tilbud.

I Tabell 5-12 er det angitt med farge dersom kommunen har en funksjon. Sterk farge betyr at kommunen nettopp har innført denne funksjonen og årstallet indikerer når innføringen skjedde.

Noen av kommunene har hatt utvidelser med tanke på nye tjenestetilbud underveis, men dette har skjedd i like stor grad i C-kommuner. Det altså er ingen klar sammenheng mellom dette og deltagelse i forsøket.

Tabell 5-12 Spesialiserte funksjoner i kommunene pr. september 2018

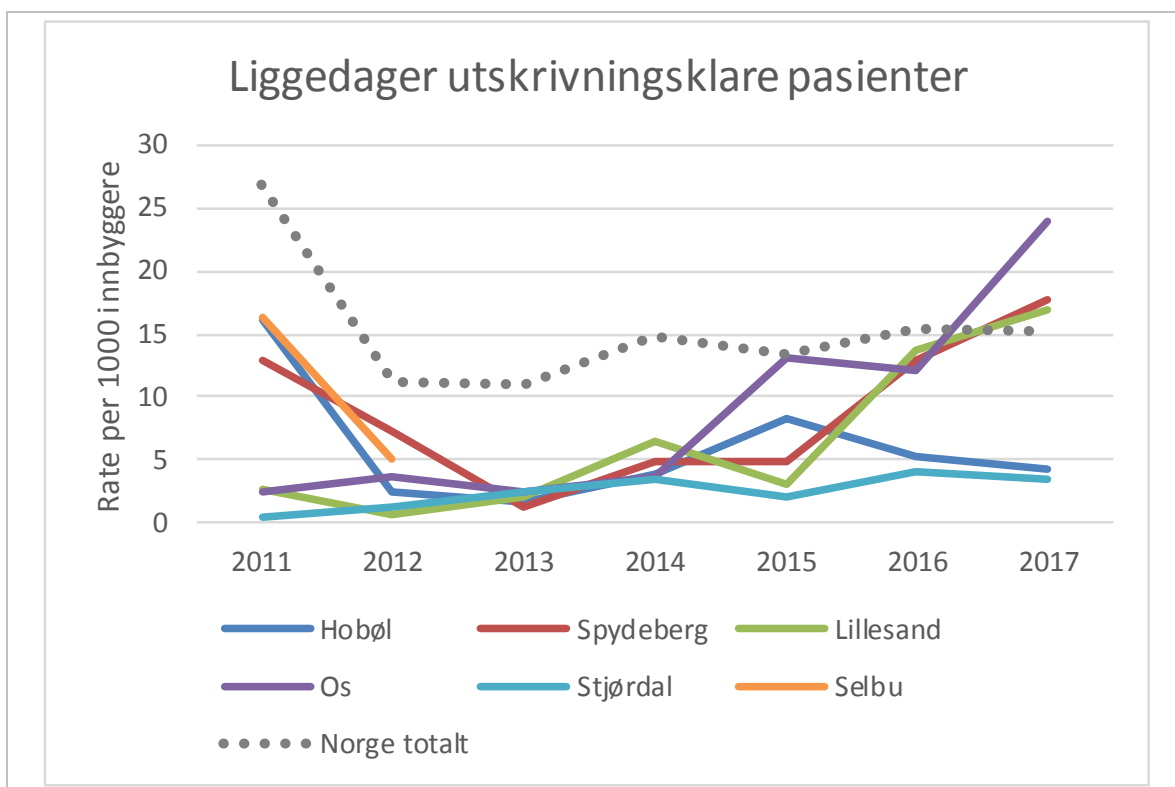
Har kommunen egne tilbud for:						
	Hverdags-rehabilitering	Palliasjon	Personer med demens	Personer med psykisk sykdom	Personer med nevrologiske lidelser	Andre grupper
<i>Stjørdal</i>						
<i>Lillesand</i>						*
<i>Os</i>						*
<i>Hobøl</i>		2016			2016	
<i>Spydeberg</i>						
<i>Selbu</i>	2017					
<i>Våler</i>	2016	2016				
<i>Oppdal</i>						
<i>Trøgstad</i>						
<i>Østre Toten</i>						2017**
<i>Fjell</i>						
<i>Søgne</i>	2017					

* - KOLS, Diabetes, kreft, ROP-team

** - barneteam

5.1.11 Utskrivningsklare pasienter

Kommunene skal betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. I forsøket får kommunene dekket utgiftene til utskrivningsklare pasienter basert på de nasjonalt fastsatte satser som gjelder. Det har vært reist spørsmål om kommunene i forsøket i mindre grad vil ta imot pasienter fra sykehuset som følge av at det nå er staten som betaler utgiftene. På den annen side betaler staten for utgiftene for tilbudet gitt i kommunene. Økonomien for kommunene blir altså omtrent den samme enten kommunen tar imot pasienter fra sykehuset eller ikke.



Figur 5-10 Liggedager utskrivningsklare pasienter 2011–2017. Rate per 1000 innb. Kilde: Data fra Helsedirektoratet¹⁵, bearbeidet

I perioden fra 2011 til 2016 har de seks kommunene i forsøket jevnt over klart å ta imot flere pasienter fra sykehuset enn landsgjennomsnittet. Fra 2015 til 2017 har raten økt for Lillesand, Spydeberg og Os, og raten i 2017 er høyere enn landsgjennomsnittet. Os kommune opplyser om at grunnen til det store antallet liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2017 var at det nye sykehjemmet ikke sto ferdig før i november. Raten er fortsatt på et lavt nivå i Hobøl og Stjørdal. Det er med andre ord ingen entydig tendens til utviklingen for kommunene i forsøket.

5.2 Brukermedvirkning i tildelingen

Brukermedvirkning i tildelingen – som beskrevet i Figur 5-1 – belyses gjennom kvalitative beskrivelser fra brukere (5.2.1) og pårørende (5.2.2), samt svar på spørreundersøkelsen til ansatte i kommunene (5.2.3-5.2.8).

5.2.1 Brukernes vurdering av tildelingsprosessen

Halvparten av brukerne som vi intervjuet i 2018 svarte at de selv hadde sendt inn søknad til kommunen om tjeneste. Rundt halvparten av disse hadde fått bistand av pårørende, fastlegen eller av kommunen. Av brukerne som svarer at de ikke hadde sendt inn søknad, hadde de fleste vært på sykehus eller behandlingsinstitusjon, og personalet ved institusjonen hadde tatt kontakt med kommunen. Det var også enkelte tilfeller av at fastlegen eller en ansatt i tjenesten hadde holdt i søknadsprosessen, gjerne i kontakt med pårørende.

For brukerne som har vært på institusjon forløper ofte søknadsprosessen uten at brukeren blir direkte involvert, dvs. at den konkrete kontakten med kommunen gjøres av personalet på behandlingsinstitusjonen og ikke av brukeren selv. Det er naturligvis slik at brukerens behov

¹⁵ For Selbu mangler data for perioden fra 2013 til 2017.

normalt sett avdekkes av behandlingsinstitusjonen, og at brukeren således er involvert. Slike prosesser oppfattes som regel som hensiktsmessige fra brukerens side, fordi mange av tilfellene gjelder sykdommer eller skader hvor hjelpebehovet er åpenbart, kun for en kort periode, hvor brukerbehovene typisk ikke skiller seg fra bruker til bruker og det ikke foreligger andre (evt. mer komplekse) brukerbehov som krever tilleggstjenester. For eksempel kan det være et sår som må renses i en kort periode.

Det er typisk fire måter brukerne har kommet i kontakt med kommunens helse- og omsorgstjenester på:

- 1) Brukerne har vært på sykehus/behandlingsinstitusjon hvor personalet ved sykehuset har kontaktet kommunen for å avklare/søke om helse- og omsorgstjenester (uten at brukeren er direkte involvert).
- 2) Brukerne har fått behov for en tjeneste, og selv tatt kontakt med kommunens helsetjenester og søkt om et omsorgstilbud, ofte med hjelp av pårørende.
- 3) Brukerne er hos fastlegen som ser behov for pleie- og omsorgstjenester, og legen tar kontakt med kommunen.
- 4) Brukerne benytter seg allerede av et omsorgstilbud og har løpende kontakt med omsorgstjenesten, og tjenestetilbudet justeres i dialog med kommunen.

Vi har også eksempler på brukere som har flyttet fra en kommune til en annen, og hvor ansatte i kommunen som brukeren flyttet fra har tatt kontakt med den nye bostedskommunen. Enkelte beskriver også at kommunen selv har tatt initiativ overfor brukeren for å gi vedkommende et nytt eller endret tjenestetilbud.

For brukerne som allerede benytter seg av et omsorgstilbud, kan det være vanskelig å ha oversikt over endringer i tjenestene de mottar. For enkelte brukere skjer dette uten at de selv oppfatter seg delaktige i selve det å søke om endring. Det kan også være situasjoner hvor for eksempel den ene ektefellen flytter på sykehjem, og hvor personen som fortsatt bor hjemme får tildelt tjenester i den samme prosessen. I slike situasjoner kan tildelingen være uoversiktlig for brukeren, uten at dette betyr at brukeren er misfornøyd med prosessen.

Hvordan oppfattes kontakten og kartleggingen?

Et av de mest sentrale elementene i formen på brukerkontakten i forsøket er at kommunen skal gjennomføre en kartlegging av bruker før man tildeler en tjeneste. Brukerne ble derfor på ulike måter spurt om hvordan de oppfattet at kommunen innhentet informasjon om deres situasjon og behov.

De klart fleste av brukerne opplevde at kommunen på en eller annen måte innhentet informasjon om deres situasjon og behov, og hva som var viktig for dem, enten i direkte kontakt på hjemmebesøk, med ansatte i hjemmesykepleien, på møte på tildelingskontoret, via sykehus/behandlingsinstitusjon, fastlege eller pårørende. Det vanligste var at brukerne fikk hjemmebesøk en tid etter søknad eller sykehusopphold, hvor kommunens ansatte gjennomførte en kartlegging av brukers behov og bolig. Mange av brukerne opplevde disse kartleggingssamtalene som nyttige, og flere forteller at de følte seg godt ivaretatt. De fleste opplevde at behovsavklaringen var en grei og ukomplisert prosess. Flere opplevde at hjelpeapparatet hadde god oversikt over hvilke tjenester som var relevant.

Blant brukerne eller pårørende som selv sendte inn søknad, ble det gjerne avtalt et møte med tildelingsenheten kort tid etter søknad, hvor det ble gjennomført en kartlegging. Avhengig av situasjonen til brukeren, ble møtet holdt hos kommunen eller hjemme hos brukeren. Det var ikke uvanlig at utførerensheten deltok på møtet.

Blant brukerne som allerede mottar tjenester fra kommunen, gjøres det normalt løpende vurderinger av om tjenestene dekker brukerens behov, om det bør justeres opp eller ned. Erfaringene fra brukerintervjuene er at vurderingene hovedsakelig gjøres av utførerenheten, men enkelte har også blitt oppringt av tildelingsenheten og blitt spurt om de er tilfredse med tjenestene de mottar. Brukerne som forteller at kommunen har fulgt opp vedtaket i etterkant har vært svært fornøyd og følt seg godt ivaretatt.

Generelt sett er kontakten mellom brukeren og utførerenheten sentral i mange av tildelingsprosessene, og viktig for brukernes opplevelse av å bli fulgt opp på en god måte. I mange av brukeropplevelsene hvor det gjøres justeringer av tjenestetilbudet, er inntrykket vårt at det i liten grad er preget av formaliserte og ensartete prosesser. Grunnen kan være at brukernes behov er forskjellige og at administrative rutiner med en tydelig sekvensiell prosess med søknad, kartlegging og tildeling ikke alltid er hensiktsmessig.

Enkelte brukere har opplevd at kommunen *ikke* innhentet informasjon om deres situasjon. I et par av tilfellene oppfatter brukeren at kommunen ikke har tatt kontakt fordi de kjenner deres situasjon godt fra før, og at det derfor er unødvendig med en ny kartlegging. En bruker som opplevde at kommunen ikke innhentet informasjon om deres situasjon beskriver at vedkommende og pårørende selv har måttet være pådriver for at kommunen skulle få nødvendig oversikt over situasjonen, og opplever at kommunen «ikke har vært på banen». Vedkommende utviklet demens og fikk diagnose for dette som angivelig ble kommunisert til kommunen, uten at kommunen iverksatte tiltak. Pårørende oppfattet i denne situasjonen at egne personlige relasjoner med hjelpeapparatet var nøkkel til iverksetting av tjenester. En annen bruker, som hadde behov for sårstell, opplevde at tildelingsprosessen tok for lang tid, uten noen form for kontakt, og at såret hadde grodd da kommunen kom for å kartlegge behovet. I andre tilfeller hvor bruker svarer at kommunen ikke har innhentet informasjon om deres situasjon, har de kun hatt kontakt med ansatte i spesialisthelsetjenesten eller ventet på at søknaden skulle bli behandlet og har derfor ikke vært i kontakt med kommunen.

De fleste av brukerne som ble intervjuet opplevde at deres egne behov ble vektlagt i søknaden. Ingen av brukerne i 2018 opplevde at kommunen ikke vektlagte deres behov, men en del svarer «vet ikke». Inntrykket vi har er at mange av behovene er nokså tydelige og at kommunen er lydhøre for hva brukerne ønsker seg. Det er heller ikke uvanlig at brukerne allerede før kartleggingen har ønsket om hvilke tjenester de ønsker å motta, og at kommunen tildeler tjenesten som brukeren har forespeilet. Selv om sistnevnte situasjon i prinsippet strider med noe av ideen bak forsøksordningen, nemlig at brukerens behov og ikke tilgangen på tjenester skal være avgjørende for tildelingen, er det mange situasjoner hvor brukerens behov og tjenesten de ønsker seg er såpass nært tilknyttet, at det blir kunstig å dele dem opp i to helt separate prosesser.

I situasjoner hvor det har vært uenigheter om omfanget av tjenesten, og hvor kommunen for eksempel har tildelt færre timer enn det brukeren opprinnelig så for seg, føler enkelte brukere allikevel at deres behov er vektlagt og har forståelse for at kommunen er nødt til å prioritere de ressursene de har.

Under brukerintervjuene i 2017 fortalte flere brukere som hadde mottatt tjenester over tid og som ønsket å utvide tjenesten, at de hadde fått avslag og at de var misfornøyd med at deres behov ikke hadde blitt vektlagt. Vår vurdering den gang var at misnøyen var knyttet til omfanget, og ikke selve prosessen. Undersøkelsene fra i år tyder på at denne konklusjonen bør nyanseres. Det er fullt mulig at brukeren oppfatter at deres behov er ivaretatt i søknaden hvis dialogen og prosessene med å avklare behovene er gode.

Vi spurte også brukerne om hvordan de oppfatter kompetansen til kommunens ansatte som vurderte søknaden. I 2018 var det ingen som svarte at de opplevde at vedkommende som

behandlet søknaden ikke hadde den rette kompetansen. En person beskriver allikevel at selv om de oppfatter at kommunen kjenner godt til deres situasjon, mangler de kompetansen om diagnosen og hvilke utfordringer den gir. De fleste andre beskriver at kartleggingsmøtene i hjemmet eller hos kommunen fungerer godt, og at personene er kompetente. Bortsett fra én person svarte alle brukerne vi har intervjuet at de var fornøyd med kommunens håndtering av den siste søknaden. Dette er på linje med svarene fra tidligere år.

Hovedinntrykk fra brukerintervjuer

Et av hovedinntrykkene fra intervjuene med brukerne er at tildelingsprosessen som ligger til grunn for forsøksordningen, som man oppsummert kan si handler om at tildelingskontoret gjennomfører en kartlegging av hva som er viktig for brukeren før den tildeler en tjeneste, ofte har begrenset relevans for brukerens situasjon. Tjenestebehovene er ofte ukompliserte, kun for en kort periode eller på en annen måte av en slik karakter at mange brukere opplever at formaliserte prosesser rundt hva som var viktig for dem i liten grad er relevant.

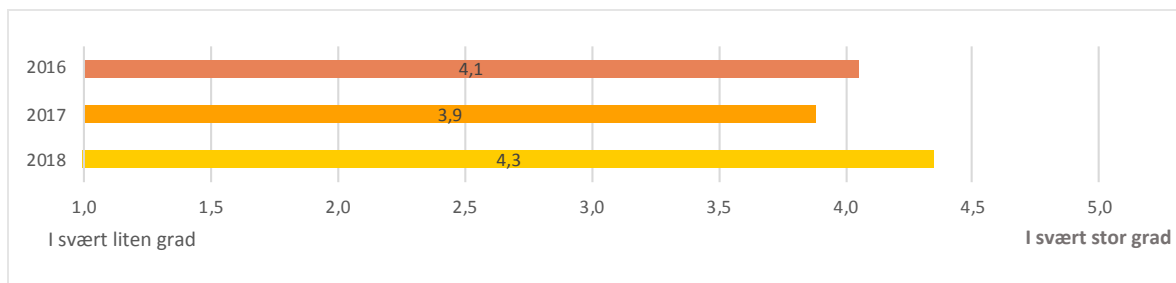
Få av brukerne vi har vært i kontakt med har hatt tjenestebehov som kunne vært løst på en annen måte, som for eksempel på et lavere trinn i omsorgstrappa. Med forbehold om at vi har intervjuet for få personer til å komme frem til generaliserbare slutninger, er det lite fra brukerintervjuene som tilsier at utsagn av typen «jeg ønsket å komme på sykehjem, men alt jeg fikk var trening», er særlig utbredt. Kartlegging av brukere med formål om å gi tjenester på et lavere trinn på omsorgstrappa er nok mer relevant der brukerne har mer diffuse helseplager eller mer komplekse hjelpebehov.

I tillegg er det viktig å poengtere at dynamikken mellom brukeren og utførerenheten er viktig for å vurdere om tjenestene som er satt inn fyller brukerens behov. Formaliserte tildelingsprosesser ser ut til å ha en større funksjon i tildeling av tjenester for helt nye brukere eller i prosesser hvor brukeren har komplekse behov. I slike prosesser kan brukeren være usikker på hvilke tjenester de har behov for eller krav på, og dialogen mellom bruker og tildelingskontoret kan avdekke behovene.

5.2.2 Pårørendes vurdering av tildelingsprosessen

Pårørendes vurderinger kan være en viktig kilde til å forstå hvordan brukerne behandles i tildelingsprosessene.

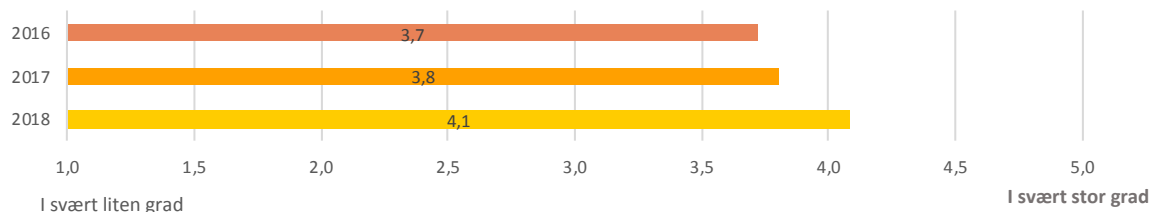
Figur 5-11 viser i hvilken grad de pårørende opplever at kommunen innhentet informasjon om brukers situasjon og behov når de skulle vurdere søknaden. Det er en klar overvekt av positive svar alle år, altså at de pårørende opplever at kommunen innhenter informasjon om brukers situasjon og behov. Det er forholdsvis liten forskjell i scorene, men en liten økning fra 2017 til 2018. En gjennomsnittsscore på 4,3 i 2018 må regnes for å være høyt.



Figur 5-11 Kan du angi i hvilken grad kommunen innhentet informasjon om brukers situasjon og behov?

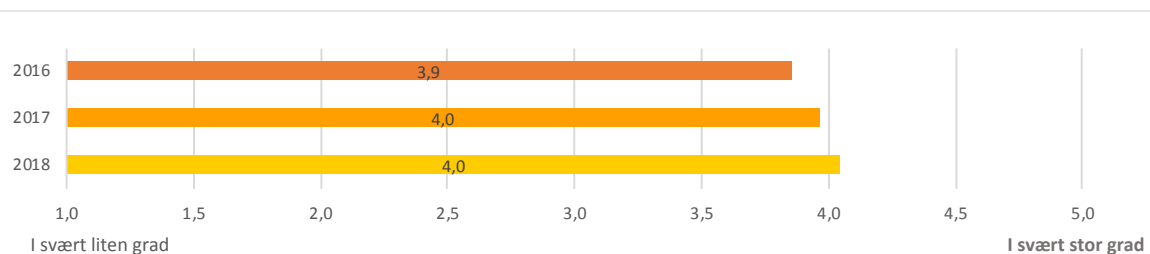
Figur 5-12 viser pårørendes svar på om kommunen innhentet informasjon om hva som var viktig for bruker for å få dekket hjelpebehovet. Det er også her en overvekt av positive svar alle år og en liten økning hvert år. Selv om forskjellene er små, er totalscoren noe lavere på dette spørsmålet

sammenlignet med det forrige, som viser at de pårørende oppfatter at kommunen er mer opptatt av å innhente informasjon *om bruker* enn informasjon om hva som er viktig *for bruker*.



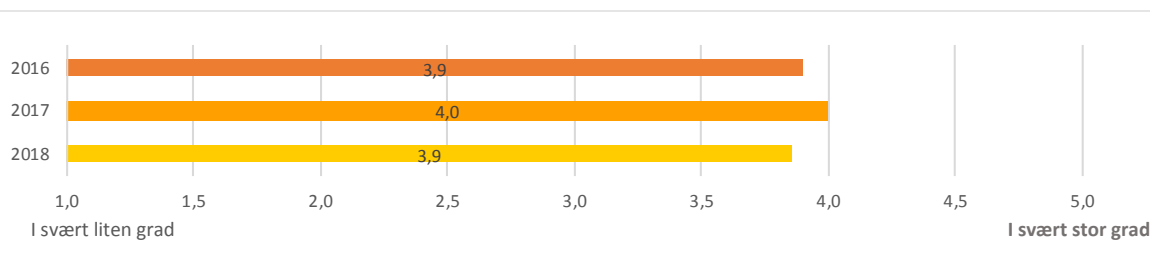
Figur 5-12 Kan du angi i hvilken grad kommunen innhentet informasjon om hva som var viktig for bruker/hvordan bruker ønsket å få dekket hjelpebehovet?

Figur 5-13 viser pårørendes svar på om de oppfatter at innspillene som ble gitt ble tatt med i kommunens vurdering av saken. Også på dette spørsmålet er en overvekt av respondentene positive svar alle årene og det er liten forskjell å spore når det gjelder endringer mellom årene.



Figur 5-13 Kan du angi i hvilken grad innspillene som ble gitt om brukers situasjon og hva som var viktig for bruker ble tatt med i kommunens vurdering av saken?¹⁶

Figur 5-14 viser pårørendes svar på om de oppfatter at kommunen innhentet informasjon fra en tredjepart som var viktig for vurderingen av søknaden. Et flertall opplever at kommunen i ganske stor eller i svært stor grad innhentet tredjepartinformasjon som var viktig for vurderingen. Det er en liten nedgang i resultatene i 2018.

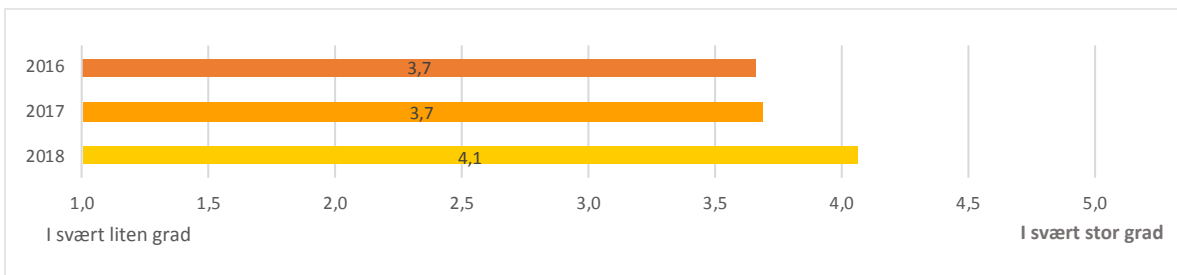


Figur 5-14 Kan du angi i hvilken grad du opplevde at personene som vurderte søknaden/det meldte hjelpebehovet, hentet inn nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart, slik som dokumentasjon fra fastlege, pårørende eller andre, som var viktig for vurderingen av søknaden?

Figur 5-15 viser respondentenes svar på om de opplever at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester, altså at like tilfeller behandles likt. Det er generelt en oppfatning blant de pårørende at kommunene ivaretar prinsippet i ganske stor grad. Den samlede

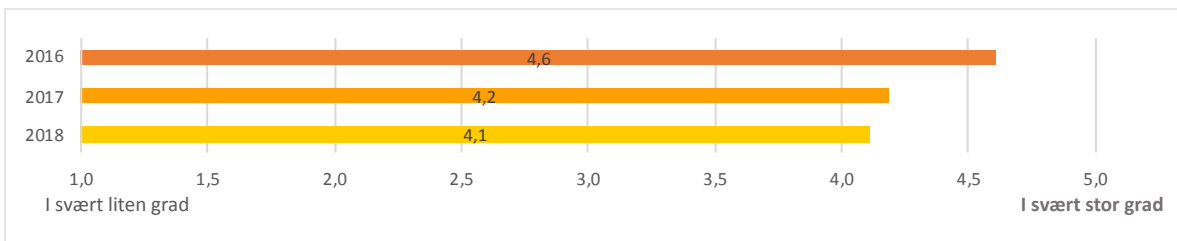
¹⁶ Fordi scoren er rundet av til nærmeste desimal fremstår søylene i 2017 og 2018 som forskjellige selv om begge viser scoren 4,0.

scoren er derimot den laveste sammenlignet med de andre spørsmålene, med en liten økning i 2018 i forhold til tidligere år. Ganske mange svarer «vet ikke», noe som kanskje ikke er så overraskende med tanke på at mange pårørende trolig ikke har oversikt over tildelingsprosessene for andre brukere.



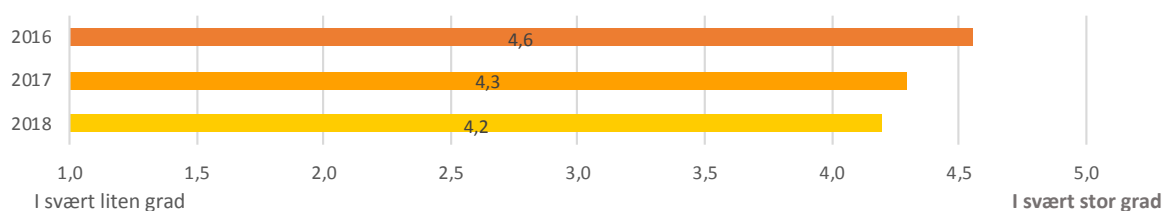
Figur 5-15 I hvilken grad mener du kommunen ivaretar prinsippet om likhetsbehandling i tildelingen av tjenester?

Figur 5-16 viser pårørendes svar på om de opplevde at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen. De fleste svarer «i ganske stor grad». Den totale poengsummen er litt lavere i 2017 og 2018 sammenlignet med 2016.



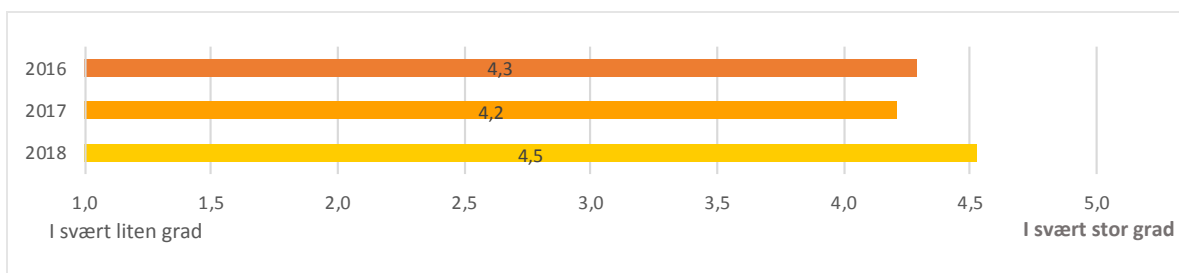
Figur 5-16 Siste gang du bistod brukeren med å søke om en tjeneste. I hvilken grad opplevde du at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen?

Figur 5-17 viser respondentenes svar på om de alt i alt er fornøyd eller misfornøyd med kommunens håndtering av brukerens siste søknad. Svarene er i stor grad positive, men de er blitt mindre positive over tid.



Figur 5-17 Alt i alt. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med kommunens håndtering av brukerens siste søknad?

Figur 5-18 viser de pårørendes svar på om de samlet sett synes kommunens tjenester dekker brukerens hjelpebehov. Her også har respondentene positive opplevelser av kommunen, og resultatene viser at de i stor grad opplever at behovet blir dekket, og scoren er den høyeste sammenlignet med de andre spørsmålene.



Figur 5-18 Når du tenker på tjenesten(e) bruker mottar fra kommunen samlet sett, i hvilken grad vil du si at dette dekker brukers (hjelpe)behov?

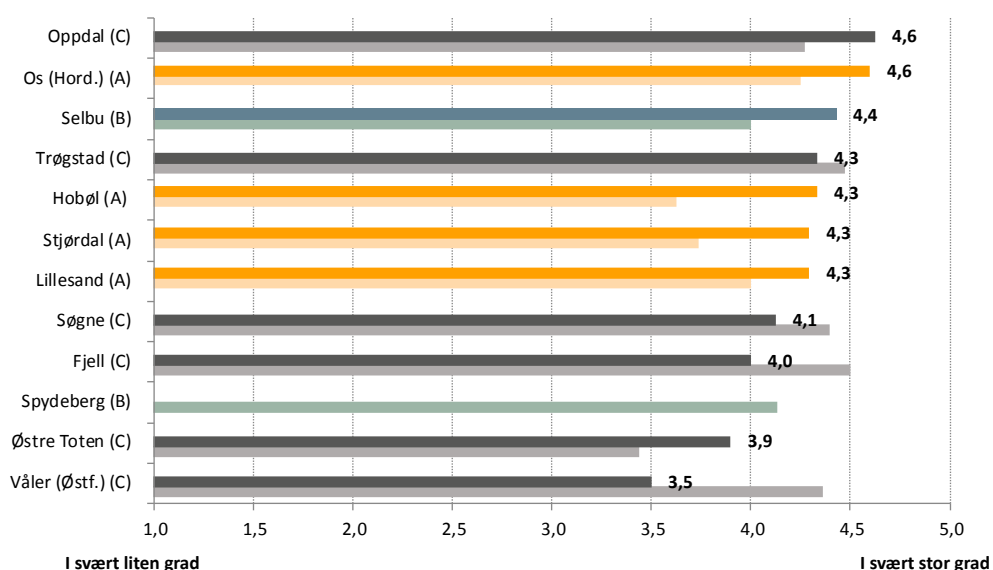
På alle spørsmålene som ble stilt har et flertall av de pårørende positive opplevelser av kommunens håndtering. Ingen av spørsmålene får mer enn fire svar som er negative, «i svært liten grad» eller «i liten grad». Kommunene har fortsatt mulighet til å forbedre seg, spesielt med tanke på å ta hensyn til hva som er viktig for brukere og likebehandling av brukere.

5.2.3 Informasjon om brukers situasjon og behov

Figur 5-19 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov. Den øverste søylen for hver kommune representerer svarene fra 2018 med en poengsum som representerer en skala fra 1 = *I svært liten grad* til 5 = *I svært stor grad*.

Overordnet ser vi at de ansatte opplever at kommunene i ganske eller stor grad innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov. Vi ser at samtlige av A-kommunene har en økt poengsum i 2018 sammenlignet med 2016, som tilsier at respondentene vurderer innhenting av informasjon som bedre i 2018. Bortsett fra de ansatte i Oppdal, er respondentene i C-kommunene mindre fornøyd med innhenting av informasjon om brukers situasjon og behov. Respondentene i B-kommunen Selbu vurderer seg bedre i 2018, mens respondentene fra Spydeberg vurderer seg noe dårligere.

Figur 5-19 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



Vi stilte også spørsmål til de ansatte om hvor vanlig er det å ha minst ett møte/en samtale med nye brukere før de får tildelt den første pleie-/omsorgstjenesten. For de aller fleste av tjenestene vi listet opp, dvs. helsetjenester i hjemmet, plass på institusjon, brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn, avlastning, dag-/aktivitetstilbud, omsorgsbolig og tjenester for funksjonshemmede, svarer et klart flertall av de ansatte at de alltid eller som regel har et møte eller en samtale med nye brukere.

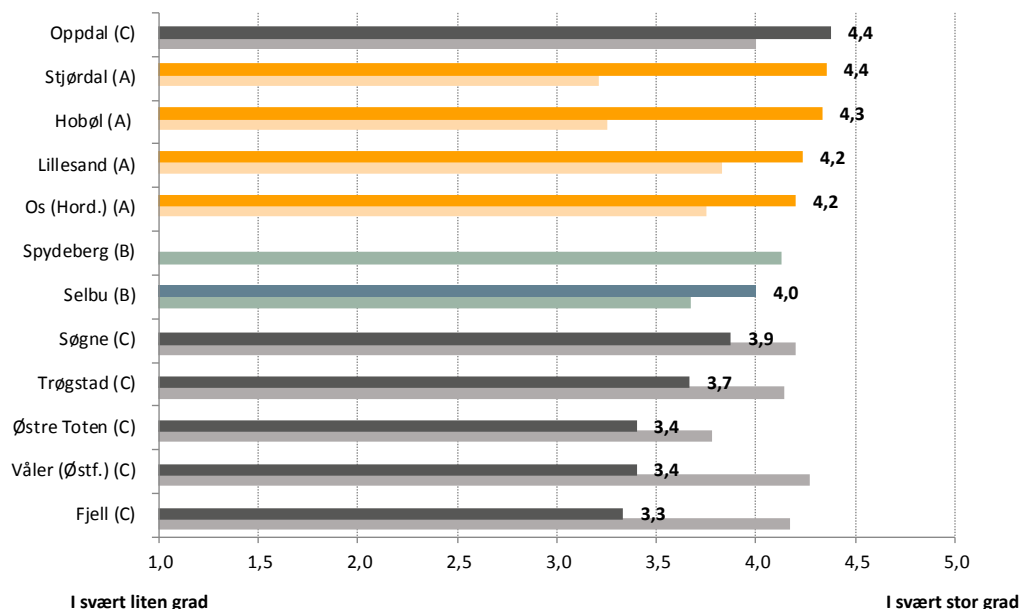
Selv om de fleste av respondentene blant C-kommunene svarer at de alltid eller som regel har møte med bruker før tildeling av tjeneste, er det en god del flere som svarer at de bare av og til eller sjelden gjør dette. Det gjelder tildeling av plass på institusjon, rehabilitering og dag-/aktivitetstilbud. Det er tydelige forskjeller mellom kommunene.

5.2.4 Informasjon om hva som er viktig for bruker

Spørsmålet om hva som er viktig for brukeren representerer ifølge flere informanter en ny måte å tenke tildeling av tjenester på. Der man tradisjonelt har bedt brukeren velge hvilken tjeneste han/hun ønsker å søke på, tas det utgangspunkt i hva som er brukerens egentlige behov. F.eks., hvis det grunnleggende problemet for en bruker er ensomhet, vil det kanskje vært nærliggende å søke om flere timer med hjemmetjeneste eller institusjonsplass, mens et mer egnet tilbud kunne vært besøksvenn eller tilrettelegging for transport til dagsenter.

Figur 5-20 viser svarene på om de ansatte oppfatter at kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for bruker. Jevnt over oppfatter de ansatte at kommunene i ganske eller stor grad gjør dette. Samtlige A-kommuner gir seg en høyere poengsum i 2018 sammenlignet med 2016. Vi ser også et tydelig skifte i tabellen mellom A- og C-kommunene sammenlignet med 2015, ved at A-kommunene vurderer seg klart bedre, mens C-kommunene klart dårligere. B- kommunene plasserer seg på midten.

Figur 5-20 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for brukeren, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)

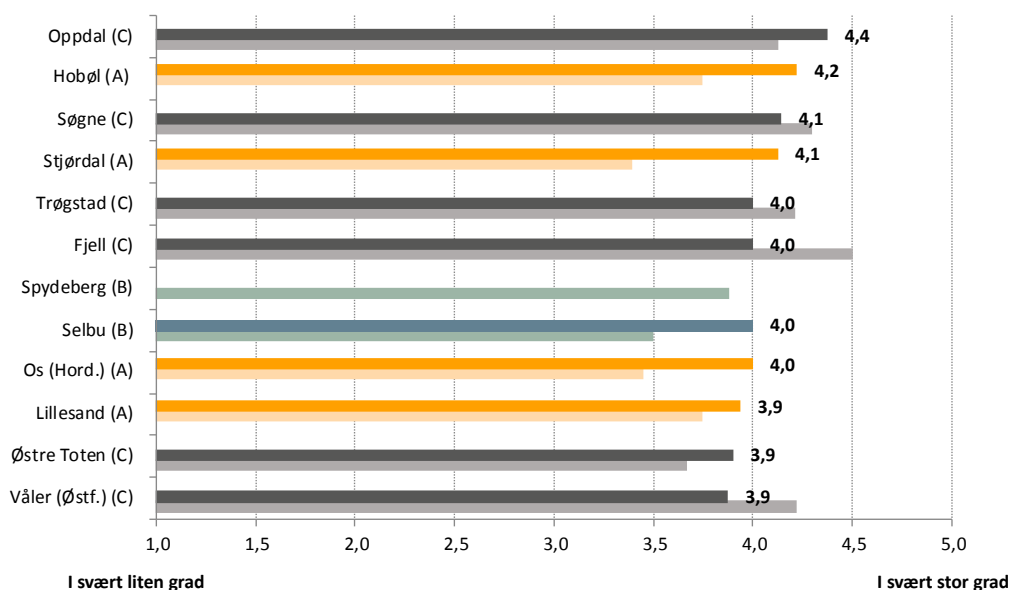


5.2.5 Innhenting av informasjon fra pårørende

Pårørende kan i mange tilfeller være den fremste kilden til informasjon om brukeren og brukerens behov. Innhenting av informasjon og dialog med pårørende er derfor ofte avgjørende for god brukermedvirkning.

Figur 5-21 viser ansattes svar på hvorvidt de oppfatter at kommunen innhenter informasjon fra pårørende når det er relevant. A-kommuner kommer en del bedre ut i 2018 sammenlignet med 2016. Begge B-kommunene, Selbu og Spydeberg, vurderer seg selv noe bedre i 2018. C-kommunene ser ut til å ha tapt noe av forspranget de hadde i 2016 sammenlignet med de andre kommunene, og fordeler seg jevnt fra topp til bunn.

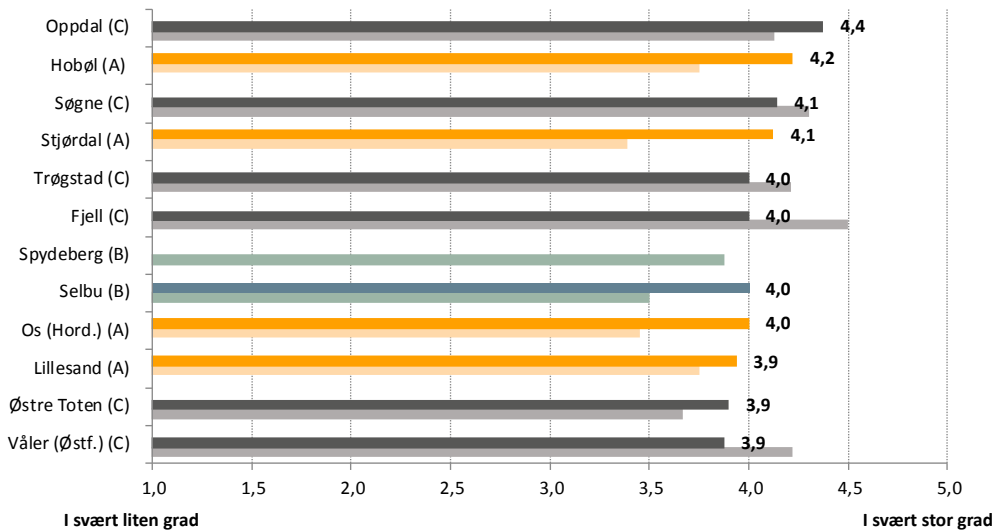
Figur 5-21 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen innhenter informasjon fra pårørende når det er relevant, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



5.2.6 Vedtak som gjenspeiler brukers behov

Figur 5-22 viser ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak gjenspeiler brukers behov. Overordnet opplever de fleste at vedtakene i ganske eller stor grad gjør dette, og poengsummene varierer mellom 4,5 og 3,7, som er en forholdsvis liten variasjon. Oppdal gir seg selv den høyeste scoren, og Våler den laveste. Også på dette område vurderer A-kommunene seg bedre i 2018 sammenlignet med 2016. For B- og C-kommunene går endringene begge veier.

Figur 5-22 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak gjenspeiler brukers behov, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)

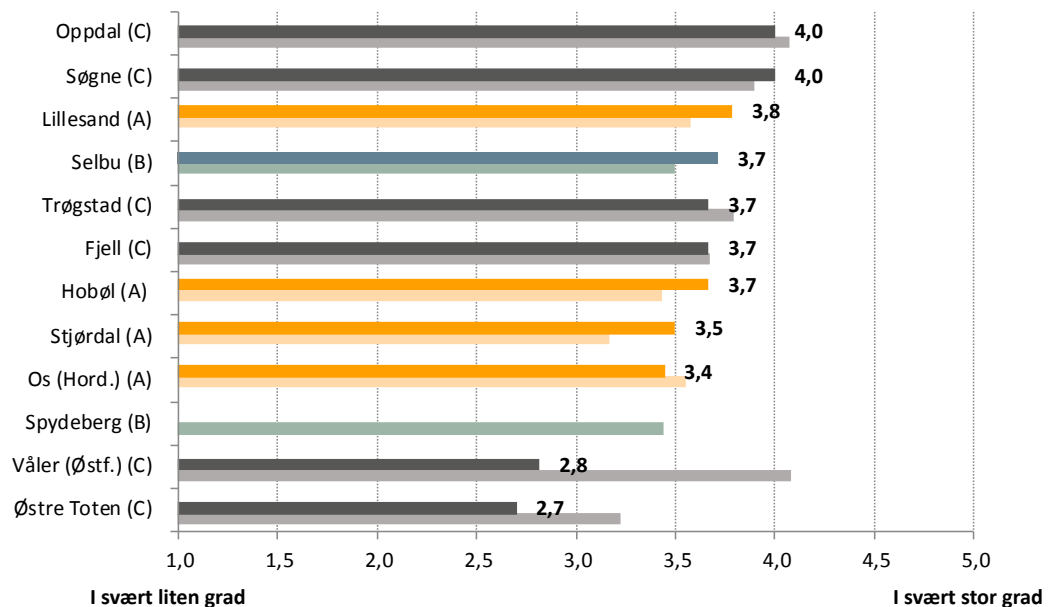


5.2.7 Arenaer for informasjon og dialog med brukere og pårørende

Feil! Fant ikke referanseilden. viser ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende. Poengsummene varierer en god del, og Oppdal og Østre Toten oppnår hhv. høyest og laveste score.

Respondentene fra Våler gir en markant dårligere score i 2018 sammenlignet med 2016. Bortsett fra Os, vurderer A-kommunene seg selv samlet sett noe bedre.

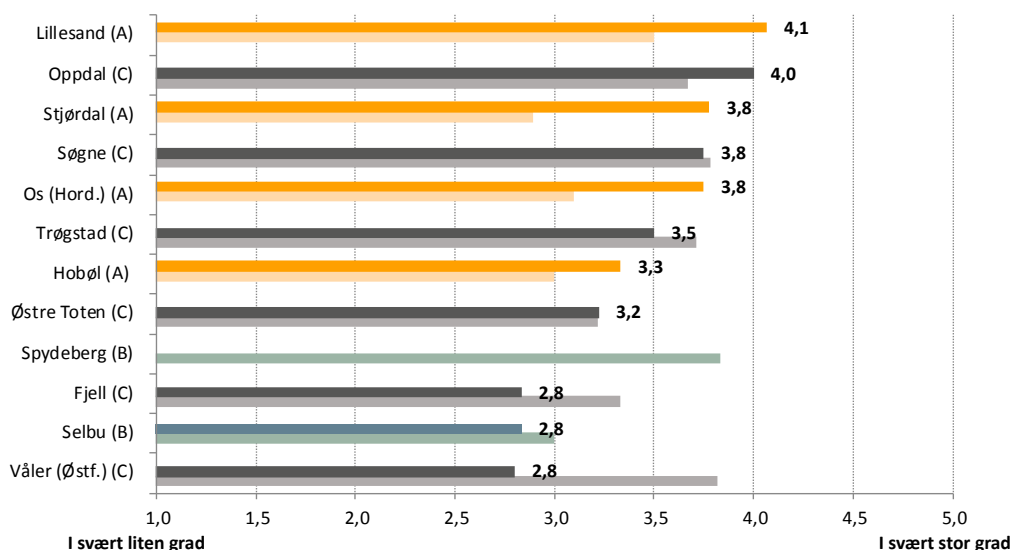
Figur 5-23: Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



5.2.8 Dokumentert brukermedvirkning

Figur 5-24 viser svar på om de ansatte oppfatter at brukermedvirkningen er godt dokumentert. Kommunene scorer mellom 4,1 og 2,8 som er blant de laveste sammenlignet med de andre spørsmålene. Samtlige A-kommuner gir seg selv en bedre poengsum i 2018 sammenlignet med 2016. Blant B- og C-kommunene er det kun Oppdal som vurderer seg selv bedre i dag enn de gjorde i 2016.

Figur 5-24 Ansattes svar på om de oppfatter at brukermedvirkningen er godt dokumentert, 2016 (lys søyle) - 2018 (mørk søyle)



5.3 Kompetanse og samhandling

Under presenterer vi funn på spørsmål som gjelder kompetanse og samhandling i tildelingen. Vi har stilt spørsmål om:

- ▶ Fagkompetanse og samhandling i tildelingsprosessene
- ▶ Kvalitet på saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige
- ▶ Innhenting av informasjon fra tredjepart
- ▶ Ressurser i tildeling av tjenester

5.3.1 Bruk av fagkompetanse i tildelingsprosessen

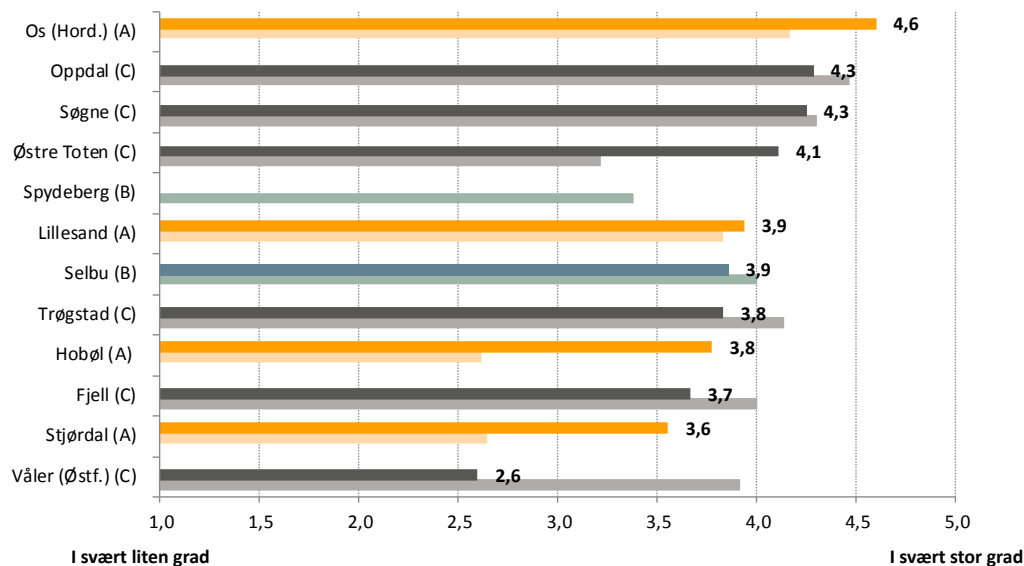
Helse- og sosialfaglig utdanning på høyskolenivå anses å være en viktig kjernekompetanse i tildelingen. Også andre typer formell kompetanse vil være relevant som et supplement til slik kompetanse.

I spørreundersøkelsen har vi både stilt spørsmål om respondentenes utdanning og nivå, samt spørsmål om opplevelser med fagkompetansen i tildelingsprosessene. Samtlige kommuner har en høy andel respondenter med sykepleierutdanning, mellom 50 og 100 prosent, og respondentene fordeler seg jevnt mellom dem med inntil fire års høyere utdanning og dem med fire år eller mer.

Figur 5-25 viser de ansattes svar på om de oppfatter at det er benyttet riktig og tilstrekkelig fagkompetanse inn i tildelingsprosessene. Os gir seg selv høyest poengsum med 4,6 og Våler gir

seg selv lavest med 2,6. Samtlige av A-kommunene vurderer seg selv høyere i 2018, mest markant hos Hobøl og Stjørdal.

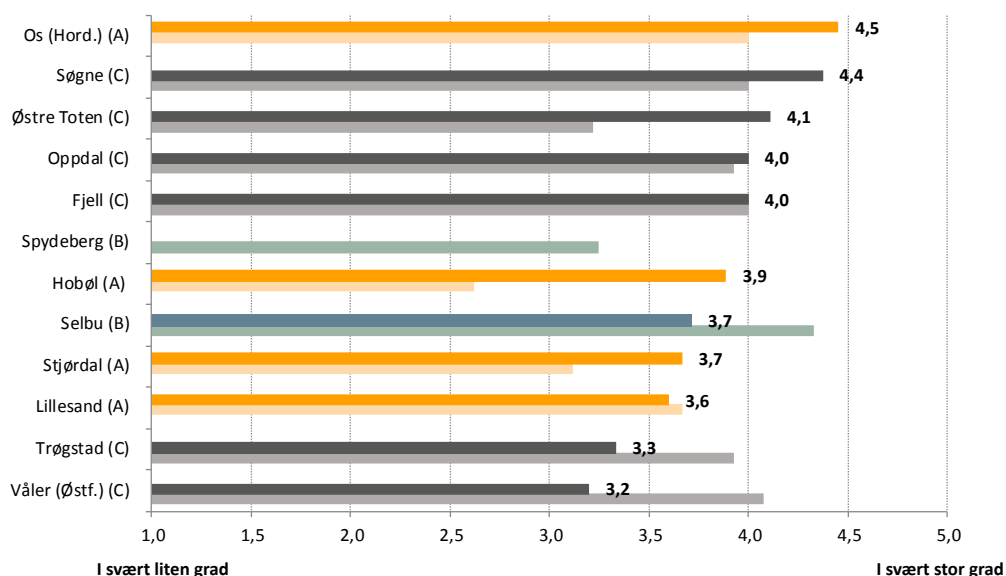
Figur 5-25 Ansattes svar på om de oppfatter at det er benyttet riktig og tilstrekkelig fagkompetanse inn i tildelingsprosessene, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



5.3.2 Forvaltningsfaglig kvalitet på vedtak

Figur 5-26 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak har en høy kvalitet på selve saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige. Resultatene viser at det er til dels stor variasjon mellom hvordan de ansatte oppfatter kommunen, og poengsummene varierer mellom 4,5 og 3,2. Os plasserer seg øverst, mens Våler plasserer seg lavest, og opplever en vesentlig lavere score i 2018 sammenlignet med 2016. Bortsett fra Lillesand gir alle A-kommunene seg selv en høyere poengsum i 2018. B-kommunene går i motsatt retning, Spydeberg gir seg selv en vesentlig høyere poengsum, mens Selbu gir seg selv vesentlig lavere.

Figur 5-26 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak har en høy kvalitet på selve saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



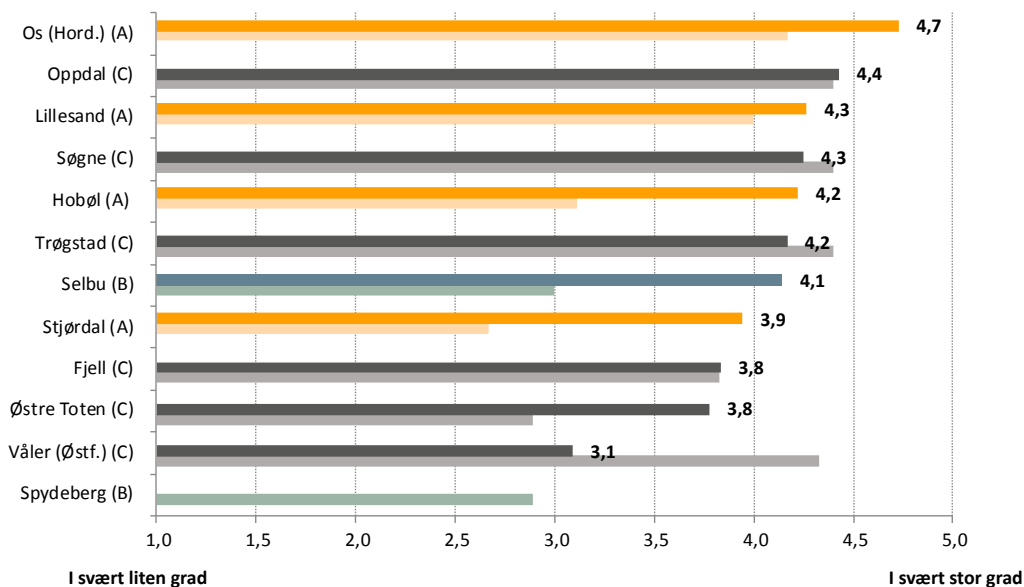
5.3.3 Bruk av tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen

En av hovedstrategiene for å få til mer helhetlig og brukerorientert tildeling av tjenester er å knytte tverrfaglig kompetanse inn i tildelingsprosessen.

I spørreundersøkelsen har vi stilt spørsmål både om utdanningsbakgrunn og om de ansatte oppfatter at det benyttes tverrfaglig kompetanse. Ved nullspunktmålingen svarte 63 prosent at de hadde sykepleierutdanning, 13 prosent var vernepleiere, 7 prosent var ergo-/fysioterapeut, 5 prosent var sosionomer og 4 prosent hadde økonomi/administrasjon som bakgrunn. Det var en del variasjon mellom kommunene. Jevnt over hadde A-kommunene en mer tverrfaglig bakgrunn enn B- og C-kommunene som hadde en klarere overvekt av sykepleiere. Dette inntrykket gjaldt både for 2017 og 2018.

Figur 5-27 viser respondentenes svar på om de oppfatter at det benyttes nødvendig tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen. De fleste kommunene oppfatter at dette gjøres i dag. Våler og Spydeberg er mest kritisk til dette, mens Os opplever at det i stor grad benyttes tverrfaglig kompetanse. Samtlige A-kommuner vurderer seg selv bedre i 2018 sammenlignet med 2016.

Figur 5-27 Ansattes svar på om de oppfatter at det benyttes nødvendig tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)

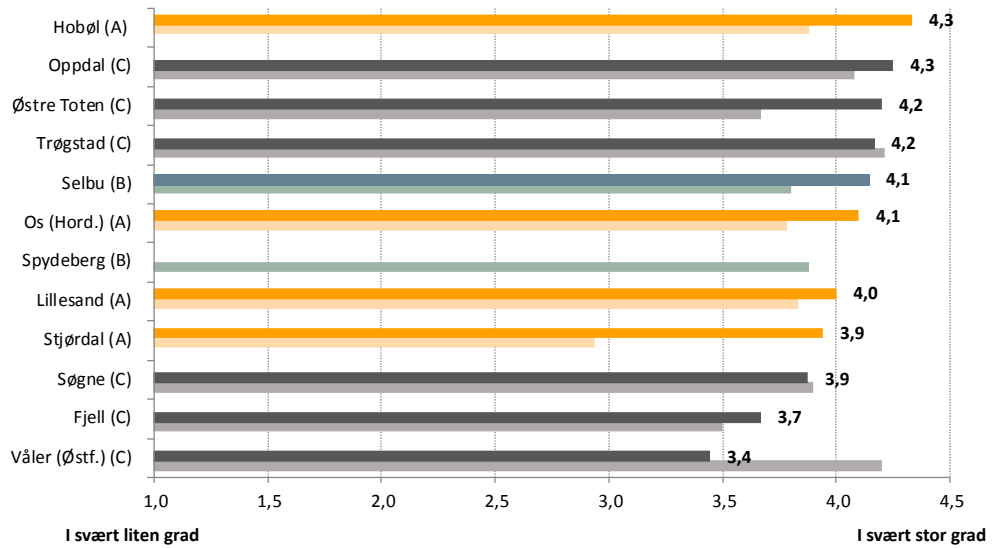


5.3.4 Rutiner for samhandling med relevante kompetansemiljøer

Vi spurte også de ansatte om i hvilken grad de hadde praksis med å innhente nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart (f.eks. utførerenheter, fastlege, spesialisthelsetjeneste). Dette speiler på mye av det samme som spørsmålene over, men legger mer vekt på innhenting av kompetanse fra eksterne aktører. Slik sett kan dette spørsmålet også si noe om hvilke kommuner som har bred nok kompetanse i egen organisasjon.

Figur 5-28 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart. Poengsummene varierer fra 4,3 til 3,4, med Hobøl på høyest poengsum og Våler med lavest. Samtlige A- og B-kommuner gir en høyere poengsum i 2018 sammenlignet med 2016.

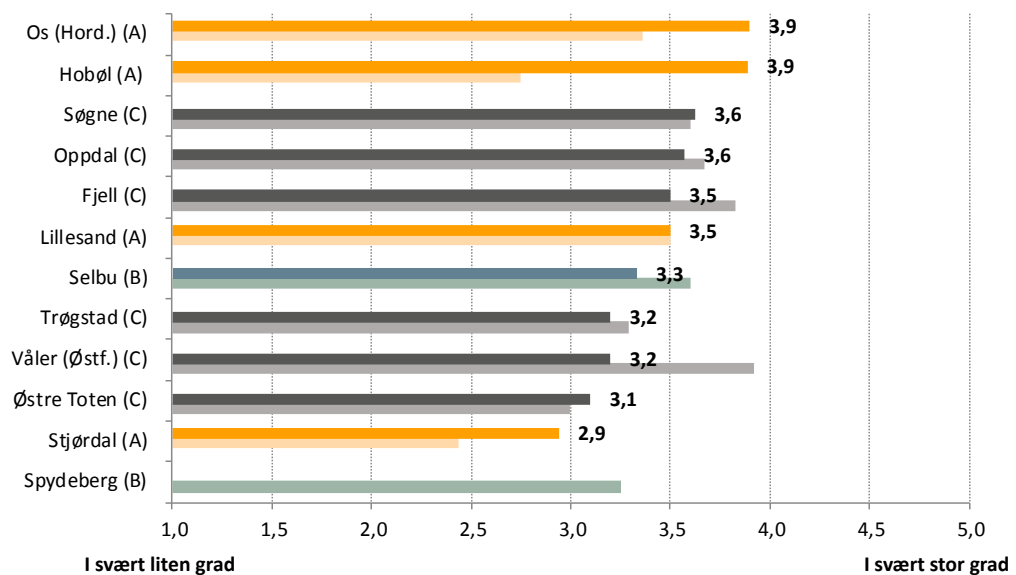
Figur 5-28 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart (f.eks. utførerenheter, fastlege, spesialisthelsetjeneste, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



5.3.5 Kapasitet i tildelingsprosessen

Ressurser er naturligvis en sentral forutsetning for å få til gode tildelingsprosesser. Figur 5-29 viser svarene fra spørreundersøkelsen til de ansatte på om de oppfatter at det er avsatt tilstrekkelige ressurser til tildeling av tjenester. Kommunene varierer mellom scorer på 3,9 og 1,0, som er noe lavere enn for de andre spørsmålene. Os og Hobøl gir seg selv høyest score, og har begge en betydelig økning fra 2016 til 2018. Økningen i Os kom i 2017, mens Hobøl, som vurderte seg selv lavt i 2017, vurderer seg selv vesentlig bedre i år.

Figur 5-29 Ansattes svar på om de oppfatter at det er avsatt tilstrekkelige ressurser til tildeling av tjenester, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



Tabell 5-13 viser kommunenes innrapporterte årsverk knyttet til tildelingsenhetene på fire målepunkter. A-kommunene har styrket sine tildelingsenheter med i snitt 1.6 årsverk, noe som trolig skyldes økte midler og mer bevissthet rundt tildelingsarbeidet i forbindelse med deltagelsen i forsøket.

Tabell 5-13: Årsverk i tildelingsenhetene 2016-2018

Kommune	2016		2017	2018	Endring
	jan	sept	sept	sept	jan 2016- sep.18
A-kommuner					
Hobøl	2,5	2,5	2,6	2,3	-0,2
Lillesand	5,3	5,3	6,4	6,4	1,1
Os*	8,0	9,5	10,5	11,8	3,8
Stjørdal	7,6	7,6	9,2	9,2	1,6
A Totalt	23,4	24,9	28,7	29,7	6,3
B-kommuner					
Selbu	1,5	1,5	1,1	1,4	-0,1
Spydeberg**	2,0	3,6	2,8	2,8	0,8
B Totalt	3,5	5,1	3,9	4,2	0,7
C-kommuner					
Fjell					0,0
Oppdal					0,0
Søgne	4,9	4,9	4,0	4,0	-0,9
Trøgstad					0,0
Våler	2,0	2,5	2,5	2,5	0,5
Østre Toten***	9,3	10,3	10,3	10,7	1,4
C Totalt	16,2	17,7	16,8	17,2	1,1
Totalsum	43,1	47,7	49,4	51,1	8,1

* Inkluderer to prosjektstillinger i 2018

** Forutsatt likt som 2017 grunnet ufullstendig/usikkert datagrunnlag

*** Har også NAV-relaterte funksjoner. Prosjektstillinger trukket ut.

5.4 Rutiner og verktøy

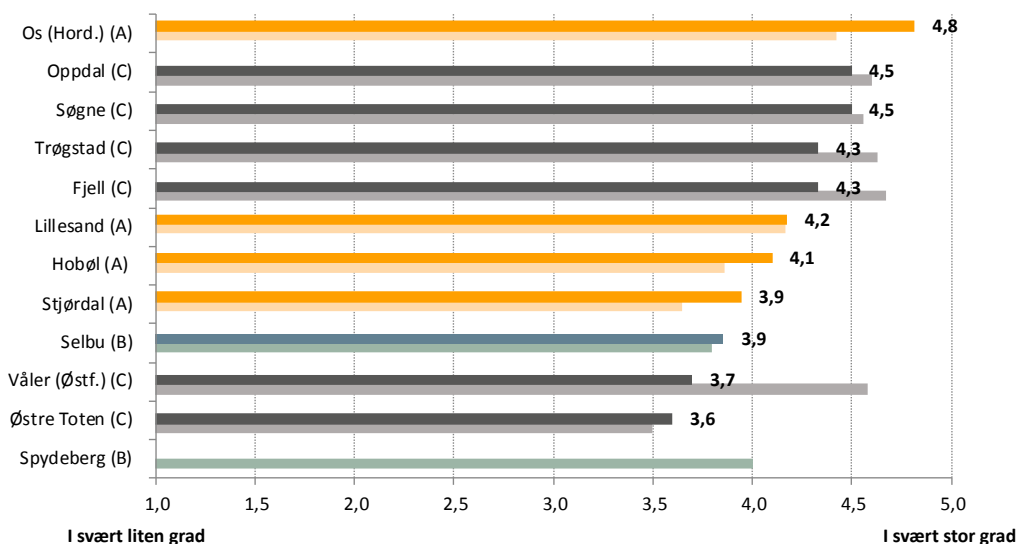
5.4.1 Forhold mellom vedtak og faktisk utførte tjenester

Et helt sentralt element i vurderingen av hvorvidt brukerne får tjenester som møter behovet, er om de faktisk får de tjenestene de er tildelt. Dette kan være i form av at utførerenheten ikke har kapasitet til å levere nok timer i hjemmetjenesten, eller at brukere må vente lenge på plass på institusjon.

Figur 5-30 viser de ansattes svar på i hvilken grad de oppfatter samsvar mellom vedtak og tjenestene brukerne mottar. Overordnet opplever de ansatte i kommunen at det i ganske stor eller

stor grad er samsvar mellom vedtak og utførte tjenester. Spydeberg skiller seg noe ut, der respondentene svarer i verken liten eller stor grad. Bortsett fra respondentene i Lillesand, som gir en poengsum som er lik som i 2016, gir alle de andre A-kommunene seg selv en bedre score i dag.

Figur 5-30 Ansattes svar på i hvilken grad de oppfatter at det er samsvar mellom vedtakene og tjenestene brukerne mottar, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)

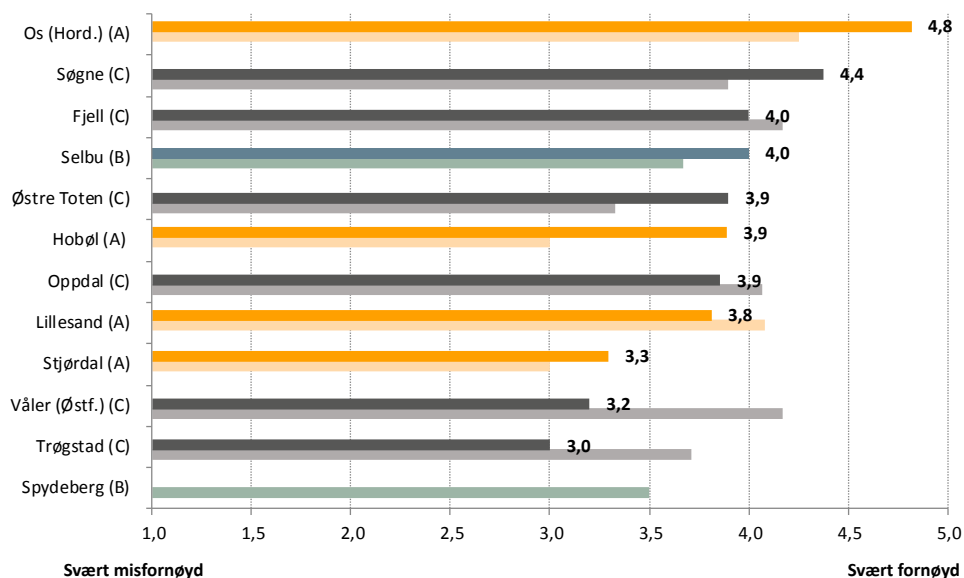


5.4.2 Organisering av tildelingsprosessen

Hvor godt tildelingsprosessen er organisert kan speile flere forhold – både organisatorisk innretning (tildelingsenhet) og prosessene rundt tildelingen.

Figur 5-31 viser de ansattes svar på hvor fornøyd eller misfornøyd de er med måten tildelingsarbeidet er organisert på. Selv om de fleste hovedsakelig er fornøyd, varierer scorene mellom kommunene forholdsvis mye, fra 4,8 i Os til 3,0 i Trøgstad og Spydeberg. Hobøl gir seg en vesentlig høyere score i år, sammenlignet med i 2016 og i fjor, hvor de var mest kritisk av samtlige kommuner. Bortsett fra i Lillesand gir A-kommunene seg en bedre score enn i 2016.

Figur 5-31 Ansattes svar på hvor fornøyd eller misfornøyd de er med måten tildelingsarbeidet er organisert på, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)

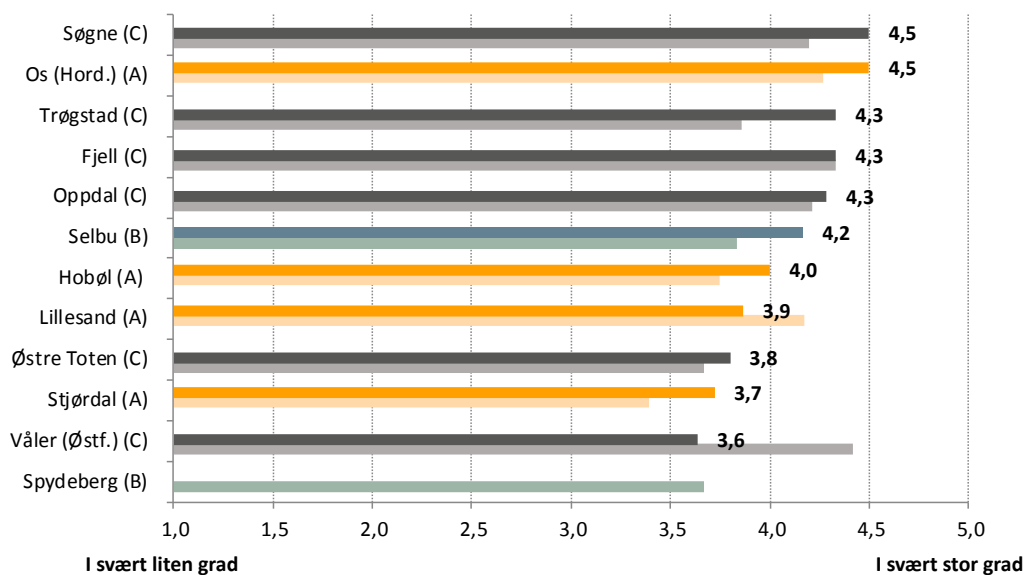


5.4.3 Opplevd likhet i tildelingsprosessen

Likhet i tjenesteutøvelsen er et ideal for de fleste offentlige virksomheter, og er også et av de overordnede målene for forsøket. Likebehandling i tildelingen av tjenesten vil trolig også gjenspeile hvorvidt kommunen har gode rutiner og verktøy i tildelingen.

Figur 5-32 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester. Poengsummene varierer mellom 4,5 og 3,0, Søgne og Os gir seg selv best score og Våler og Spydeberg gir seg selv lavest. 9 av 12 kommuner vurderer seg selv bedre i år.

Figur 5-32 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)

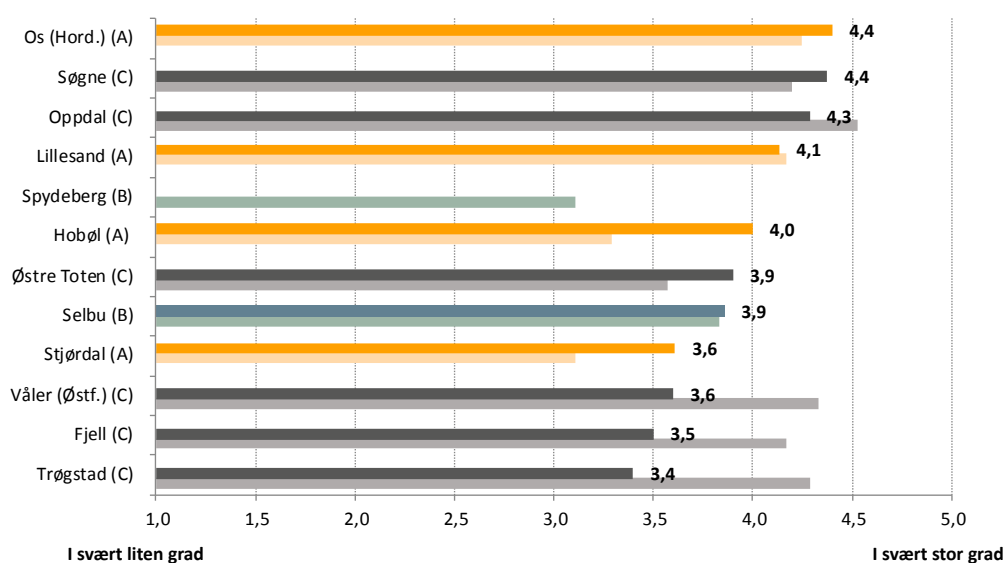


5.4.4 Enhetlige og faste rutiner i tildelingsprosessen

Enhetlige og faste rutiner henger nært sammen med likebehandling i tildelingen. Dersom praksis for tildeling varierer fra person til person, eller svinger mye over tid, øker sannsynligheten for at prinsippet om likebehandling ikke følges.

Figur 5-33 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har enhetlige og faste rutiner for tildeling av tjenester. Mange av de ansatte gir kommunen høy score på dette, selv om det er en del variasjon mellom dem. Respondentene fra Os gir kommunen høyest score, og Trøgstad gir lavest. A-kommunene Hobøl og Stjørdal, som i utgangspunktet var noe kritisk i 2016, gir seg selv en markant høyere score. I motsatt retning går C-kommunene Våler, Fjell og Trøgstad, som er langt mindre positiv i år.

Figur 5-33 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har enhetlige og faste rutiner for tildeling av tjenester, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)

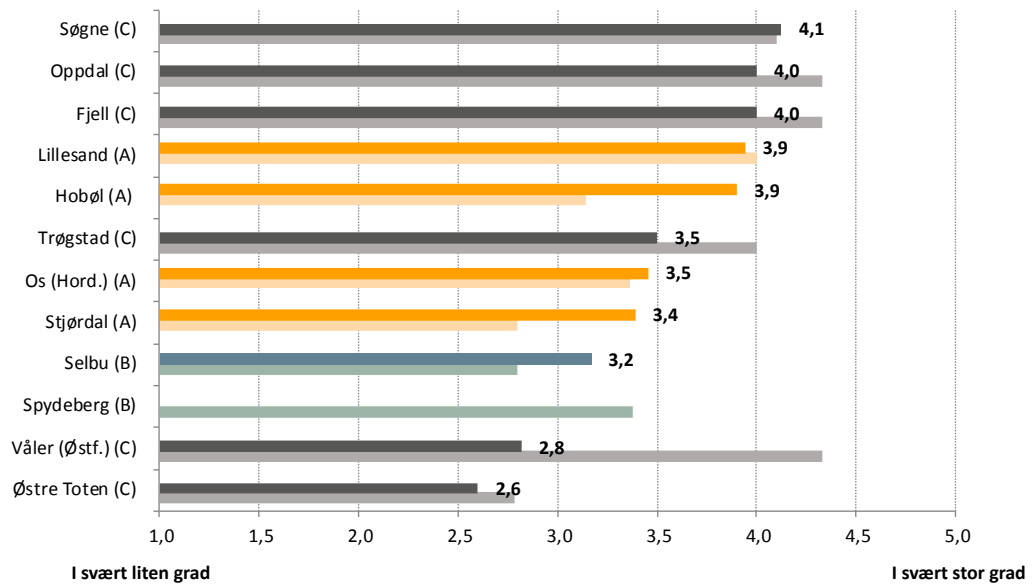


5.4.5 Rutiner for revurdering av vedtak

Gode rutiner for revurdering av vedtak er viktig fordi brukernes behov i mange tilfeller varierer stort over tid. F.eks. vil en person som nettopp er utskrevet fra sykehus gjerne trenge mye oppfølging i starten, som kanskje kan justeres ned dersom situasjonen bedrer seg. Rutiner for revurderingen av vedtak gjør at vedtak er tilpasset brukerens behov.

Figur 5-34 viser ansattes svar på spørsmålet om i hvilken grad de vurderer at kommunen har gode rutiner for revurdering/evaluering av vedtakene. Resultatene viser at det er forholdsvis store forskjeller mellom kommunene. C-kommunene Fjell, Oppdal og Søgne opplever at de har gode rutiner for dette. Våler har en klart lavere poengsum i 2018 sammenlignet med 2016. Bortsett fra Lillesand, som i utgangspunktet vurderte seg høyt på dette punktet, vurderer A-kommunene seg bedre i 2018.

Figur 5-34 Ansattes svar på i hvilken grad de vurderer at kommunen har gode rutiner for revurdering/ evaluering av vedtakene, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)

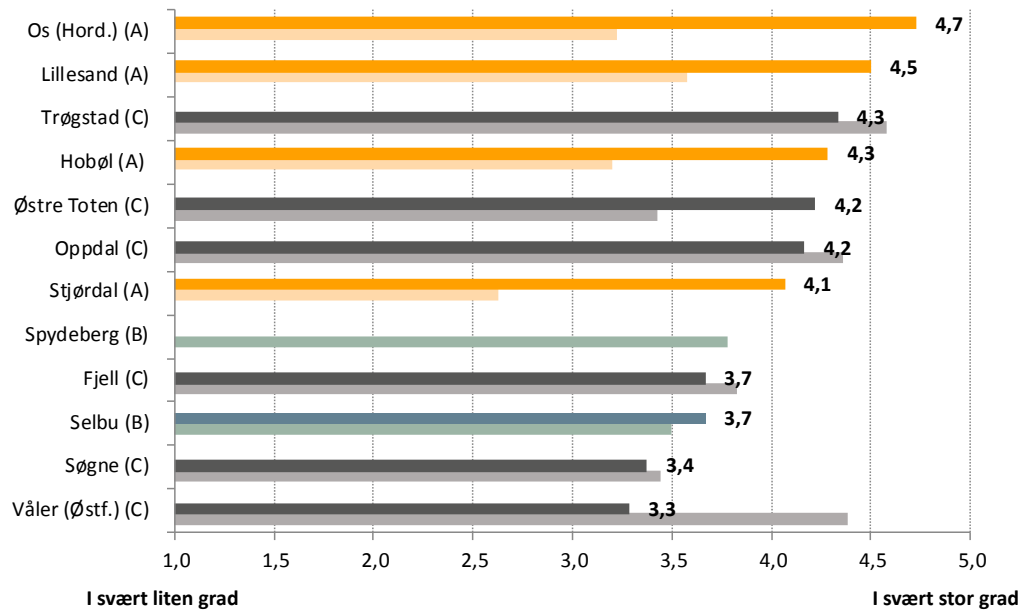


5.4.6 Bruk av kartleggingsskjema i tildelingsprosessen

De fleste kommuner har kartleggingsskjema som benyttes i dialog med brukeren når det tildeles tjenester. Kartleggingsskjema er et verktøy i tildelingsprosessen, og kvaliteten på skjemaet vil kunne påvirke hvilke forhold som blir kartlagt. I forbindelse med forsøksordningen har Helse- direktoratet også utviklet et nytt kartleggingsskjema/samtaleguide som kommunene skal bruke i tildelingen.

Figur 5-35 viser respondentenes svar på om de oppfatter at kommunen benytter et kartleggings- skjema som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte. A-kommunene ser ut til å være godt fornøyd med hvordan skjemaet fungerer, og har en markant høyere poengsum i 2018. Dette fremkommer også i intervjuene som er gjort med ansatte i de ulike forsøkskommunene.

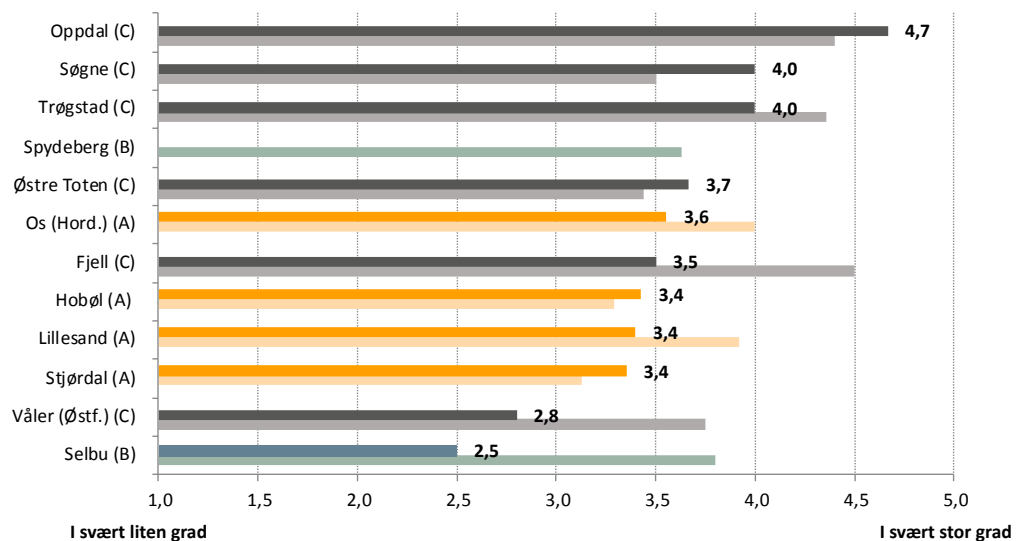
Figur 5-35 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen benytter et kartleggings skjema (samtaleguide) som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



5.4.7 Kvalitet på IKT-system i tildelingsprosessen

Figur 5-36 viser svar fra spørreundersøkelsen på om de ansatte oppfatter at kommunen har et IKT-system som støtter opp om en god og effektiv saksbehandling. Poengsummen varierer fra 4,7 for Oppdal og 2,5 for Selbu. Mens alle A-kommunene vurderte seg bedre i 2017 sammenlignet med 2016, ser vi i år en litt mindre positiv vurdering i Os og Lillesand. Sammenlignet med mange av spørsmålene som ble stilt, stiller mange av respondentene seg noe mer kritisk til IKT-systemet.

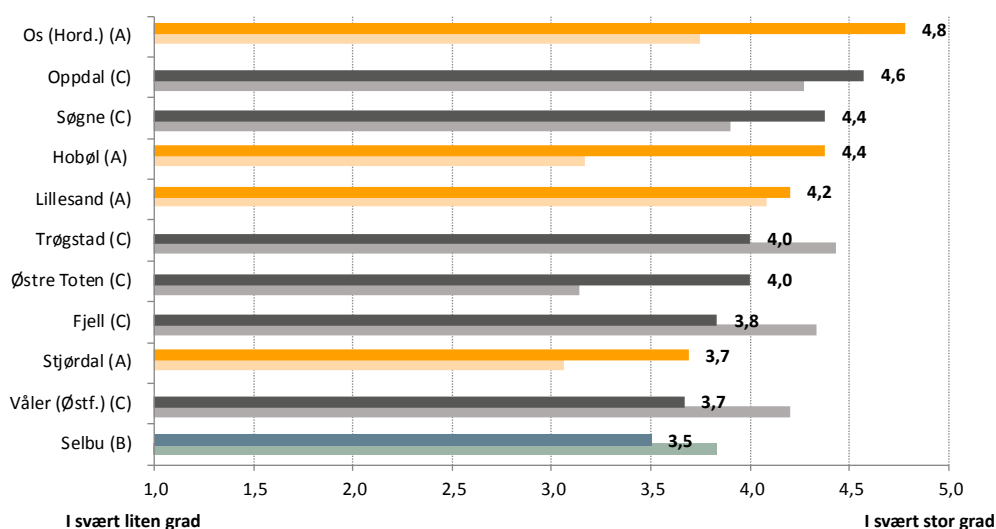
Figur 5-36 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har et IKT-system som støtter opp om en god og effektiv saksbehandling, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



5.4.8 Bruk av søknadsskjema i tildelingsprosessen

Figur 5-37 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har et søknadsskjema som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte. Alle A-kommunene vurderer seg selv bedre i 2018. Svarene for de andre kommunene går i begge retninger. Vi mangler svar fra Spydeberg i 2018.

Figur 5-37 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har et søknadsskjema som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)

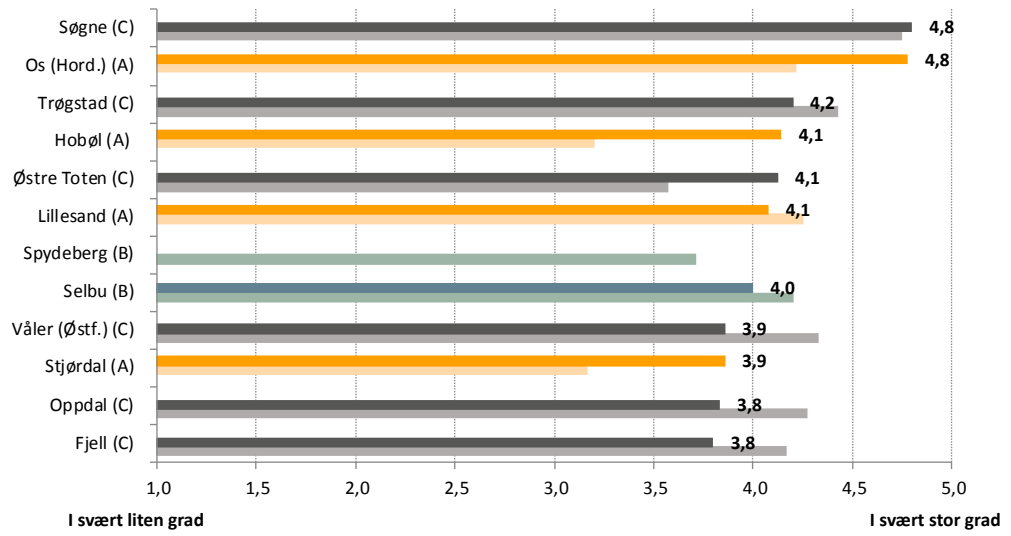


5.4.9 Saksbehandling i tråd med Helsedirektoratets veileder

Helsedirektoratet publiserer veiledere for å gi uttrykk for sentrale myndigheters forståelse av god og riktig saksbehandling i helse- og omsorgstjenestene, og omsetter reglene på området til praktisk bruk. Den tidligere veilederen *IS-1040 Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester* ble i februar 2016 erstattet med *IS-2442 Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Saksbehandling i samsvar med veilederen vil derfor være en indikator på hvorvidt kommunen følger gjeldende føringer og praksis på saksbehandling. En svakhet ved spørsmålet er at ikke nødvendigvis alle de ansatte i kommunene er kjent med den nye veilederen.

Figur 5-38 viser de ansattes svar på om de oppfatter at saksbehandlingen er i tråd med veilederen. Poengsummen varierer fra 4,8 til 3,8, som betyr at kommunene i stor grad vurderer at saksbehandlingen er i tråd med veilederen. Søgne og Os gir seg selv høyest poengsum. Bortsett fra Lillesand, som i utgangspunktet vurderte seg positivt, vurderer A-kommunene seg vesentlig bedre i 2018.

Figur 5-38 Ansattes svar på om de oppfatter at saksbehandlingen er i tråd med Helsedirektoratets veileder for saksbehandling, 2016 (lys søyle) -2018 (mørk søyle)



6 Økonomiske effekter av forsøket for kommunene

Kapittel 5 redegjorde for hvordan utviklingen har vært i kommunene både med tanke på tjenestene og tildelingsprosessen. Dette kapitlet gir en kortfattet redegjørelse for noen av de økonomiske sidene ved forsøket, både for kommunenes del og for staten. Hensikten med kapitlet er å synliggjøre hvilke økonomiske effekter forsøket har hatt for kommunen, ettersom vi mener dette er sentralt for å forklare utvikling i tjenester og tildeling.

Kapitlet er en kortversjon av en egen rapport av Agenda Kaupang og Proba Samfunnsanalyse som ble offentliggjort august 2018¹⁷: *Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader*. For nærmere beskrivelser av metode mv. henvises det til denne rapporten.

Avsnitt 6.1 beskriver utbetalte tilskudd til A-kommunene i 2016 og 2017. Avsnitt 6.2 beskriver kommunenes økonomiske gevinster av finansieringsmodellen.

6.1 Utbetalingen av tilskudd i 2017

Finansieringsmodellen i A-kommunene går ut på at det gjøres et uttrekk av kommunens ramme for pleie- og omsorgstjenester. Dette erstattes av en finansieringsmodell som består av vedtaks-tilskudd (enhetspriser), et rundsumtilskudd for å dekke en del faste kostnader, pluss et inntekts-påslag. Finansieringsmodellen er nærmere omtalt i kapittel 2.2.

I 2017 var uttrekket på 980 mill. kr og det nye øremerkede tilskuddet på 1 157 mill. kr (jf. tabellen under):

Tabell 6-1 Tilskudd i forsøket 2016 og 2017. Millioner kroner. Kilde: Helsedirektoratet

Kommune	2016				2017			
	Samlet tilskudd	Vedtaks-tilskudd	Rundsum-tilskudd	Inntekts-påslag	Samlet tilskudd	Vedtaks-tilskudd	Rundsum-tilskudd	Inntekts-påslag
Hobøl	54,7	50,6	1,7	2,3	115,0	107,8	3,6	3,6
Lillesand	103,9	93,7	5,9	4,4	224,1	205,2	12,0	6,9
Os	168,8	154,5	8,3	6,1	375,3	348,7	16,9	9,7
Stjørdal	198,6	180,9	10,1	7,6	442,1	409,3	20,7	12,0
I alt	526,0	479,7	26,0	20,4	1 156,5	1 071,1	53,3	32,2

Uttrekket var på 526 mill. kr i 2016 og 980 mill. kr i 2017. Merk at finansieringsmodellen for 2016 kun hadde effekt for 6-8 måneder (avhengig av tjeneste). Vi har videre sammenliknet nivået på uttrekket med summen av vedtaks- og rundsumtilskuddet (jf. tabellen under).

¹⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/analyse-av-okonomisk-utvikling-og-beregning-av-kommunale-enhetskostnader/id2609525/>

Tabell 6-2 Uttrekk, vedtakstilskudd, rundsumtilskudd 2016 og 2017. Millioner kroner. Kilde: Helsedirektoratet

Kommune	2016			2017		
	Uttrekk	Vedtaks- Rundsum	Diffe- ranse	Uttrekk	Vedtaks- Rundsum	Diffe- ranse
Hobøl	50,9	52,4	1,5	101,8	111,4	9,6
Lillesand	99,4	99,5	0,1	198,4	217,3	18,9
Os	153,2	162,7	9,6	305,0	365,6	60,6
Stjørdal	188,7	191,0	2,4	374,9	430,1	55,2
I alt	492,1	505,7	13,6	980,1	1 124,4	144,3

Tabell 6-2 viser at de fire kommunene fikk 1 124 mill. kr av samlet tilskudd for vedtaks- og rundsumtilskudd, noe som tilsvarer en differanse (sammenlignet med uttrekket) på 144 mill. kr i 2017. I tillegg til dette kom det forutsatte inntekstpåslaget på 32 mill. kr.

Utvikling i utbetaling av tilskudd

Det har vært gjennomført et omfattende arbeid for å etablere data over tjenestene med tilstrekkelig kvalitet. Representanter for de fire kommunene har fortalt at oppryddingen har gitt nyttig innsikt i styringen av tjenestene. Vi har gjort et forsøk på å bruke dataene som et grunnlag for en analyse av utviklingen i tjenestene. Det har vist seg at ryddingen som også har pågått i 2017 har gjort tolkningen vanskelig. Vår bruk av dataene blir nærmere omtalt i det følgende.

Utviklingen i 2017 var preget av at systemene ennå ikke var helt på plass. Det har tatt tid at fagsystemene teknisk har kunnet håndtere 2:1 bemanning. Det har også vært nødvendig å passe på at summen av vedtatte timer ikke har oversteget tilgjengelige timer hos personale. Denne type oppryddinger har påvirket nivået på korreksjonsoppgjørene. Utviklingen trenger derfor ikke være et reelt uttrykk for utviklingen i aktiviteten.

Vi vet heller ikke hvor stor endringen er fra 2016. Grunnen til dette er at tilskuddet i 2016 kun var basert på endringer i løpet av året. Endringene var regnet som differansen mellom personer med nye vedtak om tjenester og personer som avsluttet sine tjenester i løpet av perioden. En slik litt ufullstendig ordning henger sammen med at det har tatt tid å etablere vedtak med kvaliteten som en fullstendig ordning krever.

Utbetalingen av vedtakstilskuddet er vist i tabellen under:

Tabell 6-3 Utbetaling av tilskudd i 2017 fordelt på kvartal og tjenester, beløp i mill. kr

	Hele	Kvartal 2017			
	2017	1	2	3	4
Langtidsopphold på institusjon	141	35	35	36	35
Korttidsopphold på institusjon	78	19	19	22	17
Utskrivningsklare pasienter fra sykehus	2	1	0	0	1
Avlastning utenfor institusjon	13	4	4	3	3
Dagsenter	51	13	14	13	12
BPA	22	5	6	6	5
Helsetjenester i hjemmet	550	130	134	138	148
Praktisk bistand	57	13	13	13	18
Praktisk bistand, opplæring	131	32	33	33	33
Omsorgslønn	13	3	3	3	3
Støttekontakt	12	3	3	3	3
Institusjon	219	55	54	58	52
Helsetjenester, praktisk bistand	738	174	181	185	199
Andre tjenester	111	27	30	27	27
I alt	1 068	256	265	270	278

Innholdet i tabellen over blir kommentert i det følgende:

- ▶ Det er store forskjeller i den økonomiske betydningen av ulike tjenester. Tilskuddet til helsetjenester i hjemmet utgjør omtrent halvparten og tilskuddet til institusjon rundt en femtedel av det samlede tilskuddet.
- ▶ Kommunene får finansiert utgiftene til utskrivningsklare pasienter som en del av forsøket. En mulig effekt kan være at kommunene ikke like raskt tar imot slike pasienter som følge av at staten betaler. Tilskuddet til disse pasientene har imidlertid vært på et lavt nivå gjennom 2017.
- ▶ Utgiftene til helsetjenester i hjemmet har vokst gjennom 2017. Veksten har vært spesielt sterk i Stjørdal som har etablert et såkalt innsatsteam i 2017.
- ▶ Det har vært en sterk økning gjennom året. Utbetalingen i fjerde kvartal er 8,6 prosent høyere enn i første kvartal. Vi vet imidlertid ikke hvor mye av endringen som kan knyttes til opprettinger. Dette henger blant annet sammen med at Os og Stjørdal har hatt rettinger i 4. kvartal som også gjelder tidligere perioder i 2017.

Utviklingen i 2017 for de fire kommunene er vist i tabellen på neste side.

Tabell 6-4 Aktivitetsbasert tilskudd samlet for de fire A-kommunene fordelt på fire kvartaler i 2017. Millioner kroner

	Hobøl- kvartal 2017				vekst 1.-4 kv	Lillesand - kvartal 2017				vekst 1.-4 kv
	1	2	3	4		1	2	3	4	
Langtidsopphold	5,5	5,6	5,8	5,7	3,4 %	12,2	12,7	12,3	12,2	-0,1 %
Korttidsopphold	1,9	2,8	2,6	1,8	-4,5 %	3,4	2,7	3,7	4,2	22,0 %
Utskrivningsklare fra sykehus										
Avlastning utenfor institusjon	1,5	1,5	1,3	1,4	-6,8 %	0,4	0,4	0,1	0,4	8,8 %
Dagsenter	1,5	1,5	1,2	1,4	-8,4 %	3,2	3,9	3,4	2,9	-10,1 %
BPA	1,7	1,7	1,8	1,7	2,6 %	1,0	1,0	1,0	1,0	2,2 %
Helsetjenester	5,9	5,9	6,1	6,0	1,6 %	21,7	22,4	24,4	23,7	9,2 %
Praktisk bistand	2,6	2,6	3,1	2,6	2,2 %	2,1	2,1	2,1	2,5	17,2 %
Praktisk bistand, opplæring	4,7	4,6	4,9	4,5	-3,1 %	4,5	4,0	5,1	4,5	-1,0 %
Omsorgslønn	0,4	0,5	0,6	0,4	1,2 %	0,3	0,4	0,5	0,5	58,9 %
Støttekontakt	0,2	0,3	0,2	0,2	-23,0 %	0,5	0,5	0,6	0,5	8,6 %
Institusjon	7	8	8	8	1 %	16	15	16	16	5 %
Helsetjenester, praktisk bistand	13	13	14	13	0 %	28	28	32	31	8 %
Andre tjenester	5	5	5	5	-4 %	5	6	6	5	-1 %
I alt	26	27	28	26	0 %	49	50	53	52	6 %
	Os - kvartal 2017				vekst 1.-4 kv	Stjørdal - kvartal 2017				vekst 1.-4 kv
	1	2	3	4		1	2	3	4	
Langtidsopphold	6,8	6,0	6,9	5,1	-24,9 %	10,8	10,5	10,8	11,8	9,4 %
Korttidsopphold	5,0	5,3	6,3	5,5	10,1 %	8,5	8,6	9,6	5,6	-33,6 %
Utskrivningsklare fra sykehus										
Avlastning utenfor institusjon	1,2	1,3	1,0	1,0	-16,4 %	0,7	0,6	0,3	0,4	-40,3 %
Dagsenter	4,5	4,8	5,0	4,8	6,9 %	3,5	3,6	3,0	3,0	-13,9 %
BPA	1,7	3,4	2,6	2,5	48,9 %	0,4	0,1	0,1	0,1	-78,4 %
Helsetjenester	42,5	43,3	45,5	47,0	10,6 %	59,5	62,7	62,2	71,1	19,5 %
Praktisk bistand	2,9	2,9	3,1	7,5	159,5 %	5,1	5,2	5,2	5,3	3,7 %
Praktisk bistand, opplæring	15,7	15,7	14,7	15,5	-0,8 %	6,8	9,0	8,3	8,6	25,7 %
Omsorgslønn	1,2	1,2	1,2	1,2	-3,0 %	0,9	1,3	0,9	1,1	21,3 %
Støttekontakt	1,2	1,4	1,3	1,4	16,0 %	0,9	0,9	1,0	1,0	14,8 %
Institusjon	12	11	13	11	-10 %	19	19	20	17	-9,5 %
Helsetjenester, praktisk bistand	61	62	63	70	15 %	71	77	76	85	18,9 %
Andre tjenester	10	12	11	11	11 %	6	7	5	6	-12,2 %
I alt	83	85	88	92	11 %	97	103	101	108	11,2 %

Tabellen over blir kommentert i det følgende:

- ▶ Det samlede vedtakstilskuddet i Hobøl er omtrent på samme nivå i første og siste kvartal. Det er også relativt stor stabilitet i tilskuddet som de ulike tjenestene utløser.
- ▶ Lillesand er i en mellomstilling med en vekst på 6 prosent. Her er det særlig helsetjenester i hjemmet som vokser.
- ▶ Økning i tilskuddet har vært på over 10 prosent i Os og Stjørdal. I begge kommuner har institusjon gått ned, men helsetjenester og praktisk bistand (Os) har økt langt mer. Utviklingen er preget av omkodingen av tjenester som kommunene har foretatt.

6.2 Beregning av økonomiske gevinster

Som beskrevet i 6.1 er det en betydelig differanse mellom uttrekket fra kommunerammen og det kommunene får tilbake i form av tilskudd. Selv om noe av tilskuddene går til å dekke faktisk økning i tjenestene, lar store deler av beløpet seg ikke forklare ut fra dette. Dette kapitlet oppsummerer og analyserer andre årsaker til at kommunene går med såpass store overskudd som følge av forsøket.

Vi har beregnet de økonomiske gevinstene for kommunene som følge av tre forhold:

- ▶ **Demografi:** De fire A-kommunene har alle en sterk vekst i aldersgruppene som utløser behovet for pleie- og omsorgstjenester. Denne veksten bidrar til å øke nivået på rammetilskuddet. Uttrekket i forsøket er imidlertid basert på en mer forsiktig vekst. Resultatet er en økonomisk gevinst for kommunens øvrige tjenester.
- ▶ **Ressurskrevende tjenester:** Kommunenes egenandel for dette øremerkede tilskuddet var på 138,9 mill. kr i 2015. Dersom kommunene ikke hadde vært med i forsøket ville egenandelen vært på 169,2 mill. kr i 2017. Mesteparten av økningen blir finansiert gjennom vedtaks-tilskuddet. Vi har beregnet gevinstene for de fire kommunene.
- ▶ **Kommunenes enhetskostnader.** Vi har beregnet gevinster og tap som følge av at kommunenes enhetskostnader avviker fra de statlige satsene. Resultatet av beregningene er vist i tabellen under.

Tabell 6-5 Beregnet økonomisk gevinst for kommunene i 2016, 2017 og 2018. Millioner kroner

	Demografi			Ressurs- krevende tjenester	Enhets- kostnader	Samlet gevinst
	2016	2017	2018	2017	2017	2017
Hobøl (A)	2,9	7,1	7,2	3,3	-2,1	8,3
Lillesand (A)	2,0	3,9	8,3	7,7	9,5	21,1
Os (Hord.) (A)	3,7	19,3	23,4	6,0	14,8	40,1
Stjørdal (A)	5,4	13,5	20,8	5,1	30,7	49,2
I alt	15,5	45,5	59,5	22,1	52,9	120,5

Den økonomiske gevinsten knyttet til demografi er beregnet til 45,5 mill. kr for 2017, jf. tabellen over. Det er beregnet en økonomisk gevinst for alle kommunene. Gevinsten er størst i Os og Stjørdal. Gevinsten har vokst fra 2016 til 2017 og den vil vokse ytterligere i 2018. Vi vet ikke om disse gevinstene har ført til økte utgifter for kommunens øvrige tjenester.

Den samlede gevinsten for ressurskrevende tjenester er beregnet til 22,1 mill. kr. Alle de fire kommunene har gevinst. Alle kommunene utenom Hobøl har i gjennomsnitt lavere enhetskostnader enn satsene brukt i forsøket, og den samlede gevinsten er på 52,9 mill. kr. I 2017 var den samlede beregnede gevinsten for alle de tre områdene på i underkant av 120,5 mill. kr.

7 Oppsummering og vurdering

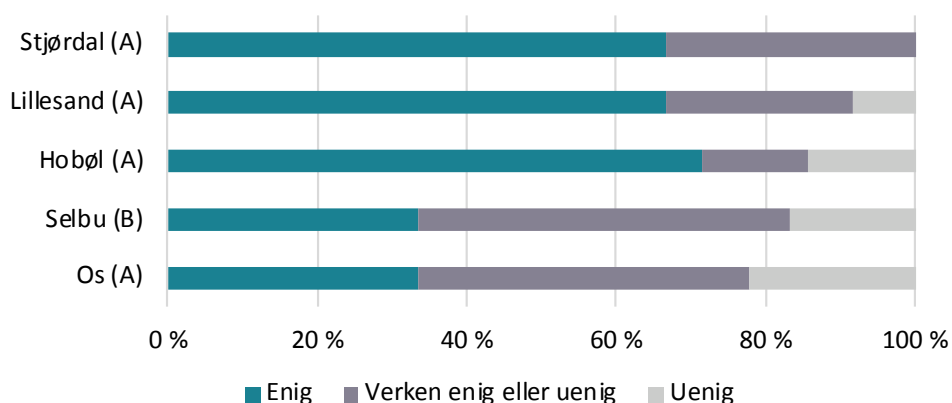
Dette kapittelet oppsummerer de ulike kildene og vurderer i hvilken grad forsøket har påvirket kommunene. Det går først gjennom hvordan forsøket har påvirket tildelingspraksis (7.1), deretter hvilke endringer som kan påvises i sammensetningen av tjenester (7.2). Deretter diskuteres det hvilke deler av forsøket som har ført til de påviste endringene. Avslutningsvis diskuteres det hvorvidt forsøket har gitt økt likebehandling og riktige behovsdekning.

7.1 Hvordan har forsøket påvirket kommunenes tildelingspraksis?

Et av hovedformålene med forsøket var å gjøre tildelingspraksisen mer profesjonell. Mye tyder på at forsøket så langt har bidratt til en betydelig kvalitetsheving av arbeidet med tildeling av tjenester. Dette avsnittet gjennomgår nærmere hvilke effekter forsøket ser ut til å ha hatt på tildelingsprosessen.

Resultatene i Figur 7-1 oppsummerer det mange andre kilder viser, nemlig at forsøket har hatt stor påvirkning på kommunens tildelingspraksis.

Figur 7-1 Deltakelsen i forsøket har medført merkbare endringer i kommunens tildelingspraksis¹⁸



Dette er et funn som bekrefter det som framkom i fjorårets rapport, og som støttes opp både av de ulike spørsmålene i spørreundersøkelsen (se kapittel 5.2 til 5.4), og av intervjuene gjort i kommunene.

Nullpunktmålingen i 2016 viste at de ansatte generelt sett var fornøyd med de ulike sidene av tildelingsprosessen, og at de ansatte i C-kommunene i gjennomsnitt ga høyere score enn ansatte i A- og B-kommunene. I undersøkelsen i 2017 så man at det overordnede bilde var mye av det samme, men at A-kommunene på mange av spørsmålene ga seg selv en høyere score.

Det overordnede inntrykket fra spørreundersøkelsen i 2018 er at respondentene fra A-kommunene befester seg på et generelt høyere tilfredshetsnivå sammenlignet med 2016, altså at de ansatte vurderer de ulike sidene av tildelingsprosessen som bedre. På enkelte faktorer, som er sentrale i forsøksordningen, vurderer respondentene i A-kommunene tildelingsprosessen som klart bedre i 2018. Det gjelder flere sider av brukermedvirkningen, bruken av søknadsskjema og kartleggings-skjema og i noen grad tverrfaglig kompetanse.

¹⁸ Vi har ingen respondenter fra Spydeberg som har svart på spørsmålet.

Resultatene viser også tegn til at forsøksordningen har påvirket respondentenes oppfatning i A-kommunene mer enn respondentene i B- og C-kommunene. Det ser altså ut til at endringen ikke uten videre kan knyttes til en generell forbedring i alle kommunene.

Undersøkelsen viser også frem områder hvor respondentene i A-kommunene er noe mer kritiske. Det gjelder vurdering av IKT-systemene og tjenstedekningen i omsorgstrappa. Begge disse er ressurskrevende å endre på, og muligens noe som ligger utenfor hva man kan forvente at forsøksordningen skal kunne påvirke.

Videre omtales noen sentrale utviklingstrekk knyttet til tildelingspraksis, som i stor grad tegner det samme bildet som i 2017.

Brukermedvirkningen i tildelingsprosessen oppleves som styrket

Den individuelle brukermedvirkning oppleves som styrket i A-kommunene. Dette innebærer blant annet at forsøkskommunene i større grad:

- innhenter informasjon om brukerens situasjon og behov
- innhenter informasjon om hva som er viktig for brukeren
- innhenter informasjon fra pårørende
- fatter vedtak som gjenspeiler brukerens behov
- dokumenterer brukermedvirkningen bedre i vedtakene

Når det gjelder brukermedvirkning på systemnivå er ikke den påvirket på samme måte.

Vi har ikke grunnlag for å bekrefte (eller avkrefte) om brukernes og pårørendes opplevelse av brukermedvirkning stemmer overens med det de ansatte i kommunen opplever. Utvalget brukere/pårørende er relativt lite, og deres opplevelse av kommunen er primært knyttet til tjenesten, ikke til tildelingsprosessen.

Økt kompetanse og samhandling i tildelingen

De fleste informantene opplever nå at kapasiteten i tildelingsenheten har kommet opp på et godt nivå, der noen i 2017 fortsatt ga inntrykk av at de var i en hektisk fase. De administrative sidene av vedtak og tildeling beskrives som mindre omfattende enn tidligere. Noen trekker imidlertid fram at forestående arbeid med kommunesammenslåing trekker en del ressurser.

De fleste A-kommunene rekrutterte allerede i 2017 slik at de fikk større faglig bredde i teamet, og dette påvirker også de ansattes opplevelse av tilgang til riktig fagkompetanse.

Samarbeidet med de ansatte i økonomifunksjonen beskrives fortsatt som godt. Samarbeidet med utførerenheter og eksterne aktører (f.eks. spesialisthelsetjenesten, NAV mv.) – som i 2017 framstod som uendret – beskrives nå som styrket.

A-kommunene har i snitt økt tildelingsenhetene med om lag 1,5 årsverk hver sammenlignet med 2015.

Bruk av samtaleguide og søknadsskjema oppleves som nyttig

Ansatte i kommunene svarer både gjennom spørreundersøkelsen og intervjuene at samtaleguiden som benyttes i kartleggingen av brukerne oppleves som et nyttig verktøy. Denne tendensen er enda sterkere i 2018 enn 2017, noe som kan tyde på at kommunene har blitt vant med å bruke verktøyet. De motforestillingene som ble presentert i 2017 knyttet til hvor omfattende skjemaet er, var i mindre grad til stede i 2018.

Videre oppleves også søknadsskjema som godt tilpasset den nye måten å tildele tjenester på.

Sjekklistene oppleves i mindre grad som nyttige i tildelingsprosessen.

Styrket vedtakspraksis

Både spørreundersøkelsen og intervjuene gir et entydig bilde av at kvaliteten på vedtakene er styrket. Dette gjelder blant annet at de:

- revurderes hyppigere og mer systematisk
- har høyere forvaltningsfaglig kvalitet
- er tydeligere på hvilke mål som settes for brukeren
- står i bedre forhold til de tjenestene som faktisk utføres

Oppryddingen som har blitt gjort i koder og den løpende rapporteringen til Helsedirektoratet har hevet kvaliteten på dataene, og gjør at kommunene i større grad enn tidligere stoler på egen vedtaksstatistikk. Nye verktøy gjør det også enklere å sammenholde vedtak og timelister, noe som gir en viss kontroll med at vedtak faktisk gjennomføres. Videre har det vært arbeidet med «klart språk» for å gjøre det lettere for brukeren å forstå vedtakene.

Bedre styringsgrunnlag

De fleste informanter i kommunene trekker fram at de gjennom forsøket har fått bedre oversikt over tjenestebildet i kommunen. Dette gjelder særlig politikere, rådmenn, kommunalsjefer og ansatte/ledere innen økonomi som har fått bedre oversikt over en sektor som tidligere har framstått mer uoversiktlig. Dette henger blant annet sammen med riktigere koding av vedtak, tilskuddsrapportering og kommunens egen innsats med å kartlegge egne enhetskostnader.

7.2 Hvordan har forsøket påvirket kommunenes tjenester?

For å oppsummere hvordan forsøket har påvirket tjenestene i forsøkskommunene, tar vi utgangspunkt i indikatorene som er beskrevet i kapittel 5.1, samt dybdeanalysene som er gjort i hver enkelt kommune.

I analysen av tjenesteutviklingen er det viktig å være oppmerksom på at de fire A-kommunene er preget av en sterk vekst i aldersgruppene som har behov for pleie- og omsorgstjenester. For de fire kommunene er det i perioden fra 2014 til 2020 beregnet en vekst i behovet som følge av demografisk utvikling på 3,2 prosent i gjennomsnitt per år.

Tabell 7-1 viser en oppsummering av hvordan A-kommunene har utviklet seg i forsøksperioden på indikatorene beskrevet i kapittel 5.1. Hovedfunnene vist i tabellen viser både noen felles utviklings-trekk og områder hvor utviklingen i kommunene har vært forskjellig.

Tabell 7-1 Hovedfunn for gjennomgang av indikatorer knyttet til utvikling av tjenestene

Indikator	Hobøl	Lillesand	Os	Stjørdal	Hovedbildet
Utgifter til personer med nedsatt funksjonsevne	Høyt nivå, svak vekst	Høyt nivå, svak vekst	Lavt nivå, sterk vekst	Lavt nivå, sterk vekst	Konvergerende tjenestenivå
Utgifter til personer med psykiske problemer og rusproblemer	Lavt nivå, sterk vekst	Lavt nivå, sterk vekst	Lavt nivå, sterk vekst	Høyt nivå, svak vekst	Konvergerende tjenestenivå
Utgifter til eldre mv	Sterk vekst for institusjon og hjemme-tjenester	Sterk vekst for institusjon og hjemme-tjenester	Sterk vekst for institusjon og hjemme-tjenester	Sterk vekst for institusjon og hjemme-tjenester	Økte utgifter til både institusjon og hjemmetjenester

Andel utgifter brukt på institusjon	Økning	Økning	Økning	Økning	Brudd i trend fra før forsøket startet
Bruttoutgifter per oppholdsdøgn	Økning	Økning	Økning	Økning	Viktigste forklaring til økte utgifter institusjon
Langtidsopphold på sykehjem	Reduksjon	Reduksjon	Svak økning	Reduksjon	Reduksjonen fra før forsøket startet er forsterket
Lege- og fysioterapitimer på sykehjem	Mindre fysioterapi, styrket legetjeneste	Stabilt på fysioterapi, styrket legetjeneste	Stabilt på fysioterapi, styrket legetjeneste	Styrket fysioterapi, stabilt på legetjeneste	Stabilt på fysioterapi, styrket legetjeneste
Korttidsopphold på sykehjem	Økning	Svak reduksjon	Økning	Økning	Betydelig styrking av korttidstilbudet
Gjennomstrømming for korttidsplasser	Noe svakt nivå og svekkelse	Styrking	Svekkelse	Svært god og betydelig styrking	To kommuner med styrking og to med svekkelse
Helsetjenester i hjemmet: Antall brukere	Økning	Økning	Økning	Økning	Økningen fra før forsøket startet er forsterket
Helsetjenester i hjemmet: Tildelte timer i uken	Lavt nivå, sterk vekst	Lavt nivå, sterk vekst	Høyt nivå, reduksjon	Høyt nivå videreført	Konvergerende tjenestenivå
Praktisk bistand - daglige gjøremål: Antall brukere	Stabilt	Svak økning	Økning	Reduksjon	Reduksjonen fra før forsøket startet er stoppet opp
Praktisk bistand - daglige gjøremål: Tildelte timer i uken	Høyt nivå, reduksjon	Lavt nivå, reduksjon	Middels nivå videreført	Lavt nivå, reduksjon	Betydelig reduksjon
Dekning eldre	Redusert dekning i alt og for institusjon	Uendret dekning	Færre med institusjon og flere med tilbud i hjemmet	Redusert samlet dekning og i hjemmet	Flere eldre klarer seg selv, færre på sykehjem
Fagkompetanse i tjenestene	Lav, styrket	Høy, redusert	Middels, styrket	Høy, styrket	Styrking i tre av fire kommuner
Ventetid sykehjemsplass	Fortsatt svært kort ventetid	Fortsatt lengre ventetid enn landet	Fortsatt kort ventetid	Fortsatt svært kort ventetid	Kort ventetid i tre av fire kommuner
Liggedager utskrivningsklare pasienter	Fortsatt lavt nivå	Kraftig økning	Kraftig økning	Fortsatt lavt nivå	To kommuner med økning, to med fortsatt lavt nivå

Hovedfunnene vist i tabellen over viser at det har vært noen felles utviklingstrekk, men også områder hvor utviklingen i forsøkskommunene har vært forskjellig. Den videre drøftingen er knyttet til noen hovedkonklusjoner som går på tvers av de ulike indikatorene.

Økte kostnader til pleie- og omsorgstjenester for samtlige brukergrupper

Jevnt over har A-kommunene hatt en betydelig økning i kostnader til de fleste brukergrupper. Samlet sett har brutto utgifter økt med ca. 15 prosent for de fire kommunene. Deler av dette skyldes den demografiske veksten blant eldre brukere som det ble pekt på innledningsvis. Samtidig er dette neppe den eneste forklaringen.

Tabell 7-2 Bruttoutgifter 2015-2017 fordelt på tre brukergrupper for A-kommunene. Millioner kroner

Gruppe	Hobøl			Lillesand			Os			Stjørdal			Alle A		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
I alt	106	115	124	220	226	246	311	346	381	412	437	456	1 050	1 123	1 207
<i>Personer med nedsatt funksjonsevne</i>															
- under 18 år	5	3	3	6	8	12	11	12	16	14	15	16	36	38	46
- over 18 år	40	42	42	71	67	72	98	107	114	83	105	106	292	320	334
<i>Personer med psykiske problemer og rusproblemer</i>															
- under 18 år	1	2	2	3	0	0	0	1	1	0	0	0	4	3	4
- over 18 år	5	9	10	14	17	21	32	44	48	68	56	59	120	126	137
<i>Eldre mv.</i>															
- institusjon	34	36	40	89	96	100	57	63	73	70	72	81	249	266	294
- bolig med døgnsor	1	0	0	0	0	0	68	70	78	124	131	133	194	201	211
- andre hjemmetjenest	21	24	28	36	39	42	44	48	51	54	58	60	155	169	180

Videreført satsing på hjemmebaserte tjenester

I mange kommuner er selvhjulpne brukere et viktig mål. I de fire A-kommunene er det nå en større andel eldre som klarer seg selv uten tjenester fra kommunen. Andelen innbyggere over 80 år som er beboere på sykehjem har sunket fra 10,1 til 7,9 prosent fra 2015 til 2017 i A-kommunene. Dette kan tyde på at kommunene i større grad har prioritert hjemmebaserte tjenester framfor institusjon.

For tjenester i hjemmet har andelen vært stabil på ca. 33 prosent i A-kommunene fra 2015 til 2017. For B-kommunene er situasjonen relativt uendret fra 2015 til 2017 både på institusjon og hjemmebaserte tjenester.

Mange av indikatorene viser at det er satset mer på hjemmetjenester:

- Det har vært en betydelig vekst i utgiftene til hjemmebaserte tjenester for eldre
- Den langsiktige utviklingen med flere brukere av helsetjenester i hjemmet har blitt forsterket etter at forsøket startet (selv om andelen over 80 år med slike tjenester har holdt seg stabil)
- Gjennom hele perioden har det vært en tendens til en økning i antall korttidsplasser og en reduksjon i antall langtidsplasser. Denne tendensen ser ut til å bli forsterket de to siste årene med en særlig sterk vekst for korttidsplassene. Økningen i korttidsplasser i A-kommunene kan altså være et uttrykk for en satsing på at brukerne skal klare seg hjemme.
- Gradvis utbygging av spesialiserte funksjoner innen hjemmetjenestene har styrket kompetansen om de særskilte behovene til ulike brukergrupper. Bedre kompetanse har gitt et tilbud av bedre kvalitet og kanskje også gjort det mulig for flere å bo hjemme.
- Redusert andel eldre over 80 år på sykehjem og ingen særlig endring i antall oppholdsdøgn på sykehjem på tross av flere eldre innbyggere i kommunene.

Betydelig økning i enhetskostnad på sykehjem

For alle de fire kommunene har andelen utgifter brukt på institusjon økt. Utviklingen fra 2015 til 2017 bryter med den langsiktige trenden både for de fire A-kommunene og resten av landet. Antall sykehjemsplasser er på omtrent samme nivå i 2017 som i 2015 og derfor ikke en forklaring til at trenden har blitt brutt. Hovedforklaringen er derfor at enhetskostnaden per oppholdsdøgn har økt.

Fra 2015 til 2017 økte A-kommunene i snitt kostnaden per oppholdsdøgn med 21 prosent, fra 3 092 til 3 745 kr.

Det er flere mulige forklaringer til hvorfor bruttoutgiftene per oppholdsdøgn har økt:

- Bemanningen ha blitt styrket helt bevisst for å kunne gi en bedre tjeneste til pasientene, i form av høyere bemanning per bruker, flere aktiviteter mv.
- Forsøkskommunene har hatt en viss økning i andelen korttidsplasser. Dette kan være noe av forklaringen siden korttidsplassene jevnt over er noe dyrere i drift enn langtidsplassene.
- Reduksjonen i andel eldre som er på institusjon kan reflektere at terskelen for å flytte til institusjon har økt. Dette kan innebære at pleiebehovet per beboer på institusjon øker.
- Som det fremkommer i kapittel 5.1.8 har antall legetimer per uke per beboer på sykehjem økt fra 0,49 til 0,77 i A-kommunene. I tillegg til å utgjøre en ekstra kostnad i seg selv kan det også være et tegn på at brukerne på sykehjem har et større pleiebehov enn tidligere.
- Ved fravær er det vanlig at ikke alle vaktene blir erstattet. Økte utgifter kan være et resultat av at det har blitt mer vanlig å fylle ledige vakter, og at dette har blitt gjort som følge av at økonomien har blitt styrket gjennom forsøket. Det trekkes fram i flere intervjuer at midlene fra forsøket har gjort det lettere å bruke vikar, og kjøpe private sykehjemsplasser.
- For at bruttoutgiftene skal holdes på samme nivå, er det nødvendig at bemanningen reduseres i takt med reduksjonen i pasienter. En mulighet kan være at det ikke er foretatt en slik reduksjon, noe som kan ha flere forklaringer. Dersom kommunene ikke er sikre på om reduksjonen i bruken av plasser er permanent, kan det være at man ikke uten videre reduserer bemanningen. Videre kan det være krevende å redusere bemanningen dersom reduksjonen i bruken av plasser er spredt på mange avdelinger.
- I en situasjon med fallende antall pasienter, er det nødvendig med overordnet styring dersom man ønsker at rammene til enhetene skal endres i takt med endringer i aktiviteten. Her er det mulig at kommunene verken har tilstrekkelig bevissthet om disse forholdene eller har etablert den nødvendige styringen. Dette kan igjen være et resultat av at kommunenes økonomi har blitt styrket gjennom forsøket.

Konvergerende tjenestenivå på noen områder

På noen områder kan det se ut som de fire A-kommunene har blitt likere med tanke på tjenestenivå, i form av at de som har hatt et lavt kostnadsnivå har økt, mens de som har hatt et høyt kostnadsnivå har redusert. Dette gjelder:

- *Tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne:* Både Hobøl og Lillesand har hatt svakere vekst enn pris- og kostnadsveksten i kommunesektoren fra 2015 til 2017. Begge kommunene lå høyt i utgangspunktet. Vekst har vært sterk for Os og Stjørdal, som var blant kommunene som lå lavt.
- *Tjenester til personer med psykiske problemer og rusproblemer:* For denne gruppen har det fra 2015 til 2017 vært en sterk vekst for Hobøl, Lillesand og Os og reduksjon for Stjørdal. I 2015 lå utgiftene i Stjørdal betydelig høyere enn de andre tre kommunene.
- *Tildelte timer til praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet.* A-kommunene tildeler i snitt omtrent like mange timer helsetjenester i hjemmet i 2017 som i 2015. Det har vært en økning for Hobøl og Lillesand som lå lavest i 2015, og en reduksjon for Os som lå høyest i 2015.

Det er uvisst i hvilken grad denne utviklingen har skyldtes kommunenes deltagelse i forsøket. Det er mulig at kunnskapen som følger av deltagelse i forsøket har gjort kommunene bedre i stand til å identifisere og justere tjenester hvor det er unormalt høye eller lave kostnader. En annen mulighet er at ryddejobben som ble gjort ved oppstart av forsøket har gitt riktigere koding, og at differansen i utgangspunktet skyldtes dette.

7.3 Hvilken del av forsøket har gitt endringer i tildelingspraksis og tjenester?

Dette kapittelet vurderer hvilke deler av forsøket som kan forklare utviklingstrekkene vi har påvist i kapittel 7.1 og 7.2.

Intervensjonen som forsøket utgjør består grovt sett av tre deler:

- ▶ **Endret finansieringsmodell.** Helse- og omsorgstjenester i A-kommuner har i stor grad blitt finansiert gjennom enhetspriser for ulike tjenester, mens B-kommuner har fått et tilskudd fra staten som utgjør en budsjetttramme for disse tjenestene. Dette har erstattet kommunens tidligere utgifter til helse og omsorg. Begge modeller har inkludert et inntekstpåslag på 4 prosent. For analysens del opererer vi med to separate effekter av finansieringsmodellen:
 - **Innretning av finansieringsmodell.** Ved å (delvis) finansiere tjenestene gjennom enhetspriser vil de økonomiske insentivene til hvilke tjenester man tildeler og hvordan tjenestene utformes, endre seg.
 - **Økte økonomiske rammer.** Finansieringsmodellen har fungert slik at den gjennomgående har gitt forsøkskommunene økte økonomiske rammer. Dette kan ha konsekvenser som potensielt er ulike fra konsekvensene som følger av endret insentivstruktur.
- ▶ **Krav til tildelingsprosessen.** A-kommuner har måttet tilfredsstillende en rekke krav til tildeling av tjenester, og de har fått nye verktøy å bruke i dette arbeidet. B-kommunene har ikke hatt tilsvarende krav.
- ▶ **Kompetanseutvikling.** Kommunene – spesielt A-kommunene – har tatt del i en kompetanse- og utviklingsprosess. De har blant annet deltatt på en rekke samlinger og arbeidet målrettet med IT-systemer, maler, rapportering, saksbehandlingspraksis mv. i samarbeid med Helsedirektoratet.

Etttersom forsøket består av flere intervensjoner er det interessant å drøfte hvilke av disse som faktisk har ført til de observerte endringene i kommunene.

Styrket kompetanse, samhandling, brukermedvirkning og bruk av verktøy i tildelingsprosessen

Når det gjelder styrkingen av kompetanse, samhandling, brukermedvirkning og bruk av verktøy i tildelingsprosessen er vår vurdering at dette hovedsakelig skyldes kombinasjonen av kompetansehevingen som har skjedd i forsøket. Kommunene har måttet tilfredsstillende en rekke krav, og blitt gitt verktøy og midler til å møte disse kravene. Kommunene har tatt del i en lang rekke aktiviteter, og blitt fulgt opp over tid. Kravene til tildelingsprosessen har stort sett harmonert med de ansattes faglige ståsted og kommunenes eksisterende strategier på området, og kommunene har selv bidratt i utviklingen av mye av materialet som har blitt brukt.

Gjennom forsøket har kommunene fått tilstrekkelig finansiering til å bygge opp kapasiteten i tildelingsenheten for å kunne møte de nye forventningene. Utover den rene tilførselen av ekstra midler er det imidlertid uklart hvilken påvirkning selve finansieringsmodellen har hatt. Vår vurdering er at disse effektene også kunne vært oppnådd gjennom mer rendyrkede kompetanseutviklingsprosjekter, uten å endre finansieringsmodell.

Styrket vedtakspraksis og styringsgrunnlag

Som beskrevet har kommunene blitt bedre til å fatte vedtak, i form av at de setter tydeligere mål, er forvaltningsfaglig bedre fundert, og revurderes hyppigere. Videre har det blitt arbeidet med riktig koding av vedtak og bedre rapportering. Økonomiavdelingene har fått en mye tydeligere rolle inn i pleie- og omsorgssektoren enn de hadde tidligere. Dette har gitt kommunene langt bedre oversikt over egne tjenester og kostnader forbundet med disse. Alle A-kommunene framhever dette som et krevende arbeid, men mener det gir store positive effekter når det først er på plass.

Vår vurdering er at disse effektene ikke bare er en følge av krav til tildelingsprosessen og kompetanseutvikling, men at de også er direkte knyttet til finansieringsmodellen. Det å gå gjennom samtlige vedtak, arbeide målrettet med datakvalitet og integrere tjenestene så tett mot økonomistyringen er et tungt administrativt løft som det er vanskelig for en kommune å gjennomføre. Vår vurdering er at slike typer oppgaver sjelden blir prioritert i kommunen fordi man da må sette av store ressurser til administrativt arbeid framfor mer brukernære tiltak. Det krever også ekspertise og samarbeid med andre. Finansieringsmodellen har imidlertid gjort det helt nødvendig å prioritere dette, siden riktig vedtakspraksis og rapportering er en forutsetning for kommunens inntekter. I motsetning til de mer brukernære delene av tildelingsprosessen mener vi derfor at denne effekten ville vært vanskeligere å oppnå uten en aktivitetsbasert finansieringsmodell tilsvarende den som benyttes i forsøket.

Generell økning i kostnader til pleie- og omsorgstjenester, særlig enhetskostnader på sykehjem

Som beskrevet i kapittel 7.2 har de samlede brutto utgiftene økt med ca. 15 prosent for de fire A-kommunene. Denne økningen er gjeldende for de fleste tjenester og brukergrupper. Selv om noe av dette skyldes demografiske effekter er dette likevel en betydelig økning i kommunenes kostnadsnivå. Mange kommuner uttrykte før forsøket at de så en risiko for at forsøket ville øke kommunens kostnader til et nivå som ikke er bærekraftig når forsøket avsluttes.

Den statlige finansieringen – med enhetspriser for en rekke tjenester – gjør at kommunene har mulighet til å fatte flere vedtak, så lenge kommunens kostnader til å drive tjenestene ikke er for høye. Insentivmekanismene i finansieringsmodellen skulle derfor isolert sett tilsi at kommunene burde vedta mange tjenester, men holde enhetskostnadene lave. Grunnen til at kommunene nå har høyere kostnader er imidlertid det motsatte: andelen som mottar tjenester er stabil eller synker, men kostnadene til drift av tjenestene (særlig institusjon) øker. Slik sett går utviklingen på tvers av det man skulle forvente.

Vår vurdering er at det er to forklaringer på denne utviklingen:

1. Den generelle økningen i midler til kommunen – beskrevet i kapittel 6 – som derfor best forklarer økningen i kostnadsnivå. Ettersom kommunenes pleie- og omsorgstjenester mottar langt mer fra staten enn de ville gjort over kommunebudsjettet har de nå råd til å prioritere både generell styrking av driften (for eksempel økt bruk av vikarer ved fravær eller lavterskel aktivitetstilbud), og til å investere i utvikling av tjenestene (f.eks. kompetansetiltak og velferdsteknologi).
2. Endret tildelingspraksis har gitt redusert bruk av institusjonsplasser og økt bruk av hjemmebaserte tjenester. Dette gjør at de som får institusjonsplass i gjennomsnitt har større pleiebehov en før. Resultatet er høyere kostnader per plass.

Videreført satsing på hjemmebaserte tjenester

I kapittel 7.2 vises det også til at andelen innbyggere over 80 med institusjonsplass går ned, og at det på tross av flere eldre ikke er flere oppholdsdøgn på sykehjem. Samtidig er det en økning i satsingen på hjemmebaserte tjenester.

Vår vurdering er at dette primært skyldes at kommunene har videreført eksisterende praksis med tanke på å satse på hjemmebaserte tjenester. Som tidligere nevnt går utviklingen i hele Norden i retning av flere som får tilbud i eget hjem og færre som får tilbud på institusjon. Ønske om en boliggingjøring av tilbudet står sterkt blant kommunene i landet og også i forsøkskommunene. Dette er nok den viktigste forklaringen til at satsingen på hjemmetjenestene har blitt forsterket også etter at forsøket startet. Slik sett er det ikke sikkert at forsøket har påvirket dette i særlig grad.

I den grad forsøket har hatt effekt har kravene til tildelingspraksis og kompetansehevingen som fulgte av forsøket styrket denne trenden, siden føringene som ligger i forsøket underbygger denne

trenden. Svarene fra våre informanter kan tyde på at noe av forklaringen også kan være at kommunene ikke vil pådra seg kostnader, som må kuttes etter av forsøket er over. Ettersom tildelte timer per bruker ikke ser ut til å øke, er det ikke grunnlag for å hevde at finansieringsmodellens insentiver til å «overprodusere» antall tildelte timer har materialisert seg i praksis.

Konvergerende tjenestenivå på noen områder

Som beskrevet i kapittel 7.2 blir forsøkskommunene likere hverandre med tanke på noen tjenester. Denne effekten vurderes som usikker.

I den grad det skjer en konvergens mellom kommunene er vår vurdering først og fremst at det skyldes at kommunene har fått innsikt og kompetanse om egne tjenester. Dette er sannsynlig siden kommunene gjennom forsøket har fått presentert egne tjenester på en helt ny måte, og lært av de andre kommunene (gjennom samlinger, erfaringsutveksling mv.). Kommuner med avvikende resultater på noen områder kan i så fall ha justert tjenestene basert på ny kunnskap. Vi har ikke grunnlag for å si noe om hvorvidt finansieringsmodellen har påvirket dette. En hypotese kan være at midlene som følger med forsøket har gitt kommunene handlingsrom til å vri tjenestene sine i en retning de ellers ikke ville hatt ressurser og kapasitet til.

Oppsummering – hvilke deler av forsøket har hatt effekt?

I tabellen nedenfor presenteres det en forenklet oppsummering av hvilke effekter vi vurderer kan tilskrives hvilke deler av forsøket.

Tabell 7-3 Vår vurdering av hvilke deler av forsøket som forklarer ulike funn

Funn / intervensjon	Innretning av finansieringsmodell	Økte rammer pga. finansieringsmodell	Krav til tildelingen	Kompetanseutvikling
Styrket kompetanse, samhandling, brukermedvirkning og bruk av verktøy i tildelingen	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt	Stor effekt
Styrket vedtakspraksis og styringsgrunnlag	Stor effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt	Stor effekt
Generell økning av kostnader til pleie- og omsorgstjenester	Ingen/motvirkende effekt	Stor effekt	Liten/ingen effekt	Liten/ingen effekt
Betydelig økning i enhetskostnad på sykehjem	Ingen effekt	Stor effekt	Liten/ingen effekt	Liten/ingen effekt
Økt satsing på hjemmebaserte tjenester	Liten/ingen effekt	Liten/ingen effekt	Liten/middels effekt	Liten/middels effekt
Konvergerende tjenestenivå på noen områder (usikker)	Usikkert	Usikkert	Usikkert	Middels effekt, men usikkert

7.4 Har forsøket gitt økt likebehandling?

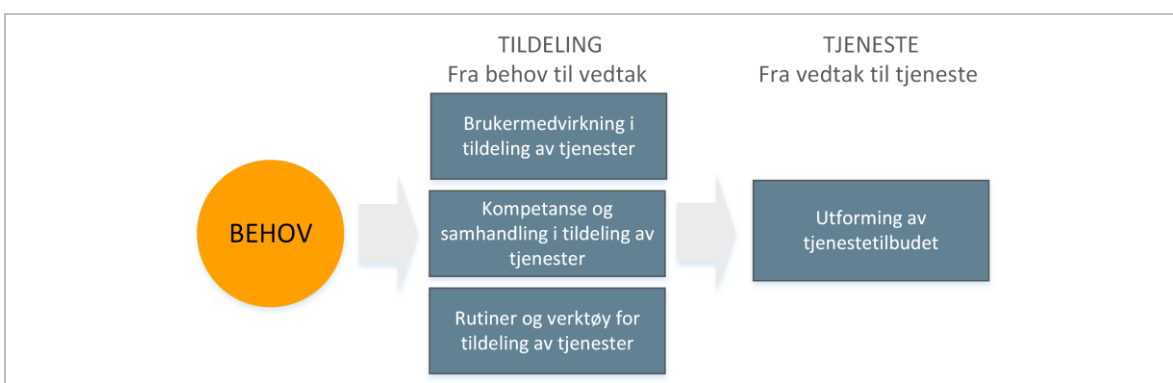
Et av hovedspørsmålene vi ønsker å besvare er om forsøket gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser. Vi har derfor studert både tildelingsprosessen og tjenestene som utføres, for å se om kommunene har blitt likere.

Når det gjelder tildelingsprosessen er det grunn til å tro at denne har blitt likere, ved at kommunene i større grad benytter de samme verktøyene, og har tilegnet seg mye av den samme kompetanse knyttet til tildeling. Imidlertid viser ikke spørreundersøkelsen noen entydig utvikling på spørsmålet om «*kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester?*», i motsetning til de fleste andre spørsmål der det vises en klar trend i positiv retning.

Ser man på utformingen av tjenestetilbudet var det i utgangspunktet store forskjeller mellom hvordan de ulike brukergruppene ble prioritert. De to siste årene har forskjellene blitt noe mindre i forsøkskommunene. Tar man utgangspunkt i kommunenes kostnader til tjenester for personer med nedsatt funksjonsevne, personer med psykiske problemer og rusproblemer og for hjemmetjenester til eldre, har disse til konvergert mot et likere nivå forsøkskommunene imellom. Det er imidlertid usikkert hva dette skyldes og hvorvidt dette kan tilskrives forsøket.

7.5 Har forsøket gitt riktigere behovsdekning for innbyggerne?

Som diskutert i kapittel 3.4 er «riktigere behovsdekning» et krevende begrep å operasjonalisere. Det henvises derfor til den konseptuelle modellen beskrevet i kapittel 3.



Figur 7-2 Konseptuell modell for forståelse av riktig behovsdekning

Som det fremgår av avsnitt 7.1 har kommunenes tildelingspraksis blitt vesentlig styrket som følge av forsøket. Blant annet kan det vises til høyere kapasitet og kompetanse i tildelingen, og nyttige arbeidsverktøy. Forsøkskommunene gjør mer grundige kartlegginger av brukerne enn de gjorde tidligere. Denne utviklingen gjelder for samtlige kommuner, og bekreftes av flere ulike kilder. Det har vært metodisk krevende å fastslå hvorvidt brukere og pårørende opplever endringen like tydelig. Det er naturlig å gå ut fra at styrket tildelingspraksis vil bidra til å gi tjenester som er mer tilpasset brukerne. Eksempelvis melder noen informanter at de i større grad «skreddersyr» pakker med tiltak til den enkelte brukere enn de gjorde tidligere.

Et annet vesentlig aspekt er at forsøket har gitt en vesentlig økning i det økonomiske handlingsrommet til de fire A-kommunene. Dette skyldes blant annet differansen mellom tilskuddssatsene og kommunens faktiske utgifter, inntektspåslaget, og den generelle mekanikken i modellen der nye aktiviteter og vedtak ofte er «selvfinansierende» for kommunens del. Kommunene har derfor kunnet prioritere en del tiltak de ellers ikke ville ha gjort. Eksempler på dette er satsinger på hverdagsrehabilitering, demensteam og lavterskeltiltak i psykiatrien. Det har også gitt kommunen

bedre mulighet til å kjøpe sykehjems plasser andre steder. Samtidig har kommunene vært bevisste på at pleie- og omsorgstjenestene etter forsøkets avslutning skal tilbake til ordinær finansiering, noe som høyst sannsynlig har begrenset den potensielle fristelsen som ligger i å fatte for mange vedtak.

Grundigere kartlegging og tildelingspraksis, kombinert med økt økonomisk handlingsrom, har etter vår vurdering styrket kommunens evne til å tilby tjenester som er riktige ut fra brukerens behov. Det er imidlertid viktig å understreke at dette ikke først og fremst er forbundet med mekanismene i finansieringsmodellen, men snarere at kommunenes pleie- og omsorgstjenester har fått mer midler til disposisjon enn tidligere.