

Helsedirektoratet

Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale omsorgstjenester (SIO)

Nullpunktmåling 2016

Rapport

9. desember 2016

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Rapportnr.: R9272

Rapportens tittel: Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale omsorgstjenester (SIO)

Ansvarlig konsulent: Kjell Egil Værnor

Kvalitetssikret av: Dag Stokland

Dato: 9. desember 2016

1 Innhold

1	INNHOLD	4
2	SAMMENDRAG	7
3	INNLEDNING	8
3.1	OM FORSØKET	8
3.1.1	Finansieringsmodeller	8
3.1.2	Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier	9
3.1.3	Kompetanseutvikling og opplæring	10
3.1.4	Kommuner i forsøket	10
3.1.5	Forventninger til forsøket	11
3.2	MANDAT FOR EVALUERINGSOPPDRAGET	12
3.2.1	Formål	12
3.2.2	Innhold	12
3.2.3	Endringer	13
4	EVALUERINGSDESIGN OG OPERASJONALISERING	14
4.1	EVALUERINGSDESIGN	14
4.2	OPERASJONALISERING AV OVERORDNEDE MÅLSETNINGER MED FORSØKET	15
4.2.1	Hvordan måle riktig behovsdekning?	15
4.2.2	Hvordan måle økt likebehandling på tvers av kommunegrenser?	18
4.3	HVORDAN MÅLE EFFEKTER AV FORSØKET OVER TID?	18
5	METODE OG DATAINNSAMLING	21
5.1	DOKUMENTGJENNOMGANG	21
5.2	CASESTUDIEN	21
5.2.1	Dokumenter i fra den enkelte kommune	21
5.2.2	Intervjuer og gruppesamtaler i kommunene	21
5.2.3	Fokusgruppe med pårørende	22
5.2.4	Telefonintervjuer med brukere	23
5.2.5	Spørreundersøkelse med de ansatte i kommunene	24
5.3	KOSTRA	24
5.4	OPPDELING AV REGNSKAPET PÅ TRE BRUKERGRUPPER	25
5.5	IPLOS	26
6	INDIKATORER	27
6.1	STRUKTURELT BEHOV FOR PLEIE OG OMSORG	28
6.2	UTFORMING AV TJENESTETILBUDET	29
6.2.1	Kommunens fordeling av utgifter fordelt på hovedtjenester	29
6.2.2	Kommunenes fordeling av utgifter fordelt på brukergupper	32
6.2.3	Historisk utvikling i sammensetning av omsorgstrappen	39
6.2.4	Utgifter over tid	40
6.2.5	Dekningsgrad for innbyggere 67–79 år	42
6.2.6	Dekningsgrad for innbyggere over 80 år	43
6.2.7	Bruk av korttidsplasser	45
6.2.8	Tildelte timer hjemmetjenesten	48
6.2.9	Spesialiserte funksjoner	49
6.3	BRUKERMEDVIRKNING I TILDELINGSPROSESSEN	50
6.3.1	Brukernes vurdering av tildelingsprosessen	50

6.3.2	Pårørendes vurdering av tildelingsprosessen	52
6.3.3	Ansattes vurdering av brukermedvirkning i tildelingsprosessen	55
6.3.4	Arenaer for informasjon og dialog med brukere og pårørende	58
6.3.5	Dokumentert brukermedvirkning	58
6.4	KOMPETANSE OG SAMHANDLING I TILDELINGEN	59
6.4.1	Bruk av fagkompetanse i tildelingsprosessen	59
6.4.2	Forvaltningsfaglig kvalitet på vedtak	60
6.4.3	Bruk av tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen	60
6.4.4	Rutiner for samhandling med relevante kompetansemiljøer	62
6.4.5	Kapasitet i tildelingsprosessen	62
6.5	RUTINER OG VERKTØY FOR TILDELING	63
6.5.1	Forhold mellom vedtak om tjenester og faktisk utførte tjenester	63
6.5.2	Organisering av tildelingsprosessen	64
6.5.3	Opplevd likhet i tildelingsprosessen	65
6.5.4	Enhetlige og faste rutiner i tildelingsprosessen	66
6.5.5	Rutiner for revurdering av vedtak	66
6.5.6	Bruk av kartleggingsskjema i tildelingsprosessen	67
6.5.7	Kvalitet på IKT-system i tildelingsprosessen	68
6.5.8	Bruk av søknadsskjema i tildelingsprosessen	68
6.5.9	Saksbehandling i tråd med Helsedirektoratets veileder	69
7	OPPSUMMERING: HVORDAN FORKLARE FORSKJELLER MELLOM KOMMUNENE?	70
7.1	HISTORISK UTVIKLING I SAMMENSETNING AV OMSORGSTRAPPEN	70
7.1.1	Omsorgstrappen belyst med tall fra KOSTRA	71
7.1.2	Andelen av utgifter brukt på institusjon som indikator på omsorgstrappen	72
7.2	MULIGE FORKLARINGER PÅ ULIKHETER I UTFORMING AV TJENESTETILBUDET	73
7.2.1	Hovedfunn	73
7.2.2	Prioritering	74
7.2.3	Tilfeldige variasjoner	74
7.2.4	Effektiv drift	74
7.2.5	Sammensetning av omsorgstrappen	74
7.2.6	Føringer fra fylkesmannsembetene	75
7.2.7	Ulik regnskapspraksis innen psykisk helse	75
7.2.8	Mulige implikasjoner av forsøket	76
7.3	MULIGE FORKLARINGER PÅ ULIKHETER I TILDELINGSPRAKSIS	76
7.3.1	Hovedfunn	76
7.3.2	Brukermedvirkning	77
7.3.3	Kompetanse og samhandling	77
7.3.4	Rutiner og verktøy	78
7.3.5	Hva kan forklare forskjeller mellom kommunene?	78
8	VEDLEGG	80

Vedlegg

Ansattes forventninger til forsøket

2 Sammendrag

Dette er den første hovedrapporten i følgeevalueringen av Helsedirektoratets forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester, også omtalt som SIO-prosjektet. Rapporten er skrevet av Agenda Kaupang og Proba Samfunnsanalyse på oppdrag fra Helsedirektoratet. Agenda Kaupang og Proba står ansvarlig for innholdet i rapporten.

Denne rapporten er en såkalt nullpunktsmåling som kartlegger status i kommunene *før* oppstart av forsøket. Rapporten evaluerer derfor ikke effekter av forsøket, men er ment som en ren referanseramme for å følge den videre utviklingen i kommunene. Forsøket løper fra 1. mai 2016 til 1. mai 2019.

Rapporten sammenligner kommunene på en rekke målbare parametere som på ulike måter belyser målene med forsøket. Det er imidlertid viktig å understreke at indikatorene i denne rapporten ikke vil brukes alene for å vurdere kommende effekter av forsøket. Denne rapporten vil derfor måtte tolkes i lys av kvalitative undersøkelser i de ulike kommunene.

Kapittel 3 gir en innledning med beskrivelse av forsøket og mandat for evalueringsoppdraget. Her redegjøres det for de ulike elementene som inngår i forsøket, herunder finansieringsmodellene, tjeneste- og arbeidsprosesskriterier, og forhold knyttet til læring og kompetanseutvikling. Selve evalueringsoppdraget beskrives også kort.

Kapittel 4 presenterer det overordnede evalueringsdesignet og diskuterer ulike forhold rundt operasjonalisering av målsetningene ved forsøket. Det diskuteres her hvordan man kan måle riktigere behovsdekning og økt likebehandling. Det gjøres også en kort diskusjon av hvilke metodiske utfordringer som vil være gjeldende når det etter hvert skal gjøres vurderinger av endringer over tid.

Kapittel 5 beskriver metode og datainnsamlingen som legger grunnlaget for funnene i denne rapporten.

Kapittel 6 presenterer indikatorsettet som ligger til grunn for rapporten, og gjennomgår kommunenes resultater på hver indikator. Første del av kapitlet (6.2) tar for seg hvordan tjenestetilbudet er utformet i hver kommune, for å kunne gi et bilde av kommunens prioriteringer og sammensetning av omsorgstrappen. Gjennomgang er i stor grad basert på regnskapstall fra kommunen, med nødvendige korrigeringer for demografiske forhold.

Andre del av kapittel 6 (6.3-6.5) går gjennom de ulike indikatorene som er knyttet til tildelingsprosessen. Avsnitt 6.3 presenterer de indikatorene som er knyttet til brukermedvirkning, basert på hvordan dette oppleves for brukere, pårørende og ansatte i kommunen. Avsnitt 6.4 går gjennom ulike forhold knyttet til kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen. Avsnitt 6.5 ser på rutiner og verktøy som på ulike måter understøtter en enhetlig tildelingspraksis.

Kapittel 7 gjør noen overordnede oppsummeringer av resultatene som presenteres i kapittel 6, både når det gjelder utforming av tjenestetilbudet og praksis for tildeling. Det gjøres også vurderinger knyttet til hvorfor de forskjellige kommunene scorer ulikt på indikatorene.

3 Innledning

3.1 Om forsøket

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 vil gi økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning av tjenester til innbyggerne.

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 den skal tilby av tjenester og hvordan den 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, Helsepersonell-loven og Forskrift om habilitering, 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

- Det tilbys tjenester som er individuelt tilpasset ut i fra den enkeltes behov
- Brukermedvirkning er satt i system

Lik tildelingsprosess

- 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 imidlertid 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.

3.1.1 Finansieringsmodeller

Kommunene som er med i forsøket vil enten delta i modell A eller B. For hver forsøkskommune har det blitt gjort et uttrekk fra kommunerammen, 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 statlige tilskudd. Øvrige finansieringskilder for omsorgssektoren, eksempelvis egenandeler, vil ikke påvirkes 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). Videre følger en omtale av finansieringsmodellen for de to modellene.

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.

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

Modell B

Kommunens egne tildelingskriterier benyttes for tildeling av omsorgstjenester. Kommuner som deltar i modell B får et øremerket rundsumstilskudd med et årlig inntektpåslag. Finansieringsordningen og rapportering er beskrevet i *IS-2392*. I modell B gis inntektpåslaget som en del av det øremerkede tilskuddet til omsorgstjenester, uten ytterligere bindinger.

Felles for begge modellene

Det årlige inntektpåslaget utgjør 4 % av kommunens uttrekk, oppad begrenset til 25 mill. kr. pr. år. Forsøket avvikles 1. mai 2019. Etter dette trappes inntektpåslaget gradvis ned. Nedtrappingen av forsøket beskrives i *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.

3.1.2 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 utførerene eller spesialisthelsetjeneste.
- *Kompetanse* i tildelingsenheten er en forutsetning for at behovsdekningen skal bli riktigst mulig. Med dette forstås både den interne kompetanse 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 rutine som benyttes i prosessen, og egne skjemaer. Vi har også forstått at det skal brukes en ny veileder for «Saksbehandling og dokumentasjon for kommunale helse- og omsorgstjenester» ved all saksbehandling i tildelingsenheten.¹

¹ Vi har forstått at ny versjon av denne veilederen fortsatt er under utarbeidelse

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.

3.1.3 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. For kommuner i modell A forplikter Helsedirektoratet i tillegg (sitat Regelverk for tilskuddsordning – forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenester):

«• være tilgjengelig for å gi råd og veiledning til kommunen om forståelsen og anvendelsen av tjenestekriteriene og arbeidsprosessene

- *bistå kommunen under planlegging og gjennomføring av forsøket*
- *bistå kommunen med informasjon til innbyggerne om betydningen av forsøket og nye kriterier for tildeling av tjenester*
- *bistå kommunen med nødvendige tilpasninger av IT-løsninger»*

3.1.4 Kommuner i forsøket

Kommuner som ville delta i forsøket måtte søke om dette til Helsedirektoratet innen 1. desember 2015. Kommunene som søkte og ble godkjent som deltagere i forsøket ble tilfeldig plassert i enten modell A eller B. Flere kommuner valgte imidlertid på et senere tidspunkt å trekke seg fra deltagelse i prosjektet. De deltagende kommunene i forsøket ble til slutt:

A-kommuner:

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

B-kommuner:

- Selbu
- Spydeberg

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 ble rekruttert av evaluator og inngår på frivillig basis, uten å inngå formelt i forsøket.

Kontrollkommunene er:

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

3.1.5 Forventninger til forsøket

Kommuneledelsens forventninger til forsøket

I intervjuene spurte vi representanter for politisk og administrativ ledelse hvilke forventninger de har til deltagelse i forsøket.

Motivene for og målsettingene med deltagelse varierer selvsagt fra kommune til kommune, men noe av det som synes å gå igjen er:

- *Bedre behovsdekning*
Mange av informantene er opptatt av å sikre at kommunen gir riktig behovsdekning. Dette prosjektet gir anledning til å profesjonalisere tildelingsprosessen. Det at fokuset endres fra hva den enkelte ønsker og hva kommunen kan hjelpe med, til hva som er viktig for den enkelte tillegges stor betydning.
- *Læring*
De fleste er opptatt av læring og vurderer det slik at deltagelse i SIO-prosjektet vil gi en rekke læringsarenaer både internt i egen kommune og på samlinger sammen med andre kommuner. Læring fremheves som en betingelse for god organisasjonsutvikling.
- *Handlingsrom for endring av tjenesteprofil*
Gjennomgående ser de vi har snakket med for å endre tjenesteprofilen behovet i egen kommune. For noen er situasjonen preget av at trinnene øverst oppe i omsorgstrappen bør trappes ned mens de lenger nede må bygges ut. For andre kommuner handler det om å satse på mer ressurskrevende tiltak som boliger med heldøgns omsorg. Fellesnevneren er erkjennelsen av at større endringsprosesser krever ekstra ressurser. De økonomiske incentivene i forsøket oppleves å gi handlingsrom til å iverksette slike løsninger.

Ansattes forventninger til forsøket

Helsedirektoratet skisserer at deltagelse i forsøket kan ha følgende virkninger for de ansatte i kommunene som deltar:

«Tildelingsenhetene: Det er i hovedsak de ansatte i tildelingsenheten i kommunen som vil merke endringer: De får nye verktøy (kartleggingsskjema, sjekklister osv.), og støtte til å arbeide mer med forebygging og brukermedvirkning.

Tjenestetilbydere: Alle ansatte som gir tjenestetilbud til brukere skal være med på å vurdere om tilbudet som gis er riktig i forhold til brukerens behov. De ansatte får også større ansvar for kvalitetssikring og registrering i IPLOS (individuell pleie- og omsorgsstatistikk) slik at resultatene kan brukes i kvalitetsutvikling.

Bedre samarbeid på tvers: *Prosjektet involverer også andre enheter i kommunene, blant annet økonomienhetene, og kan bidra til bedre samarbeid på tvers.»*

For å få et bilde av hvilke forventninger de ansatte i kommunene hadde til forsøket, ble de i forbindelse med spørreundersøkelsen (besvart av ansatte med en rolle i tildelingsprosessen) spurt om hvilke forventninger de hadde til deltagelse i SIO-prosjektet. Hovedtendensen i svarene er at SIO-prosjektet forventes å:

- gi positive effekter for de kommunene som deltar (både A og B)
- gi merkbare forskjeller i tildelingspraksis i A-kommunene, men i langt mindre grad i B-kommunene
- gi mer enhetlige tjenester (både A og B)
- øke vektleggingen av hva som er viktig for brukeren
- til en viss grad gi et tjenestetilbud som bedre dekker hele omsorgstrappen

Det er også en tydelig tendens at de fleste forventer at SIO-prosjektet skal understøtte utviklingsprosesser kommunen allerede er inne i. Dette utgjør en metodeutfordring ved evaluering, siden kommende endringer i forsøkskommune kanskje også ville blitt iverksatt uansett.

I Vedlegg 1 ligger en nærmere detaljering av svarene.

3.2 Mandat for evalueringsoppdraget

3.2.1 Formål

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 at:

- Brukerens behov er i sentrum
 - Brukerne tilbys tjenester som er tilpasset ut i fra den enkeltes individuelle behov
 - Brukermedvirkning er satt i system
- Tildelingsprosessen er lik
 - Riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag er benyttet i behovsvurdering og tjenestetildelingen
 - Gode arbeidsverktøy er tilgjengelig i arbeidsprosessen

3.2.2 Innhold

I evalueringen skal grad av måloppnåelse, underveis og ved avslutning av forsøksordningen, vurderes. 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/uke i hjemmetjenesten, tildelte plasser i institusjon versus plasser til disposisjon
- Omfang og innretning på forebyggende omsorgstjenester
- Arbeidsmetoder i kommunene (systemtilpasning, skjema, rutiner)
- Kommunenes bruk av inntektspåslaget

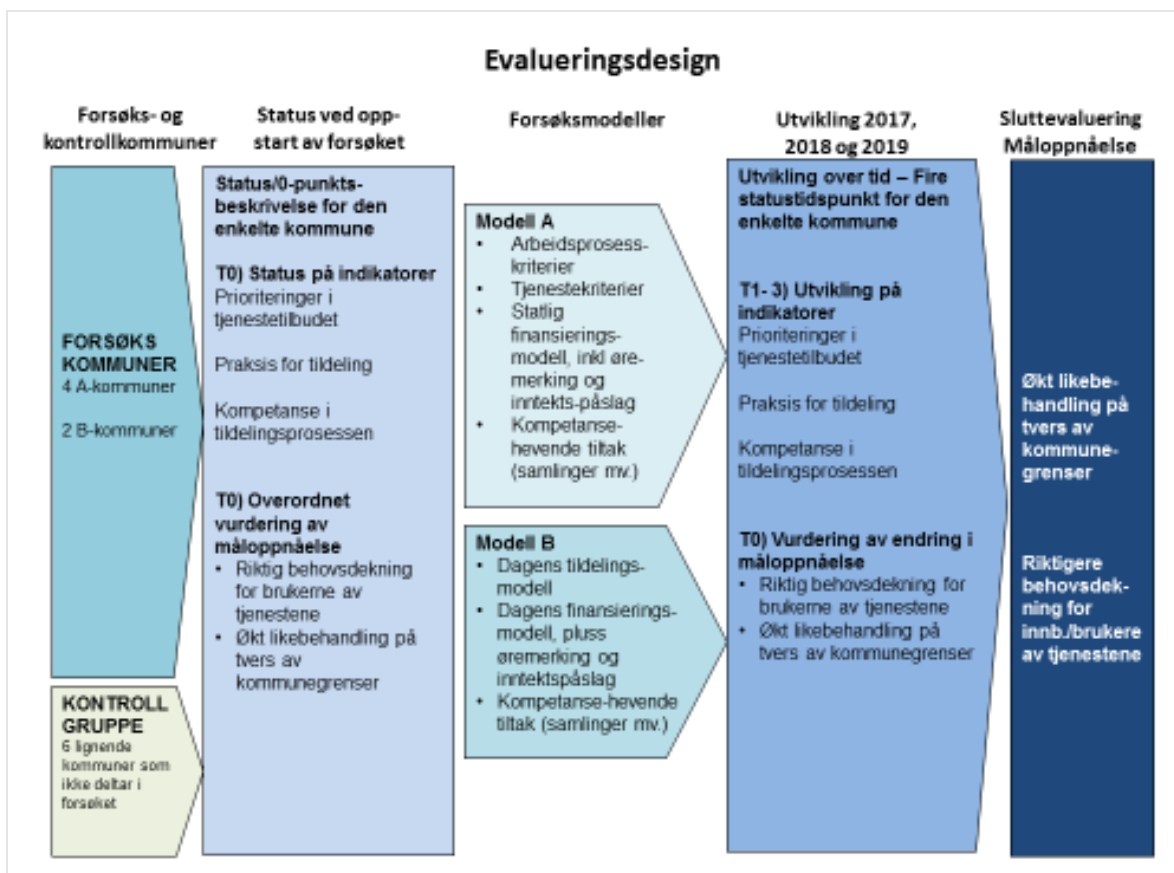
3.2.3 Endringer

Det opprinnelige evalueringsdesignet tok utgangspunkt i et forsøk med om lag 20 forsøkskommuner fordelt jevnt mellom de to modellene. På grunn av at flere kommuner trakk seg fra forsøket ble det opprinnelige designet mindre egnet. Designet ble derfor justert mot et mer kvalitativt design i dialog med oppdragsgiver.

Det understrekes at endringen først og fremst har vært knyttet til antall kommuner. Forutsetningene som gjelder for deltagende kommuner har ikke blitt endret i vesentlig grad i forhold til det som opprinnelig var forutsatt.

4 Evalueringsdesign og operasjonalisering

4.1 Evalueringsdesign



Figur 4-1: Overordnet evalueringsdesign

Figur 4-1 viser til det overordnede evalueringsdesignet for forsøket. Vi skal kartlegge og vurdere status på fire tidspunkter:

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

Målingene tar utgangspunkt i et indikatorsett som evaluatoren har utarbeidet i forbindelse med forsøket². På bakgrunn av disse indikatorene vil det vurderes om det har skjedd vesentlige endringer fra år til år, i tildelingspraksis, brukermedvirkning, 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 vil det bli lagt stor vekt på kvalitative studier av hver enkelt kommune, som er blitt dokumentert i egne dokumenter. Dette vil i

² 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.

det videre arbeidet gi grunnlag for å gå dypere inn i de endringene som eventuelt skjer i de ulike kommunene.

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

4.2 Operasjonalisering av overordnede målsetninger med forsøket

Nedenfor redegjøres det for vår forståelse av målene og operasjonaliseringer 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 måloppnåelse i 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.

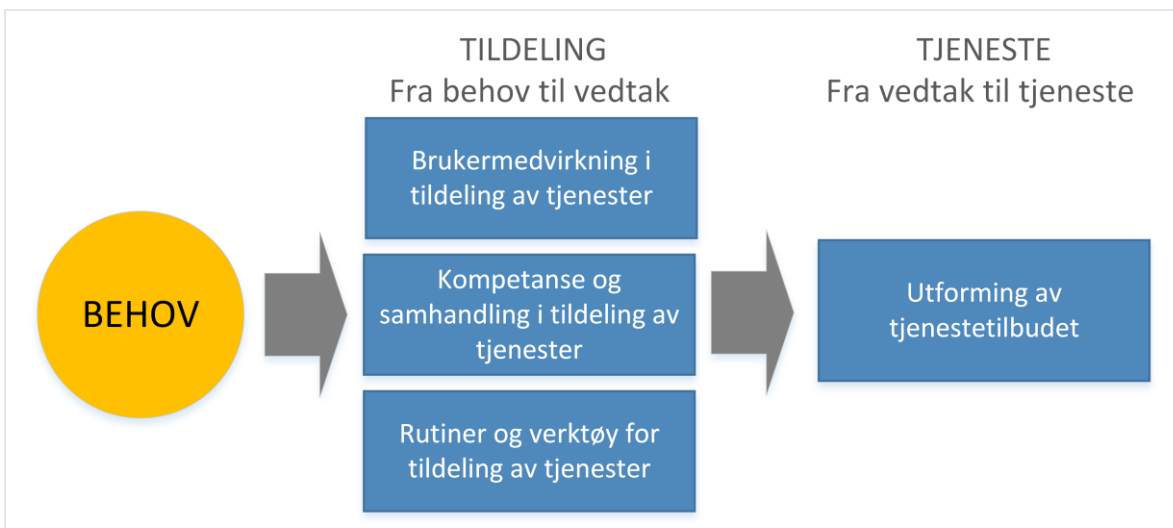
Det andre kriteriet er definisjonsmessig validitet, det vil si at de indikatorene som brukes stemmer overens med den forståelsen man har av henholdsvis økt likebehandling og riktigere behovsdekning. Den metodiske utfordringen ligger derfor i å definere indikatorer som til sammen dekker de målsettingene 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 kommunegrenser

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

4.2.1 Hvordan måle riktig behovsdekning?



Figur 4-2: Konseptuell modell av forhold mellom behov og indikatorer for måloppnåelse

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 4-2 tar utgangspunkt i ulike indikatorer som kan belyse hvor riktig behovet dekkes. Tre av hovedindikatorene vi har tatt utgangspunkt i er relatert til tildelingsprosessen, hvor det er blitt gjort en inndeling på henholdsvis brukermedvirkning, samhandling og kompetanse, samt 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 gjenspeiler det som produseres av tjenester. Her ser man kommunens tjenestesammensetning på aggregert nivå, og bruker dette til å gjøre vurderinger knyttet til hvordan brukernes behov dekkes.

Videre følger en omtale av hvordan disse hovedindikatorene 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 større 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.

Tildelingskontorene 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, utarbeides det felles rutiner og nye kartleggings- og søknadsskjema til bruk i forsøket. Disse skal gjøre at kommunene blir 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, som gjerne kan skisseres i form av en tiltakskjede eller omsorgstrapp, se Figur 4-3. 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 lengre på sykehus enn hva det er behov for, sett i forhold til en predikasjon 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 4-3: 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. Samtidig vil bistand gitt i form av forebyggende art, kunne forhindre eksempelvis innleggelse i sykehus.

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 en til en-bemanning. Hvordan kommunene dimensjonerer tiltakskjeden, arbeider etter BEON-prinsippet og vurderer brukernes helhetlige behov, kan ha svært 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.

4.2.2 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 skyldes 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.

4.3 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.

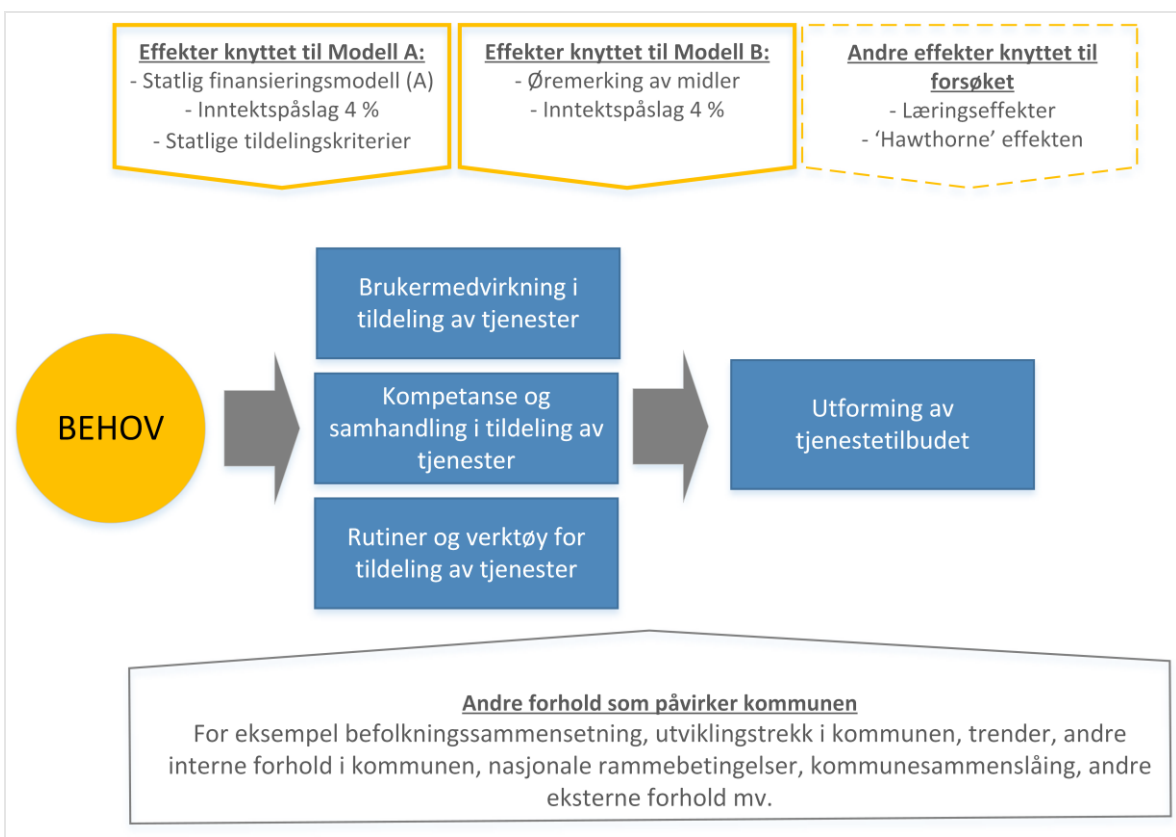
Det er mange forhold som påvirker en kommunes pleie- og omsorgstjenester. Et aspekt er relatert til endringer i nasjonale rammebetingelser og prioriteringer. F.eks. nye forskrifter, nye satsinger i statsbudsjett mv. Et annet aspekt kan være endringer i rammebetingelser i den enkelte kommune. I

forsøkskommunene blir den økonomiske rammen til pleie- og omsorgssektoren låst i forsøksperioden, men for kontrollkommunene kan lokale forhold påvirke sektoren. F.eks. kan de årlige budsjettene gi ulike prioriteringer i omfang og innhold når det gjelder tjenester. 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. Rammene for antall plasser (f.eks. i egne sykehjem, kjøp av plasser utenfor kommunen mv.) legges av kommunestyret – ikke minst i de årlige budsjettene. Også lokale satsinger/prioriteringer/prosjekter av politikere og byråkratiet kan ha betydning for kommunens pleie- og omsorgstjenester. Her kan det være variasjoner fra år til år.

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 planlegge for at tjenestene etter perioden igjen skal tilbake til kommunale rammer. Derfor vil ikke nødvendigvis praksis i forsøket nødvendigvis gjenspeile den praksisen som 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 andre 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 økte insitamenter for å satse på institusjonsplasser framfor hjemmebaserte tjenester. Samtidig kan det hende at læringsarenaene som etableres i forbindelse med forsøket, kombinert med at kommunen er gjenstand for evaluering, bidrar til den motsatte effekten.



Figur 4-4: Noen forhold som kan påvirke kommunens score på ulike indikatorer

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 vil det i de videre målingene legges vekt på kvalitative observasjoner knyttet til forsøkskommunene, f.eks. om kommunen har dokumenterte endringer i praksis eller planer som har direkte relasjon til f.eks. inntektsmodellen eller kriteriesettet.

Videre vil alle endringer i kommunene måles 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.

Mer dyptgående diskusjoner rundt metodiske problemstillinger vil først bli gjort ved rapporteringen i 2017 i vurderingen av foreløpige effekter av forsøket.

5 Metode og datainnsamling

5.1 Dokumentgjennomgang

I forbindelse med oppdraget har et stort antall skriftlige kilder blitt gjennomgått. Dette inkluderer blant annet Helsedirektoratets materiale knyttet til forsøket (Rapport IS – 2391³, Rapport IS - 2392⁴, Hdir 11/2015⁵ og Veileder IS-2442⁶), samt utredninger og forskning på pleie- og omsorgs-sektoren og på finansieringsmodeller innen offentlig sektor.

5.2 Casestudien

Forsøket består av fire A-kommuner (Hobøl, Os, Stjørdal og Lillesand), to B-kommuner (Selbu og Spydeberg) og seks kontrollkommuner⁷ (Østre Toten, Oppdal, Våler (i Østfold), Fjell, Trøgstad og Søgne). Disse kommunene utgjør tilsammen vår casestudie.

Vi har innhentet synspunkter på, og erfaringer med kommunenes tildeling av tjenester fra mange ulike ståsted. I tillegg til skriftlige dokumenter og intervjuer med ansatte i kommunene har vi innhentet erfaringer og synspunkter fra brukere og pårørende. I forsøkskommunene (A og B kommunene) har vi gjennomført både fokusgrupper og telefonintervjuer med brukere, mens i kontrollkommunene har vi kun gjennomført fokusgrupper under våre besøk i kommunene. Et sammendrag av case-studiene er gjort i egne kommunerapporter.

5.2.1 Dokumenter i fra den enkelte kommune

I alle casekommunene har vi systematisk gått igjennom materiale som belyser kommunens pleie- og omsorgssektor. I tillegg til årsmeldinger og budsjett dokumenter for kommunen som helhet, og for sektoren spesielt, foreligger det i de fleste kommunene også pleie og omsorgsplaner e.l. som identifiserer utfordringer og eventuelt kommer med forslag til endringer. Materialet har gitt oss en god forståelse av rammebetingelser og situasjonen i den enkelte kommune.

5.2.2 Intervjuer og gruppesamtaler i kommunene

To personer fra prosjektteamet besøkte hver A, B og C-kommune i to dager i perioden april–juni 2016. De mest relevante personene/funksjonene vi ønsket å intervjuer var følgende:

- Sentrale politikere; Ordfører, leder av kontrollutvalget og leder av sektorutvalg
- Rådmann
- Kommunalsjef(er) i omsorgstjenesten
- Enhets- og virksomhetsledere
- Økonomi/budsjettfunksjon
- Leder og ansatte ved tildelingsenheten
- Stabs/utviklingsfunksjon(er) i sektoren

³ Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester Kriterier for tildeling av omsorgstjenester – Arbeidsprosess, rutiner og verktøy – Tjenestekriterier

⁴ Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenester Finansieringsmodell for omsorgstjenester – Prismodell – enhetspriser, Inntektspåslag, Tilskudd og utbetaling, Informasjonsinnhenting

⁵ Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester – Samarbeidsavtale mellom kommune og Helsedirektoratet – Modell A og Modell B

⁶ Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3–6 og 3–8

⁷ Også referert til som C-kommuner

Etter dialog med den enkelte kommune ble informantgruppen utvidet og tilpasset kommunens organisering. I de fleste kommuner ble det også inkludert informanter fra førstelinjen. Det kunne være ergoterapeut, samt 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 riktig tilfang av erfaringer i kommunene.

Følgende spørsmål dannet rammen for intervjuene/gruppesamtalene:

1. Hvor godt opplever de ansatte at omsorgstjenestene dekker brukernes behov?
2. Hva er forklaring for dagens prioritering av typer tjenester, hva skulle kommunen ha gitt mer av og mindre av, og hva vil kommunen satse på fremover?
3. Hvor god er sammensetning av tjenester langs omsorgstrappen i kommunen?
4. I hvilken grad spesifiserer de ulike vedtakene hvor mye ressurser som skal brukes og vil vedtakspraksis endres som følge av forsøket?
5. Hvordan vurderes ordningen med utskrivningsklare pasienter etter start av prosjektet?
6. I hvilken grad vil de nye tildelingskriteriene føre til merarbeid for kommunene?
7. Hvordan praktiseres revurdering av vedtak?
8. I hvilken grad er utførerenhet(er) involvert i vedtaksprosessen?
9. Hvordan sikres sammenheng mellom tildelte tjenester (omfang i vedtak) og tilgjengelige ressurser i utførerenheten?
10. Hvilke metoder har kommunen for å kontrollere at tildelte tjenester er blitt utført?
11. I hvilken grad opplever de ansatte at det er samsvar mellom det som blir tildelt og det som blir utført?
12. I hvilken grad medfører de nye tildelingskriteriene merarbeid for kommunene (ikke selve ISF modellen)?
13. Hvilken tilnærming har kommunen for brukermedvirkning, hvordan involveres brukere og pårørende?
14. Hvordan vil deltagelsen i forsøket påvirke kommunens tilnærming til brukermedvirkning?
15. Hvilke dilemmaer opplever kommunen med tanke på brukerens uttrykte behov kontra faglige vurderinger?
16. Hvordan vurderes kompetansesammensetningen i tildelingsenheten, hvordan sikre tilgang til kompetanse enheten selv ikke har, samt hvordan bidrar utførende enheter og ev. andre instanser med kompetanse i tildelingsprosessen?
17. Hvilke rutiner har tildelingsenheten for samhandling med andre kompetansemiljøer?
18. Hvordan vurderes rolle- og oppgavefordelingen mellom ansatte internt i tildelingsfunksjonen?
19. I hvilken grad benyttes tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen?

Denne intervjuguiden ble tilpasset hva slags type informant som ble intervjuet, slik at ikke alle informanter svarte på alle spørsmål. F.eks. ble ikke politikere spurt om detaljerte forhold knyttet til tildelingsprosessen.

Totalt ble det gjennomført 77 slike intervjuer med til sammen 199 ansatte og ledere. Presentasjonen av funnene i intervjuene presenteres oppsummeres ikke i denne rapporten. Det henvises til casebeskrivelsene som er utarbeidet for hver kommune.

5.2.3 Fokusgruppe med pårørende

I hver av A, B og C-kommunene skulle kommunen rekruttere pårørende til to fokusgrupper. Hver fokusgruppe skulle bestå av 5–10 personer. Intervjuene ble gjennomført i forbindelse med kommunebesøkene. Formålet var å snakke med pårørende til brukergrupper som ikke er relevante

å intervju på telefon. Vi ønsket at de pårørende skulle ha hatt en aktiv rolle på vegne av bruker, enten som verge eller nærmeste pårørende i søknaden/forespørselen om omsorgstjenester. Vi ga beskjed om at vi ønsket at det ble rekruttert pårørende til brukere innen følgende grupper:

- Personer med nedsatt funksjonsevne
- Personer med problemer relatert til rus/psykiatri
- Eldre med heldøgns institusjonsplass
- Eldre med hjemmebaserte tjenester

De pårørende skulle representere brukere som hadde fått et vedtak om omsorgstjenester i løpet av våren 2016. Det var også ønskelig å inkludere både pårørende til brukere som har fått innvilget tjenesten de søkte om, og brukere som ikke fikk innvilget det de søkte om/fikk tilbud om noe annet enn det de søkte om.

Selv om kommunen hadde visse utfordringer knyttet til å rekruttere pårørende ble det gjennomført minst to fokusgrupper i hver kommune. I enkelte kunne det være opptil ti pårørende i fokusgruppen, mens det i andre var nede i kun en person. En forklaring på sistnevnte var at ikke alle som hadde sagt ja til å delta møtte opp til avtalt tid. Til sammen deltok rundt 150 pårørende i våre fokusgrupper.

I undersøkelsen rettet vi søkelys på tildelingsprosessen. Vi spurte om, og eventuelt hvordan de hadde opplevd at kommunen innhentet informasjon om brukers situasjon og behov, samt hvordan verge/pårørende ble trukket inn. Ble det f.eks. innhentet informasjon fra tredjepart, slik som fastlege, pårørende eller andre? Vi ønsket også å få pårørendes refleksjon til hva kommunen la vekt på i behandlingen av søknaden, og om bruker/pårørende fikk være med på å fastsette mål for tjenesten. Til slutt spurte vi om tjenestene bruker mottar er tilpasset vedkommendes behov og hvor fornøyd eller misfornøyd de pårørende var med kommunens håndtering av siste søknad.

Selv om vi var spesielt opptatt av selve tildelingsprosessen ble en stor del av samtalen viet til de pårørendes erfaringer med kommunens pleie- og omsorgstjenesten i stort. En forklaring er at det ikke var så lett for de pårørende å isolere tildelingen av tjenestene fra resten av samhandlingen med kommunen. Mange pårørende opplevde også at tjenestene ble endret uten at de var direkte involvert. Enten fordi bruker selv hadde vært trukket inn i beslutningen og/eller at justeringer ble gjort av kommunen uten en direkte involvering av den pårørende.

Etter at fokusgruppemøtet var ferdig fikk de pårørende utdelt et enkelt spørreskjema som de skulle svare på før de forlot møterommet. Skjemaet inneholdt spørsmål knyttet til siste tildelingsprosess og var i hovedsak de samme som spørreskjemaet som vi benyttet overfor brukerne (se nedenfor). En del av de pårørende valgte imidlertid ikke å svare på undersøkelsen. Blant annet fordi de ikke hadde nok kunnskap til å vurdere en konkret tjenestetildeling. Til sammen fylte 86 pårørende ut selve spørreskjemaet.

5.2.4 Telefonintervjuer med brukere

Vi la opp til å gjennomføre telefonintervju med ti brukere i hver av A og B-kommunene. Vi ba kommunen om å rekruttere hjemmeboende brukere som mottar tjenester innen «pleie og omsorg», og som ikke tilhører gruppene mennesker med nedsatt funksjonsevne eller psykisk helse/rus. Det ble vektlagt at brukerne måtte være i helsemessig stand til å gjennomføre et telefonintervju. Videre skulle brukerne ha fått et vedtak om omsorgstjenester i løpet av våren 2016. Vi ønsket både brukere som hadde fått innvilget tjenesten de søkte om, og brukere som hadde fått nei eller tilbud om noe annet.

Av personvern hensyn var vi avhengige av at kommunen tok den innledende kontakten med aktuelle brukere og klarerte at vi kunne kontakte dem på telefon. Noen kommuner opplevde det

som krevende å rekruttere brukere til et telefonintervju. Det resulterte i at noen kommuner leverte kontaktdata til færre personer enn vi forespurte. Selbu kommune lyktes ikke i å rekruttere noen i det hele tatt. Vi opplevde også at noen av brukerne vi hadde fått klarert, ikke var tilgjengelige eller ikke ønsket å delta da vi ringte. Tilsammen gjennomførte vi 31 telefonintervjuer med brukere.

I undersøkelsen med brukerne rettet vi søkelyset på tildelingsprosessen. Vi spurte om og eventuelt hvordan kommunen innhentet informasjon om vedkommendes situasjon og behov. Ble det f.eks. innhentet informasjon fra tredjepart, slik som fastlege, pårørende eller andre? Vi ønsket også å få brukernes refleksjon til hva kommunen la vekt på i behandlingen av søknaden, og om bruker fikk være med på å fastsette mål for tjenesten. Til slutt spurte vi om tjenestene de mottar er tilpasset vedkommendes behov og hvor fornøyd/misfornøyd de var med kommunens håndtering av siste søknad. På de fleste spørsmålene skulle brukerne både svare ved hjelp av en enkel skala og de skulle utdype sine svar verbalt.

Erfaringene fra intervjuene var at det var krevende å få brukerne til å svare ved hjelp av en skala. Intervjuene bar dermed i større grad preg av en samtale mellom bruker og intervjuer der bruker fikk komme med sine erfaringer og refleksjoner til kommunen. En del av brukerne hadde også utfordringer når det gjaldt å skille mellom selve tildelingsprosessen og deres erfaringer knyttet til de tjenestene de mottar fra kommunen.

5.2.5 Spørreundersøkelse med de ansatte i kommunene

En svært viktig del i vår nullpunktmåling er spørreundersøkelsen med de ansatte i berørte kommuner. Spørreundersøkelsen rettet søkelys på kommunens praksis knyttet til tildeling av tjenester og gikk til alle ansatte som har en formell rolle i tildelingsprosessen. Vi ba kommunen oppgi epostadresse 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

Vi fikk rapportert epostadresse til 180 ansatte. Fjell kommune oppgav færrest (syv epostadresser), mens Stjørdal oppgav flest med 29 epostadresser. Undersøkelsen med A og B-kommunene ble i hovedsak gjennomført i juni/juli 2016, mens undersøkelsen i C-kommunene ble gjennomført i august/september 2016. Undersøkelsen ble sendt ut via systemet Survey-Xact, og det ble purret to ganger. Vi fikk inn 139 svar som gir en svarprosent på 77.

I undersøkelsen ble det stilte 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 4.

5.3 KOSTRA

Statistikk hentet fra KOSTRA er en viktig kilde for indikatorene omtalt i avsnitt 6.2. 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.

For å gjøre det lettere å forstå sammenhengen mellom metoden og de empiriske funnene er den konkrete beskrivelsen av metoden beskrevet under avsnittene med indikatorer.

Det andre nivået i kostnadsanalysen gjelder brukergrupper i pleie og omsorg. Kommunens tjenesteregnskap (KOSTRA-funksjonene) skiller ikke mellom brukergruppene i pleie og omsorg. Pleie- og omsorgsregnskapet skiller mellom fire tjenester/funksjoner:

- 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 altfor 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 er 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.

5.4 Oppdeling av regnskapet på tre brukergrupper

I analysen for kommunene er kommuneregnskapet for 2015 delt mellom de tre brukergrupper som er avgrenset som følger:

- *Personer med nedsatt funksjonsevne:* Begrepet er brukt om mennesker som faller inn under det medisinske uttrykket «psykisk utviklingshemmet». Gruppen omfatter også 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 primærutfordringen.
- *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.

Oppdelingen av regnskapet for 2015 er gjort skjønnsmessig av økonomer og fagfolk i de enkelte kommuner, under veiledning av Agenda Kaupang. Fordelingen omfatter de fire KOSTRA-funksjonene nevnt over. Agenda Kaupang har tidligere gode erfaringer med å bruke metoden for fordeling av utgiftene i rundt 30 kommuner. I de fleste kommunene har det også vært foretatt en fordeling av brukere og årsverk på ulike typer tilbud. Unntaket er Oslo kommune, hvor det for de 15 bydelene kun er foretatt en fordeling bare av regnskapet, slik som det nå er gjort for de 12 SIO-kommunene.

I første runde sendte de 12 kommunene et detaljert regnskap for hele kommunen med informasjon fra regnskapet 2015. Regnskapet ble så tilrettelagt av Agenda Kaupang på et mer aggregert nivå. Kommunene har så 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 brukergruppene enn avgrensningen omtalt i de tre kulepunktene over.

Fordelingen omfatter noe skjønn. Erfaringen har vist at fordelingen likevel blir tilstrekkelig nøyaktig for de analysene som resultatene skal brukes til.

Det har vært foretatt en sammenlikning mellom regnskapet for 2015 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 feil som er rettet opp. I Østre Toten er 20 mill. kr. flyttet fra pleie i institusjon (funksjon 253) til pleie i hjemmet (funksjon 254). For Våler er det gjort en tilsvarende flytting av et beløp på rundt en halv mill. kr. Det er også oppdaget en god del mindre beløp som er ført på andre KOSTRA-funksjoner enn dette prosjektet omfatter. Disse opprettingene har ført til en samlet reduksjon av utgiftene på 3,5 mill. kr. Beløpet utgjør bare 0,2 % av de samlede utgiftene til pleie og omsorg for de 12 kommunene i 2015 på 1 877 mill. kr. Reduksjonen er altså av en relativt beskjeden karakter sammenliknet med de samlede utgiftene til pleie- og omsorgstjenester.

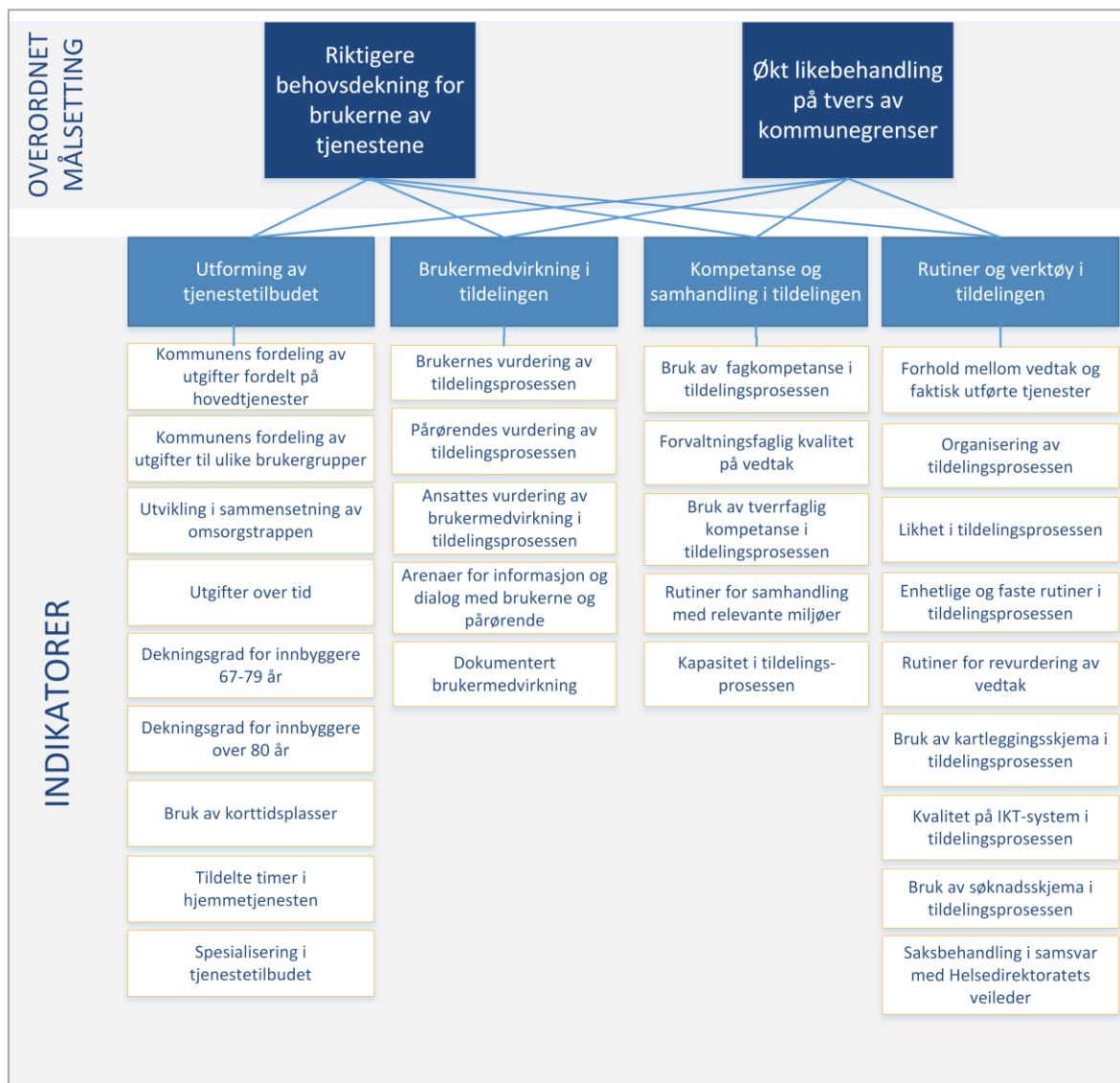
5.5 IPLOS

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 ga i oktober 2015 ut publikasjonen «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere». Dette er en årlig publikasjon med statistikk for landet som helhet. Statistikken i publikasjonen er fra IPLOS-registeret. Det vil bli bestilt tilsvarende statistikk på kommunenivå, for å belyse utviklingen for kommunene som deltar i forsøket. Normalt kan ikke cellene i tabellen offentliggjøres som følge av muligheten til å identifisere enkeltpersoner. Datatilsynet har gitt konsesjon og Helsetilsynet tillatelse til at vi får tilgang til en fullstendig statistikk. Tillatelsen ble ikke gitt tidsnok til at denne rapporten har fått med statistikk basert på IPLOS. Det er planlagt å legge frem statistikk både for 2015 og 2016 ved neste rapportering i 2017.

6 Indikatorer

Dette kapittelet gir en oversikt over hvordan de ulike kommunene scorer på hver indikator.



Figur 6-1: Samlet indikatorsett

Figuren over viser hvordan de ulike hovedindikatorerne (utforming av tjenestetilbud, brukermedvirkning, kompetanse/samhandling og rutiner/verktøy) er operasjonalisert.

Indikatorerne speiler hver hovedindikator på ulike måter. Begrunnelsen for hver indikator er gitt i videre i dette kapittelet. Indikatorerne baserer seg i stor grad på kvantifiserbare og sammenlignbare størrelser. Kvalitativ kunnskap om kommunene er brukt i fortolkning av resultatene, og dokumentert i egne kommunerapporter som ikke inngår her.

Dette kapittelet innleder med en gjennomgang av de ulike kommunenes beregnede pleie- og omsorgsbehov under avsnitt 6.1.

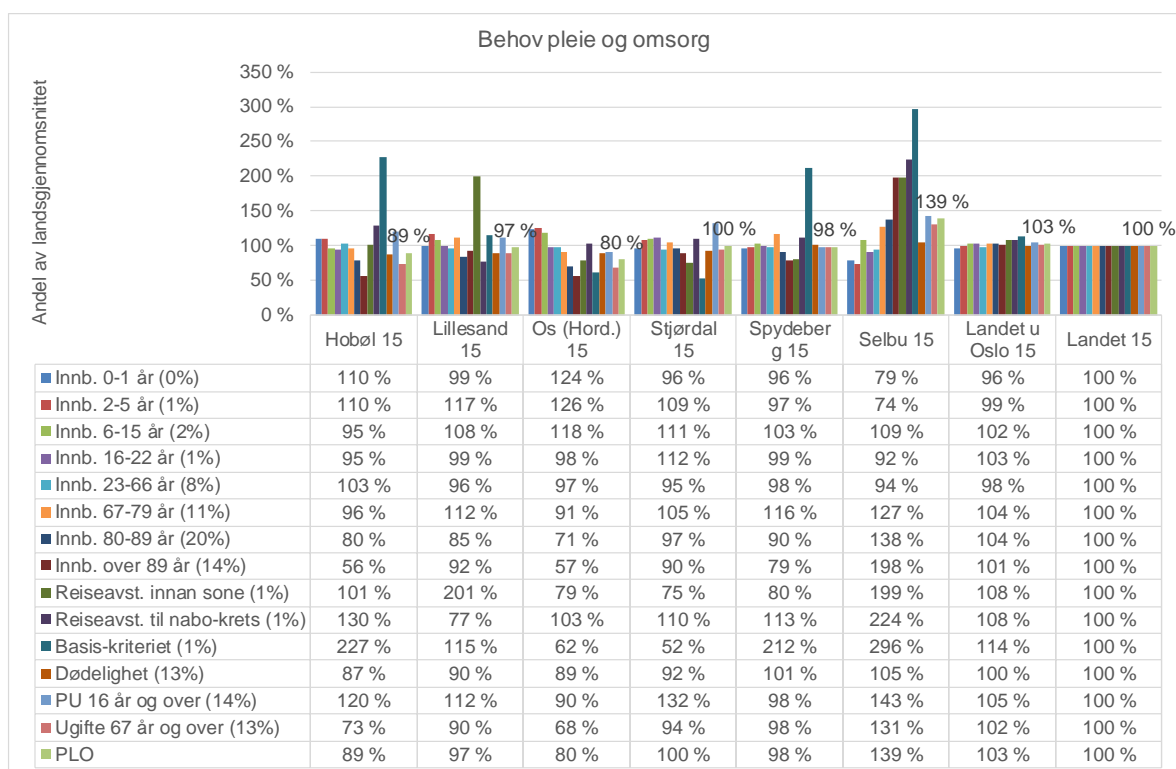
Dette legger grunnlaget for en del av de videre tolkingene av utformingen av kommunenes tjenestetilbud, som presenteres under avsnitt 6.2. Her gjøres det en grundig sammenligning av hvordan omsorgstrappen ser ut i hver kommune.

Avsnitt 6.3 sammenfatter indikatorene knyttet til brukermedvirkning, avsnitt 6.4 kompetanse og samhandling, mens avsnitt 6.5 gjennomgår rutiner og verktøy for tildeling.

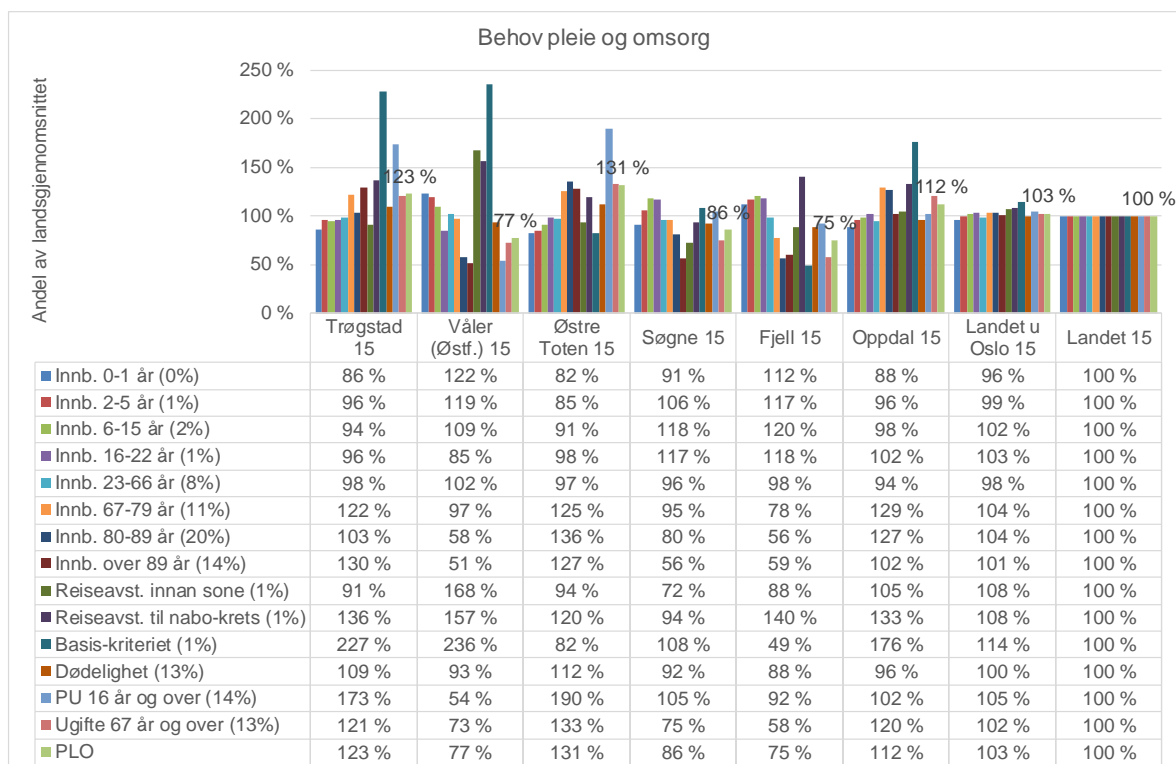
6.1 Strukturelt behov for pleie og omsorg

Det beregnede behovet for pleie- og omsorgstjenester er basert på Kommunal- og moderniseringsdepartementets kriteriesett for rammetildeling til kommunene. Her inngår i alt ti kriterier, hvorav antall eldre (tre grupper, henholdsvis 67–79 år, 80–89 år og 90 år og over) og antall psykisk utviklingshemmede over 16 år er de fire kriteriene som er tillagt størst vekt. Alle disse kriteriene og et vektet kriteriesett for PLO totalt vises i figuren. Det beregnede behovet er sammenliknet med landet som helhet (100 % = landsgjennomsnittet).

For de seks kommunene som er med i forsøket varierer det samlede beregnede behovet fra 80 % i Os til 139 % i Selbu. Sammenliknet med landet har Os en høy andel unge og Selbu en høy andel eldre. Også for kontrollkommuner er det store forskjeller i det beregnede behovet og befolkningens alderssammensetning.



Figur 6-2: Vektet kriteriesett for pleie- og omsorgsbehov i A- og B-kommuner



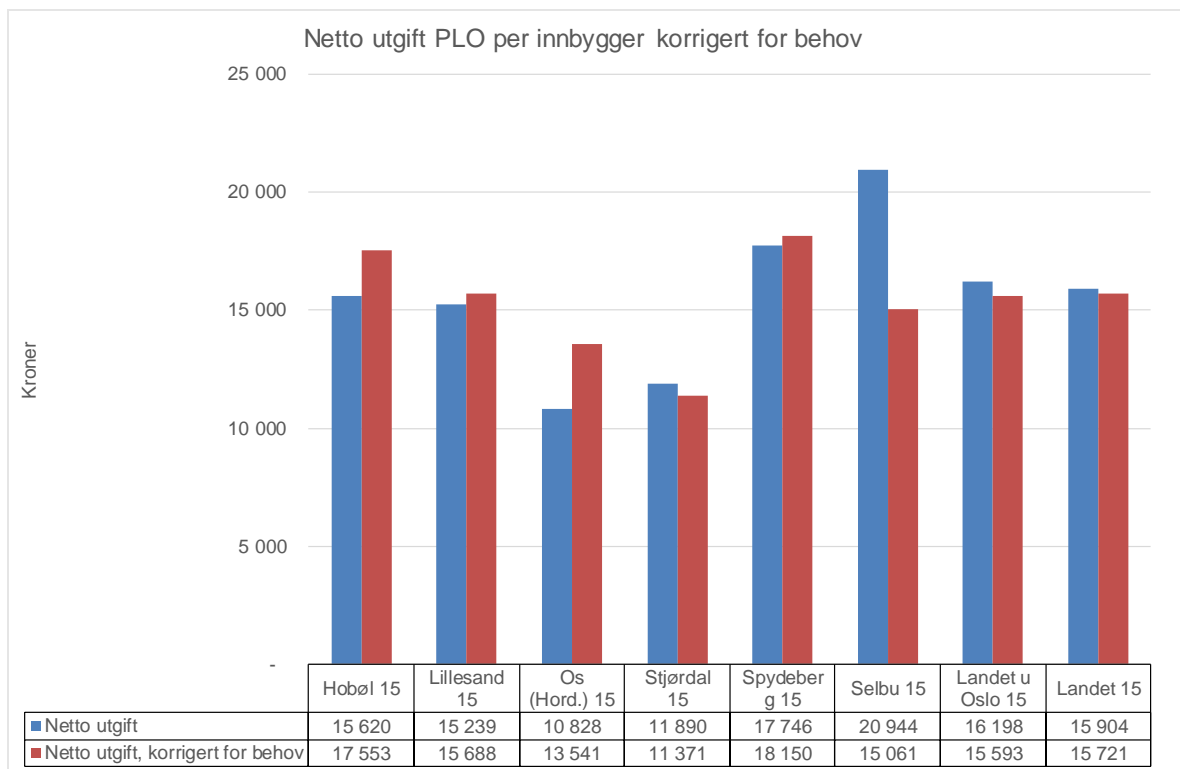
Figur 6-3: Vektet kriteriesett for pleie- og omsorgsbehov i kontrollkommuner

6.2 Utforming av tjenestetilbudet

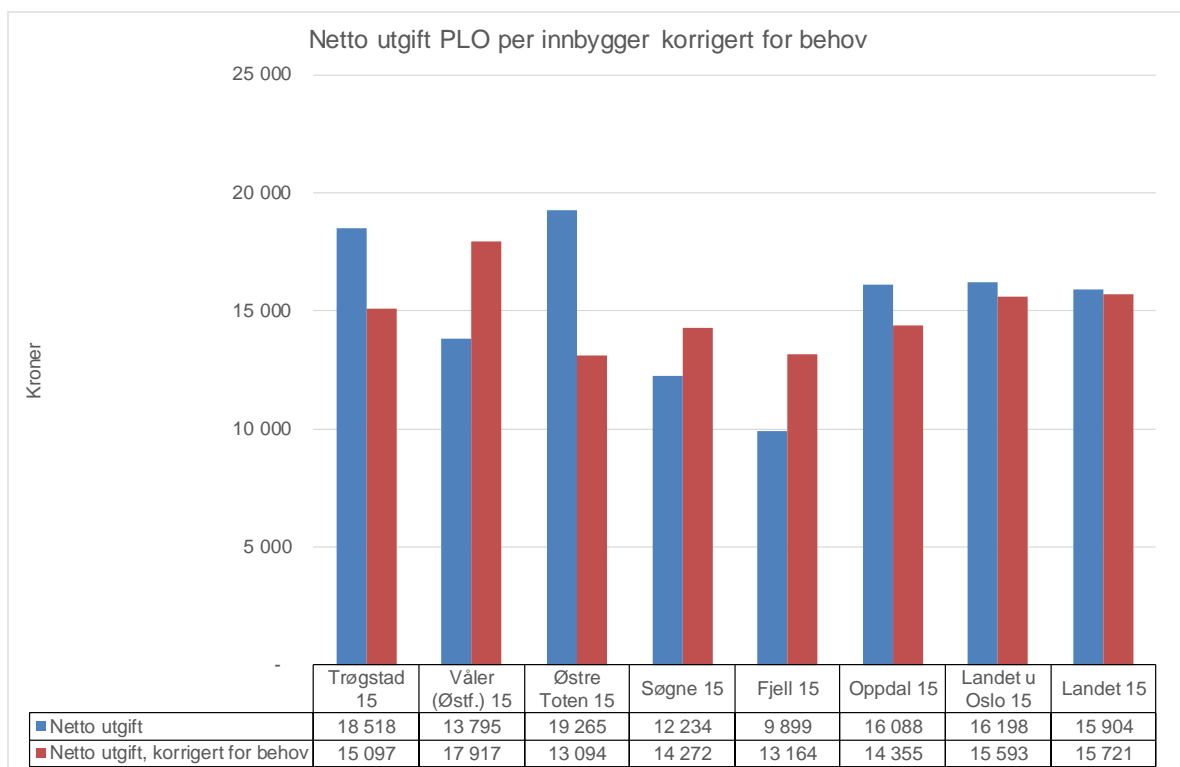
6.2.1 Kommunens fordeling av utgifter fordelt på hovedtjenester

Det beregnede behovet er brukt til å korrigere utgiftene, slik at utgiftene kan sammenliknes på tvers av kommunene. Noen forhold som kan bidra til å forklare forskjeller i de korrigerede utgiftene er nivået på kommunens inntekter, prioriteringen av pleie- og omsorgstjenestene og effektiviteten i tjenestene.

I 2015 lå nivået for de korrigerede utgiftene blant SIO-kommunene lavest i Stjørdal, med utgifter betydelig under landsgjennomsnittet. Høyest utgifter hadde Spydeberg og Hobøl. Nivået på utgiftene i Spydeberg lå på 18 150 kr., som er mer enn 50 % høyere enn Stjørdal. Det er med andre ord store forskjeller i hvor mye kommunene har brukt på de aktuelle tjenestene. Blant kontrollkommunene er det også store forskjeller i nivået på de korrigerede utgiftene.



Figur 6-4: Netto utgifter til pleie og omsorg per innbygger korrigeret for behov i A- og B-kommuner



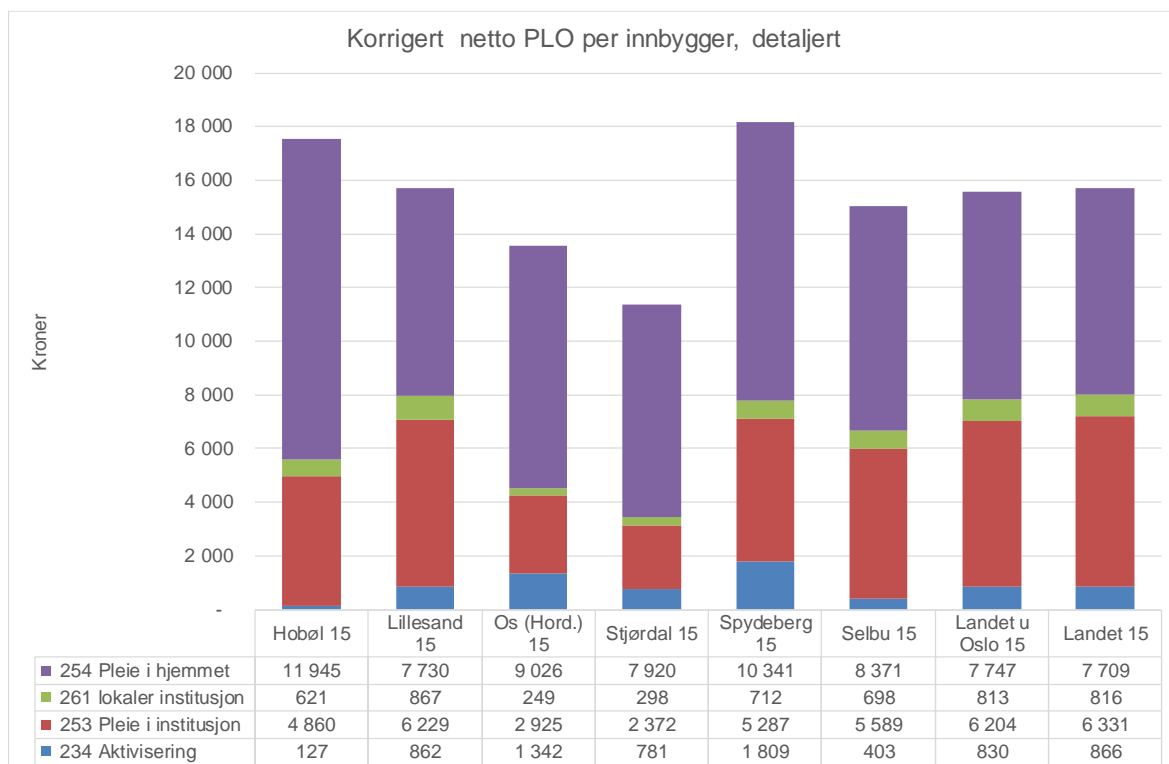
Figur 6-5: Netto utgifter til pleie og omsorg per innbygger korrigeret for behov i kontrollkommuner

De korrigerede utgiftene er fordelt på de fire KOSTRA-funksjonene innen pleie- og omsorg. Fordelingen gir en grov indikasjon på sammensetningen av omsorgstrappen. Det er planlagt å

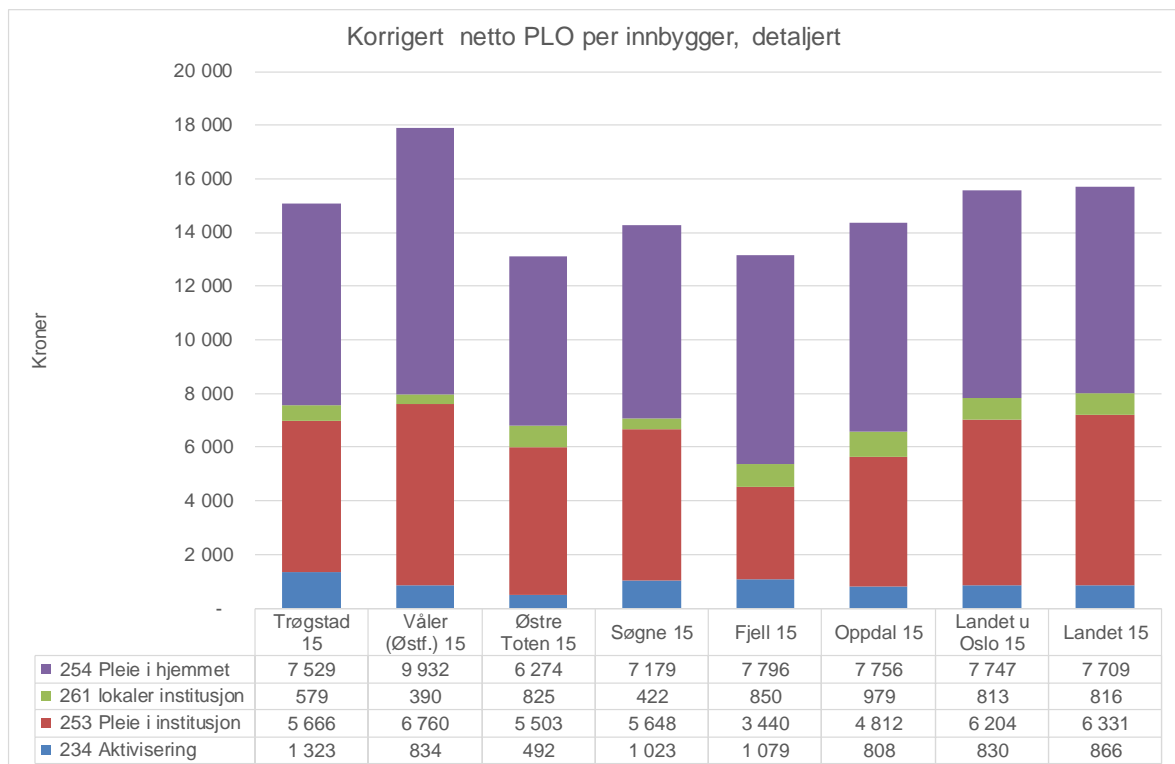
hente inn statistikk fra IPLOS-registeret, som gir detaljert informasjon om ulike tjenester i omsorgstrappen, men det vil først skje i vår rapportering i 2017.

For landet som helhet har andelen av utgifter brukt til institusjon blitt redusert fra 46,7 % i 2009 til 44,0 % i 2015. Utviklingen er et uttrykk for den økte satsingen på å gi tilbud i brukernes egne hjem som er vanlig i de fleste kommunene.

I alle kommunene er utgiftene i 2015 til hjemmetjenester høyere enn utgiftene til institusjon. Dette gjelder alle A, B og C-kommuner. I Stjørdal blir 70 % av utgiftene brukt på hjemmetjenester. Andelen er den høyeste blant kommunene i utvalget.



Figur 6-6: Korrigerte netto utgifter til pleie og omsorg per innbygger i A- og B-kommuner, fordelt på type tjeneste og korrigert for behov

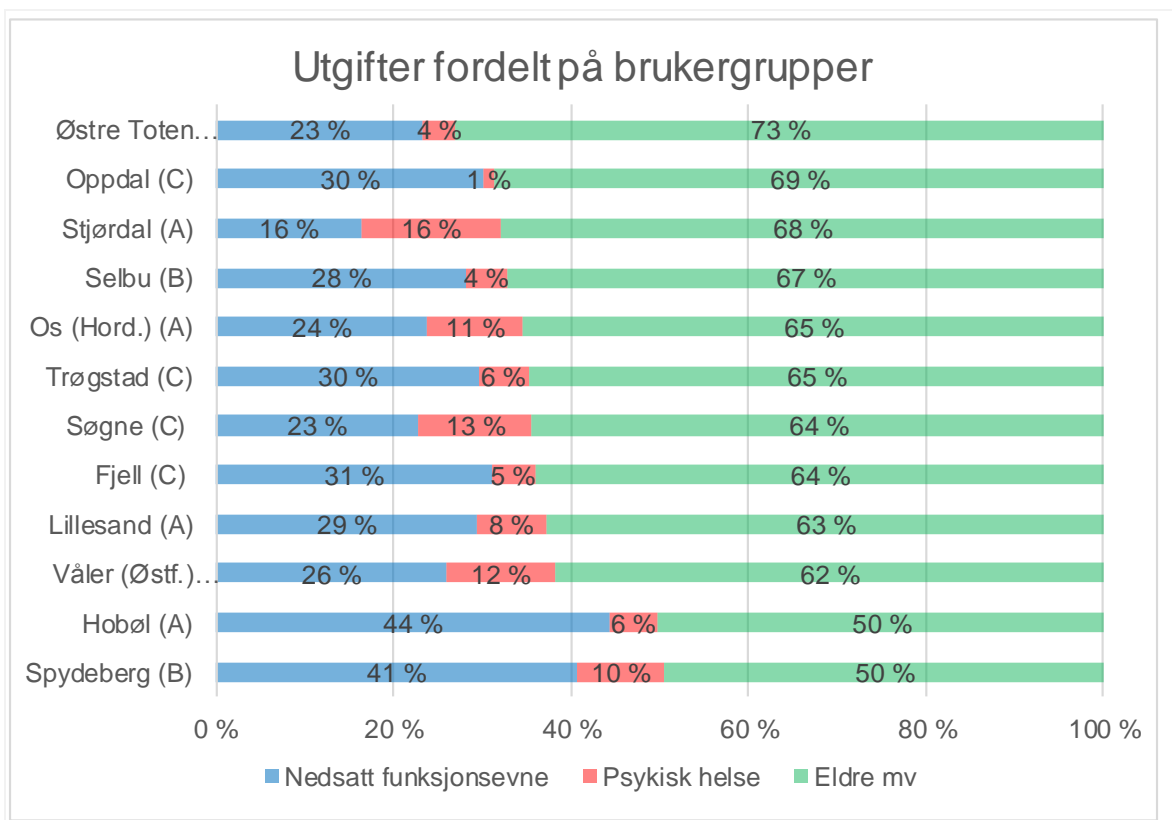


Figur 6-7: Korrigerte netto utgifter til pleie og omsorg per innbygger kontrollkommuner, fordelt på type tjeneste og korrigert for behov

6.2.2 Kommunenes fordeling av utgifter fordelt på brukergrupper

Resultatet av fordelingen

Regnskapet for 2015 er fordelt på tre brukergrupper slik det er beskrevet i avsnitt 5.4. Resultatet av fordelingen på tre brukergrupper er vist i figuren nedenfor.



Figur 6-8: Nettoutgifter 2015 fordelt på tre brukergrupper. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

Det er stor forskjell mellom kommunene i hvor stor del av utgiftene som ble brukt på de tre gruppene. Andelen utgifter som ble brukt på eldre, varierer fra 50 % (Spydeberg) til 73 % (Østre Toten). Tilsvarende andel brukt på psykisk helse varierer fra 1 % (Oppdal) til 16 % (Stjørdal). Andelen utgifter brukt på personer med nedsatt funksjonsevne varierer fra 16 % (Stjørdal) til 41 % (Spydeberg).

Forskjellene i sammensetning på brukergrupper henger sammen med at kommunene har ulik sammensetning av de tre brukergruppene. I det følgende gjør vi rede for hvordan vi har korrigert for behovet for å belyse disse ulikhetene.

Korrigerings for forskjeller i behov

I vår analyse av regnskapet som kommunene har rapportert til KOSTRA, er det foretatt en korrigerings av forskjeller i behov på grunnlag av kriteriene i det statlige inntektssystemet for 2016. Korrigeringsen er her foretatt på grunnlag av en vektet samlet faktor basert for alle kriteriene for pleie- og omsorgstjenestene.

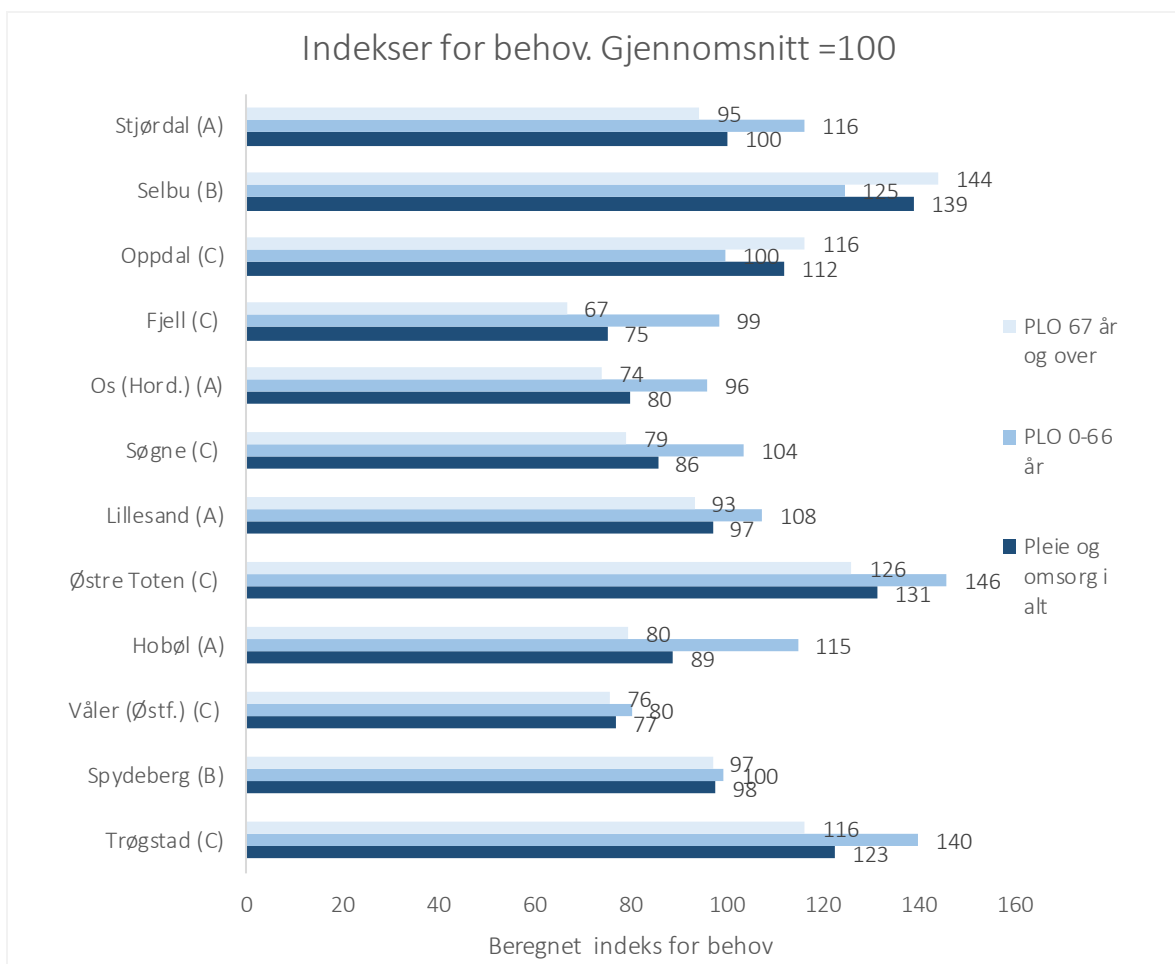
Denne samlede faktoren er imidlertid ikke egnet til å korrigere for forskjeller i behov for de tre aktuelle brukergruppene. Grunnen er at en kommune med mange eldre, ikke nødvendigvis har mange av de andre to brukergruppene.

For å få en mer presis korrigerings, er det beregnet aldersspesifikke faktorer for hver kommune. En faktor for gruppen under 67 år⁸ og en faktor for gruppen over 67 år. Den første faktoren er brukt for personer med nedsatt funksjonsevne og brukere innen psykiske helse, og den siste for eldre brukere.

⁸ Kriteriet «PU 16 år og over» er brukt for aldersgruppen under 67 år

Også disse faktorene er basert på kriteriene i det statlige inntektssystemet. De fleste av kriteriene lar seg fordele etter alder. Kriteriene som ikke er aldersspesifikke er tatt hensyn til for begge de to korreksjonsfaktorene. Denne korrigeringen antas å gi en langt mer presis korrigerende enn å bruke en felles korreksjonsfaktor for alle brukergruppene. Samtidig må det sies at kriteriene i inntektssystemet ikke er utviklet for å foreta denne formen for korrigeringer for ulike brukergrupper. Det vil derfor være knyttet en viss usikkerhet til de beregnede korrigerende størrelsen for enkeltkommuner.

Figuren under viser korrigeringen for behov som gjøres etter kriteriene i statens inntektssystem.



Figur 6-9: Korrigeringer for behov etter kriteriesett i inntektssystem samlet og fordelt på yngre og eldre. Tallene i figuren viser veid samlet indeks for den enkelte kommune (blå søyler)

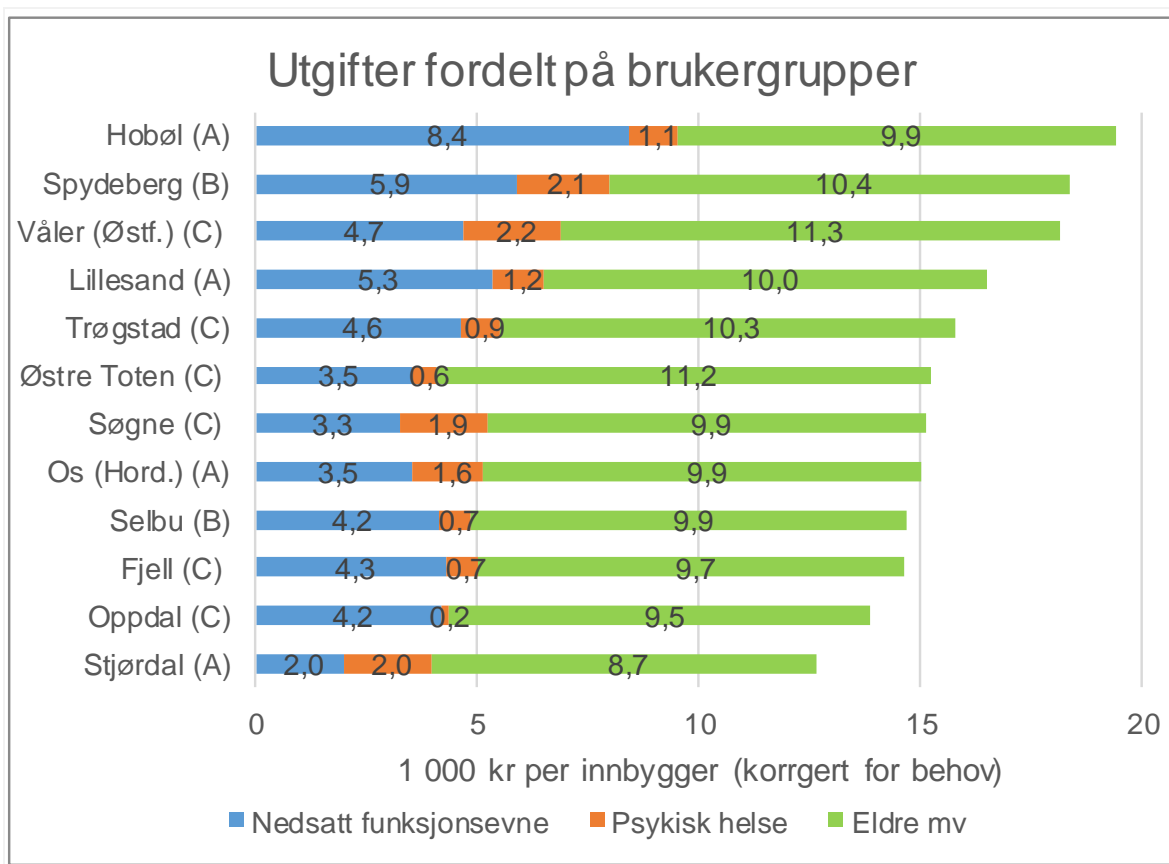
De samlede indeksene for behov (mørkeblå søyler), er fordelt på et delkriteriesett for befolkningen under 67 år (mellomblå søyler) og for befolkningen over 67 år (lyseblå søyler), jf. figuren over.

Figuren viser f.eks. at Våler har lave indekser for begge de to delkriteriesettene. Lav score for gruppen under 67 år henger sammen med at kommunen har relativt få i aldersgruppene under 67 år og PU-brukere over 16 år. Lav score for den eldste gruppen henger sammen med at kommunen samlet sett har relativt sett få eldre, lav dødelighet og få ugifte over 67 år. Det vises her til hvordan de aktuelle kriteriene i det statlige inntektssystemet er fordelt på de to aldersgruppene.

Fjell er eksempel på en kommune hvor det er relativt stor forskjell i beregnet behov for de to aldersgruppene. Det er slike forskjeller som illustrerer betydningen av å ha egne korreksjonsfaktorer for hver av gruppene.

Samlede utgifter til pleie og omsorg korrigert for behov

Korreksjon for de ulike brukergruppene i figuren under er gjort ved hjelp av korreksjonsfaktorene vist i Figur 6-9. Resultatene av denne korrigeringen er vist i figuren under.



Figur 6-10: Netto utgifter til pleie og omsorg 2015 korrigert for behov. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

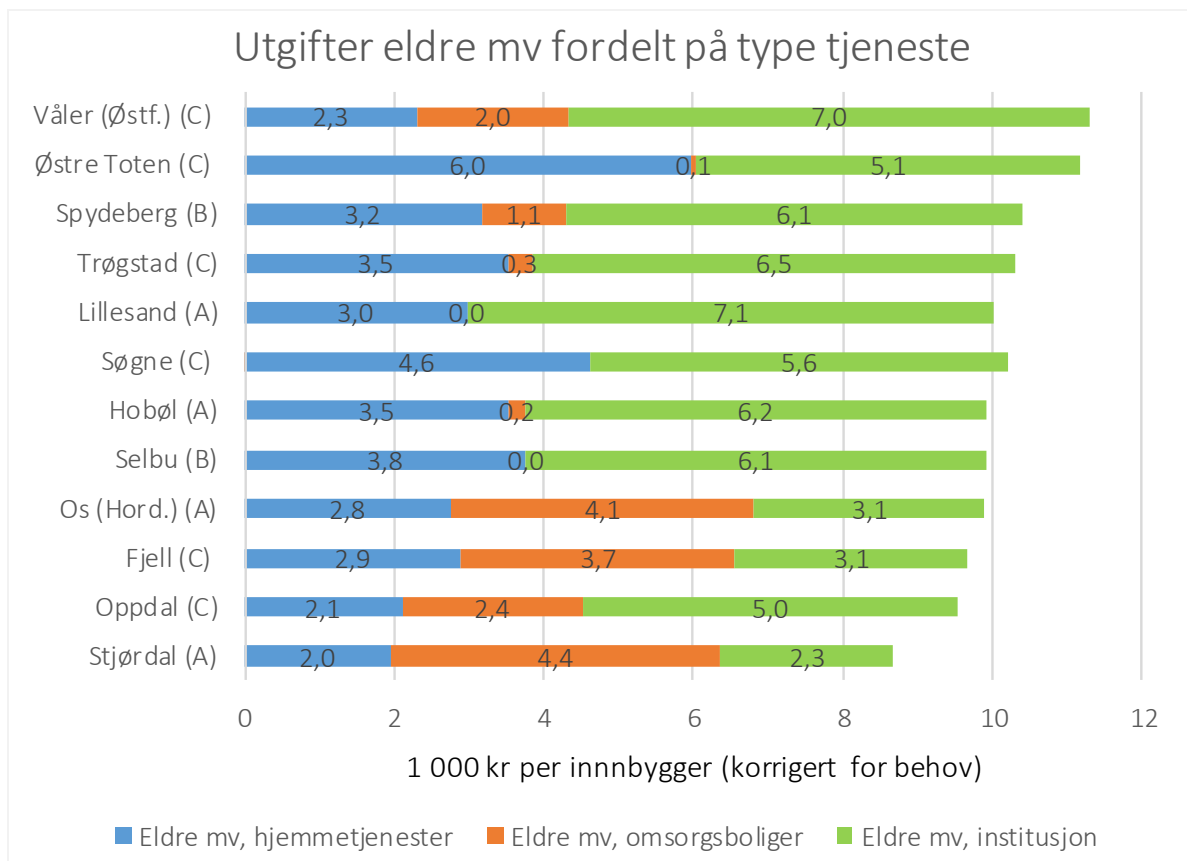
Det er store forskjeller i kommunenes utgifter til pleie og omsorg, selv etter korrigeringen av forskjeller i behov, jf. figuren over. Hobøl lå høyest i 2015 med utgifter som var rundt 50 % høyere enn Stjørdal som lå lavest.

Det er langt større variasjoner i utgiftene til personer med nedsatt funksjonsevne og psykisk helse enn for utgiftene til eldre. Høye samlede utgifter ser i særlig grad ut til å henge sammen med høye utgifter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. De fire kommunene fra Østfold har alle plassert seg blant de fem kommunene med høyest utgifter til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

I det følgende blir situasjonen for hver av gruppene nærmere kommentert.

Utgifter til eldre korrigert for behov

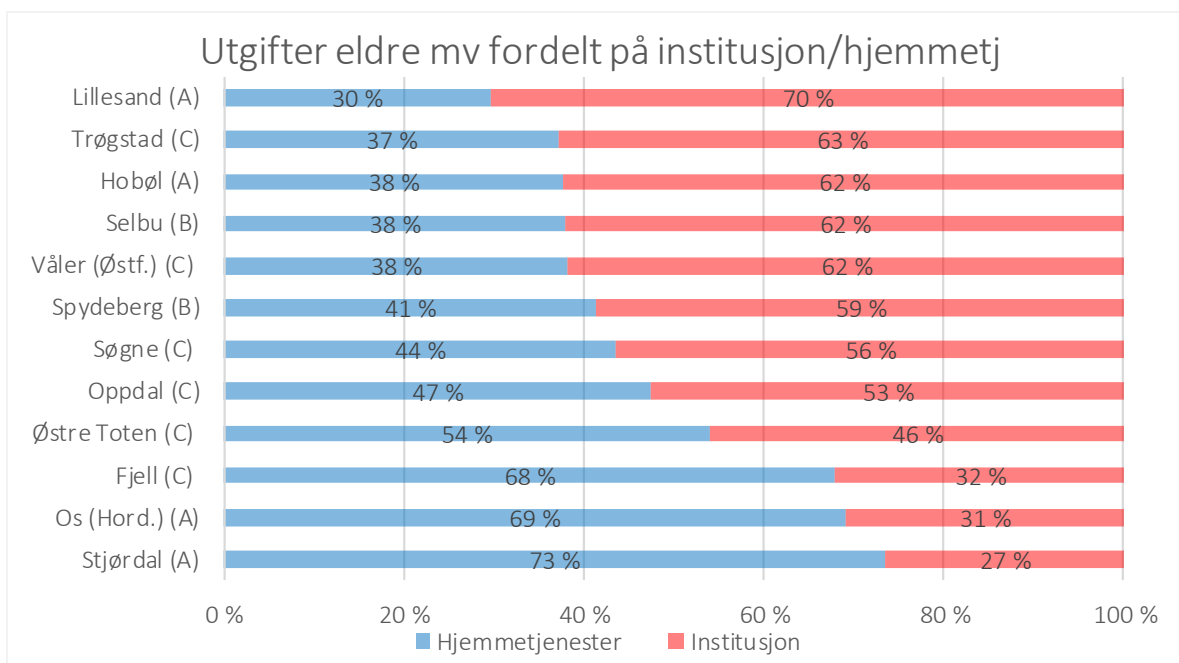
De korrigerede driftsutgiftene for den eldste gruppen er vist i figuren under. Korrigeringen er basert på kriteriesettet for befolkningen over 67 år.



Figur 6-11: 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 for de andre ni kommunene. De fire kommunene med lavest samlede utgifter er også de fire kommunene som bruker mest på omsorgsboliger til denne gruppen.

Neste figur viser fordelingen av utgiftene på institusjon og hjemmetjenester.

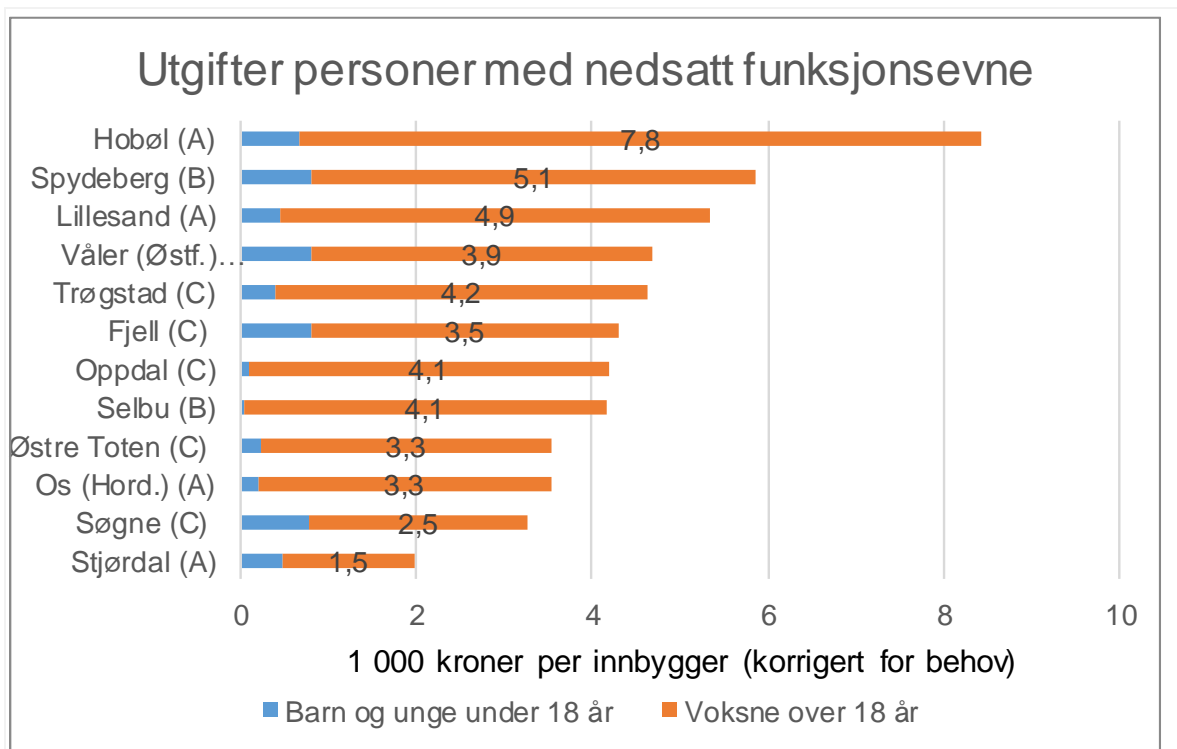


Figur 6-12: Nettoutgifter for eldre i 2015 prosentvis fordelt på hjemmetjenester og institusjon. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

Det er store forskjeller i hvor stor del av utgiftene til eldre som ble brukt på institusjon i 2015, jf. figuren over. Andelen varierte fra 27 % i Stjørdal til 70 % i Lillesand.

Utgifter til personer med nedsatt funksjonsevne korrigert for behov

De korrigerede driftsutgiftene for personer med nedsatt funksjonsevne vist i figuren under. Korrigeringen er basert på kriteriesettet for befolkningen under 67 år.



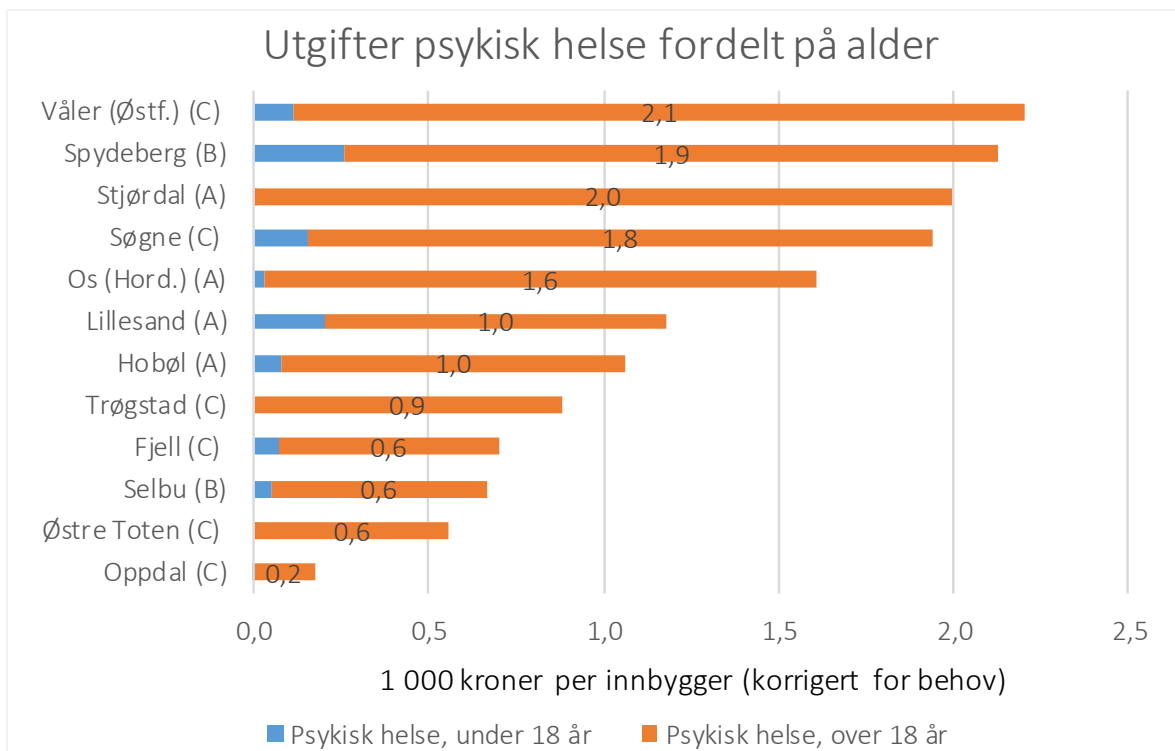
Figur 6-13: Netto utgifter til pleie og omsorg til personer med nedsatt funksjonsevne korrigert for behov. Korreksjoner er basert på delindeksen for gruppen over 67 år. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

Det er store forskjeller i hvor mye kommunene brukte på mennesker med nedsatt funksjonsevne, jf. figuren over. Høyeste utgifter hadde Hobøl, med et nivå mer enn fire ganger så høyt som Stjørdal.

Det kan være flere mulige forklaringer til nivået på utgiftene. Disse blir drøftet nærmere i avsnitt 7.2.

Utgifter til psykisk helse korrigert for behov

De korrigerede driftsutgiftene for psykisk helse er vist i figuren under. Korrigeringen er basert på kriteriesettet for befolkningen under 67 år.

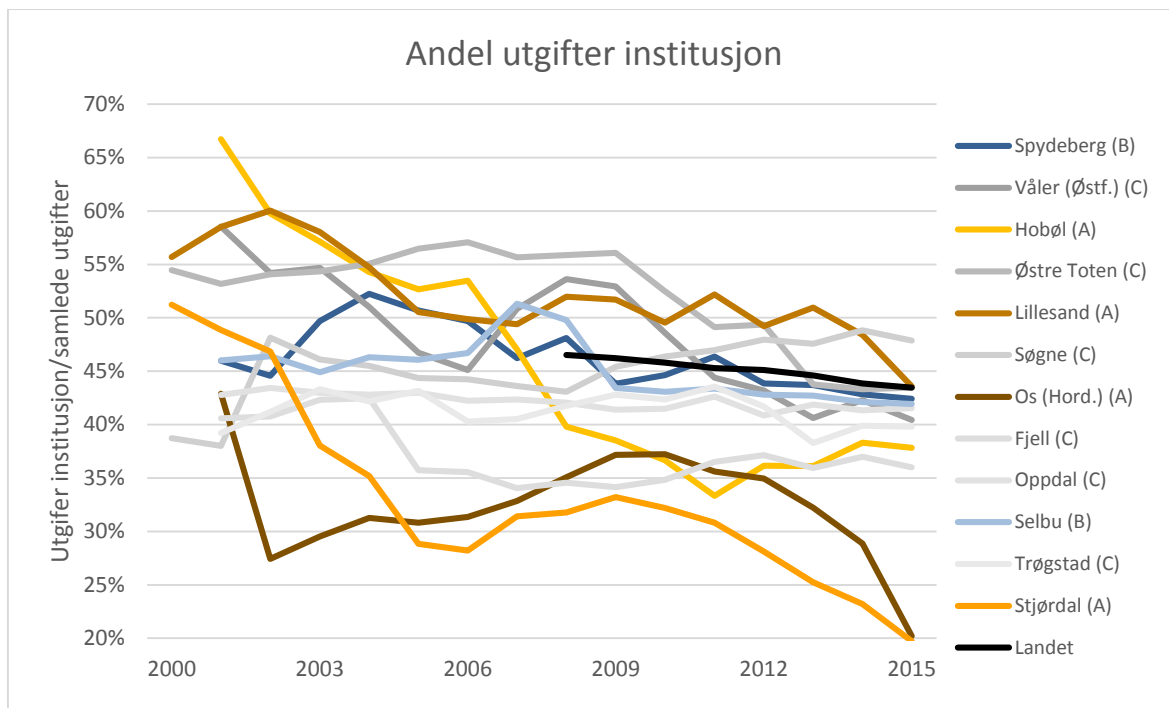


Figur 6-14: Nettoutgifter til pleie og omsorg til psykisk helse korrigert for behov. Korreksjoner er basert på delindeksen for gruppen over 67 år. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

Figuren over illustrerer store forskjeller i nettoutgifter pr. innbygger i kommunene. Høyest lå Våler med utgifter som lå ti ganger så høyt som for Oppdal som lå lavest.

6.2.3 Historisk utvikling i sammensetning av omsorgstrappen

Å se hvilken utviklingsbane de ulike kommunene er inne i er en nyttig indikator fordi den sier noe om hvilke trender som preger kommunene allerede. Når man skal se på eventuelle effekter av forsøket er dette viktig å ta høyde for siden forsøket kan forsterke eller bremse trender kommunen allerede er inne i. En av de viktigste indikatorene ved omsorgstrappen er andel utgifter til institusjon, hvor utviklingen er illustrert i figuren. I den videre evalueringen vil det være relevant å skissere den langsiktige utviklingen på flere sentrale parametere.



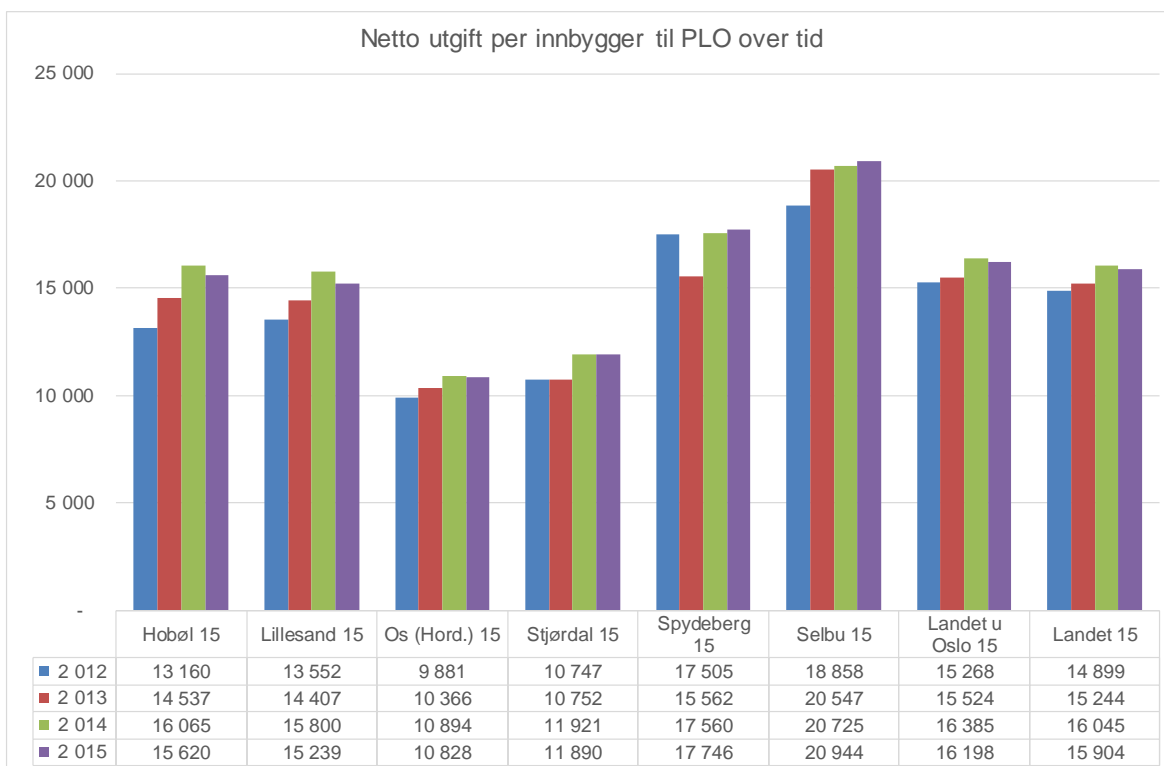
Figur 6-15: Andel av bruttoutgifter brukt på institusjon 2000–2015. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

A-kommunene er her tegnet med oransje/brune streker, B-kommunene med blå streker, og snitt for landet i sort. I Stjørdal har andelen utgifter brukt på institusjon blitt redusert fra 50 til 20 %, mens den i Trøgstad har vært på rundt 40 % gjennom hele perioden. I 11 av 12 kommuner har det vært en reduksjon i andelen av utgifter brukt på institusjon. Den gjennomsnittlige reduksjon har vært på 11 prosentpoeng. Utviklingen i perioden er med andre ord preget av store forskjeller.

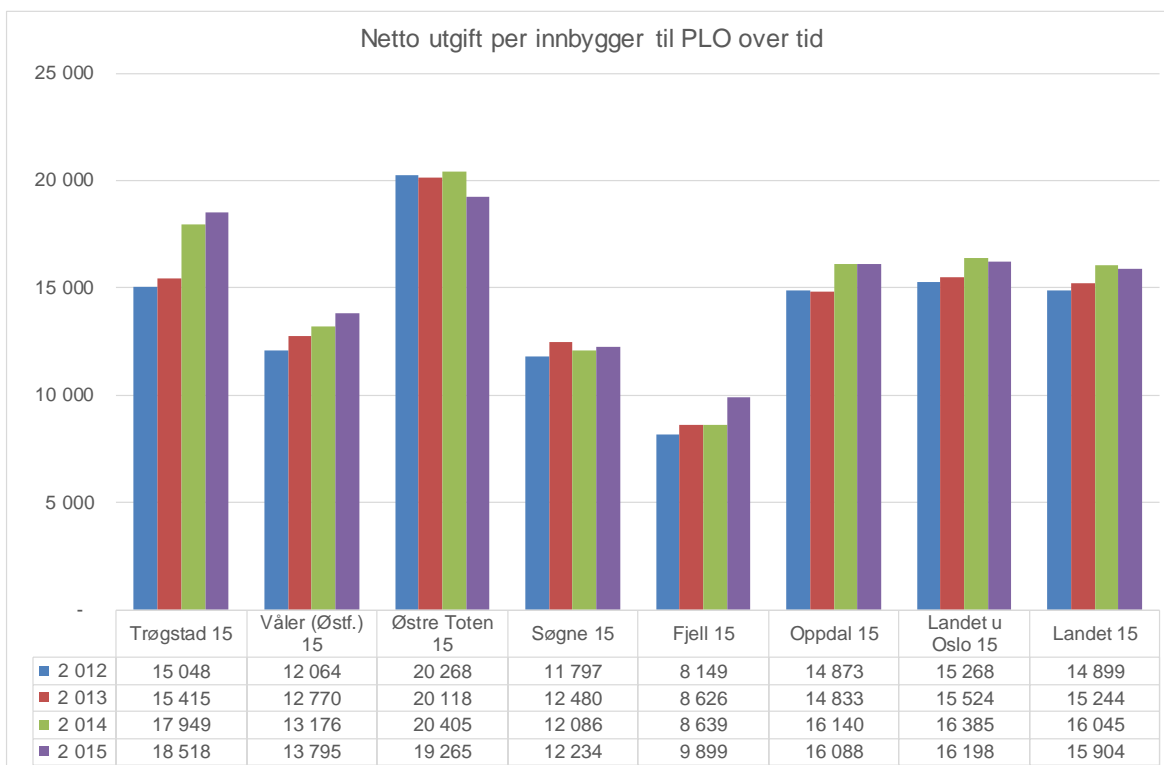
6.2.4 Utgifter over tid

Utviklingen i netto utgifter er vist for perioden fra 2012 til 2015. Formålet er å vise om tjenestene er preget av innsparinger eller økt ressurstilgang. Vi gjør oppmerksom på at utgiftene i disse figurene ikke er korrigert for behov.

Blant kommunene i forsøket har Hobøl og Lillesand høyere utgifter pr. innbygger i 2015 enn i 2012. I begge kommunene har nivået blitt noe redusert fra 2014 til 2015. I de andre fire kommunene har det vært en økning, men mer beskjedent enn for Hobøl og Lillesand. Østre Toten er den eneste av kontrollkommunene med lavere utgifter i 2015 enn i 2012.



Figur 6-16: Netto utgifter til pleie og omsorg per innbygger i A- og B-kommuner i perioden 2012–15

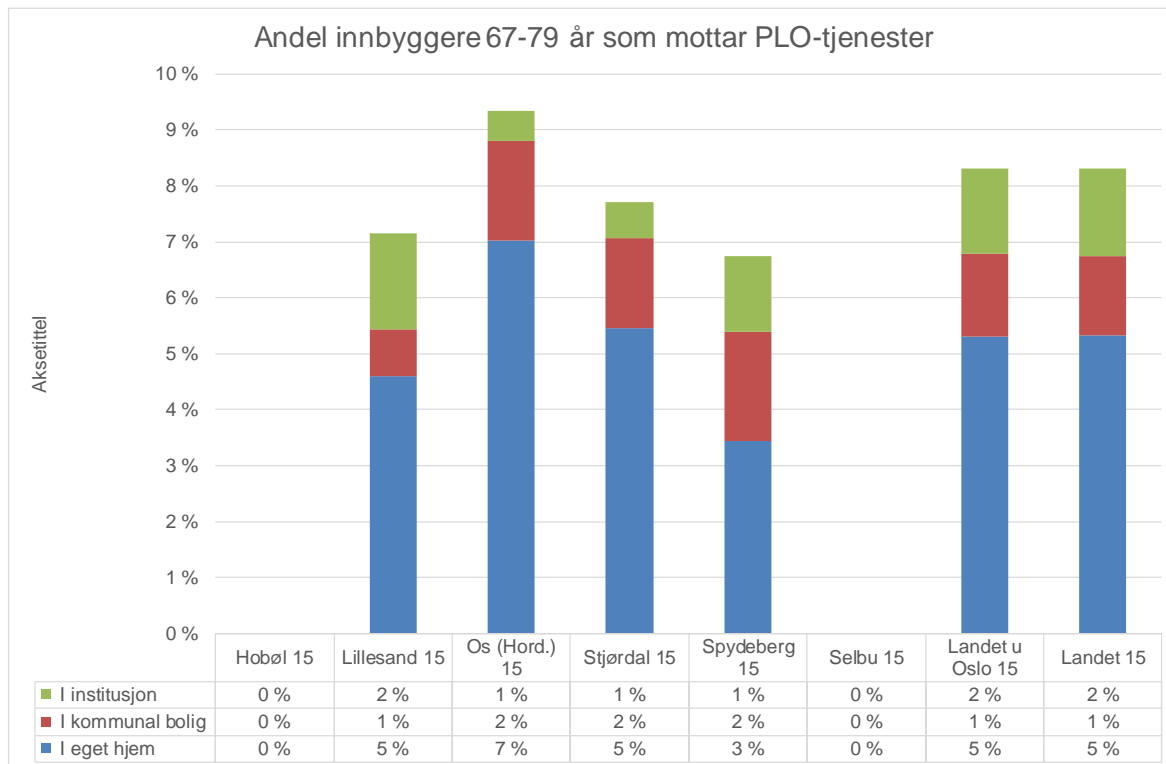


Figur 6-17: Netto utgifter til pleie og omsorg per innbygger i A- og B-kommuner i perioden 2012–15

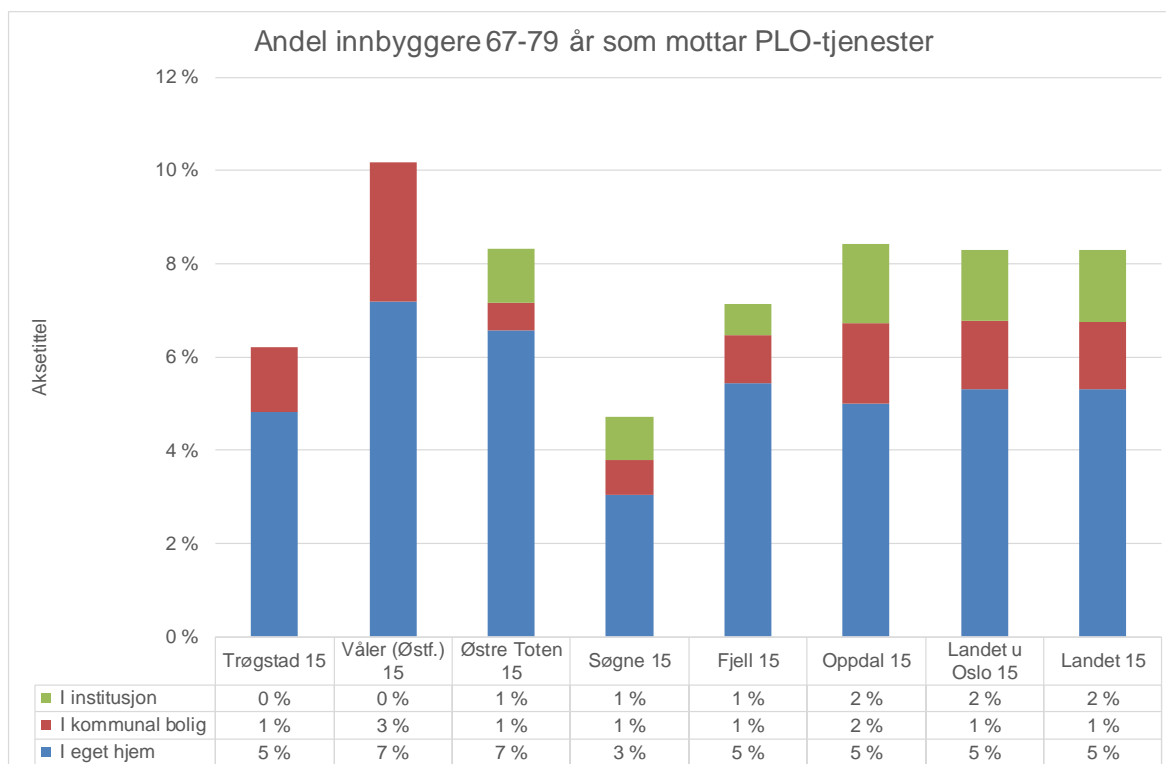
6.2.5 Dekningsgrad for innbyggere 67–79 år

Dekningsgraden viser andelen innbyggere mellom 67 og 79 år som mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvordan brukerne er fordelt på institusjon, kommunal bolig og eget hjem.

For landet som helhet var det drøyt 8 % som mottok helse- og omsorgstjenester i 2015. Det er store forskjeller i dekingen for kommunene i vårt utvalg. Den varierer fra rundt 5 % i Søgne til knapt 10 % i Os.



Figur 6-18: Andel innbyggere i alderen 67–79 som mottar pleie og omsorgstjenester i A- og B-kommuner



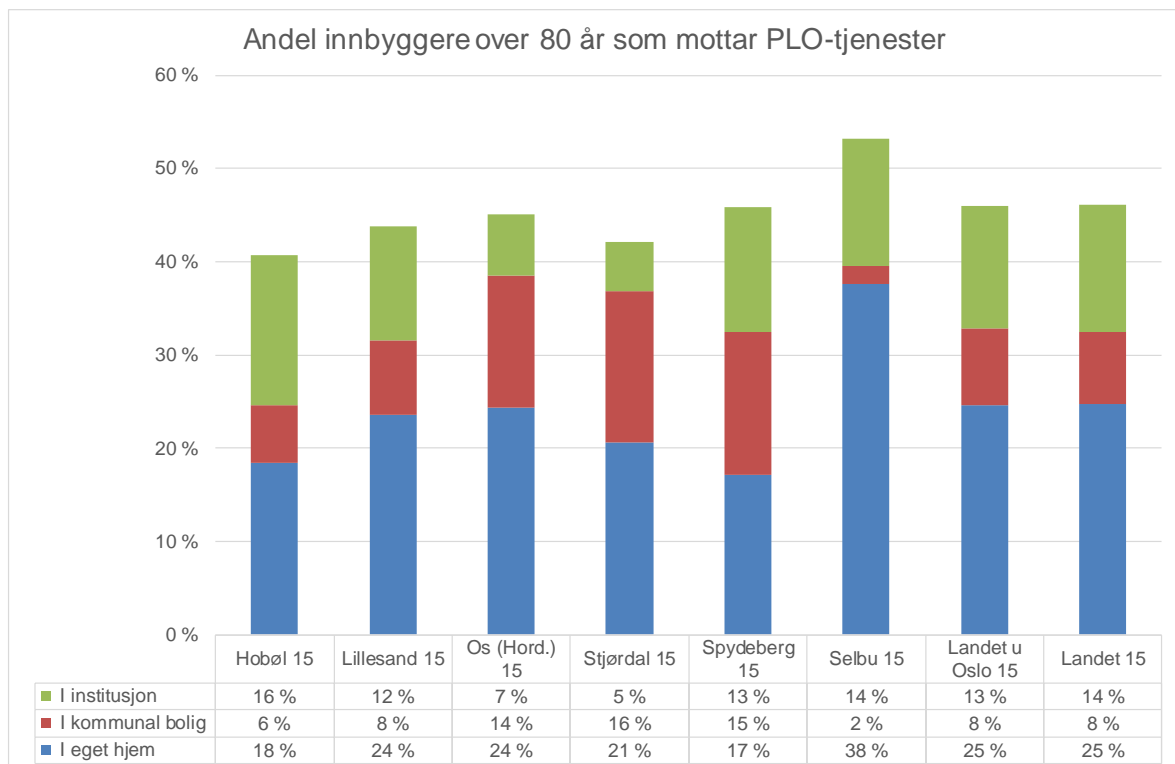
Figur 6-19: Andel innbyggere i alderen 67–79 år som mottar pleie og omsorgstjenester i kontrollkommuner

6.2.6 Dekningsgrad for innbyggere over 80 år

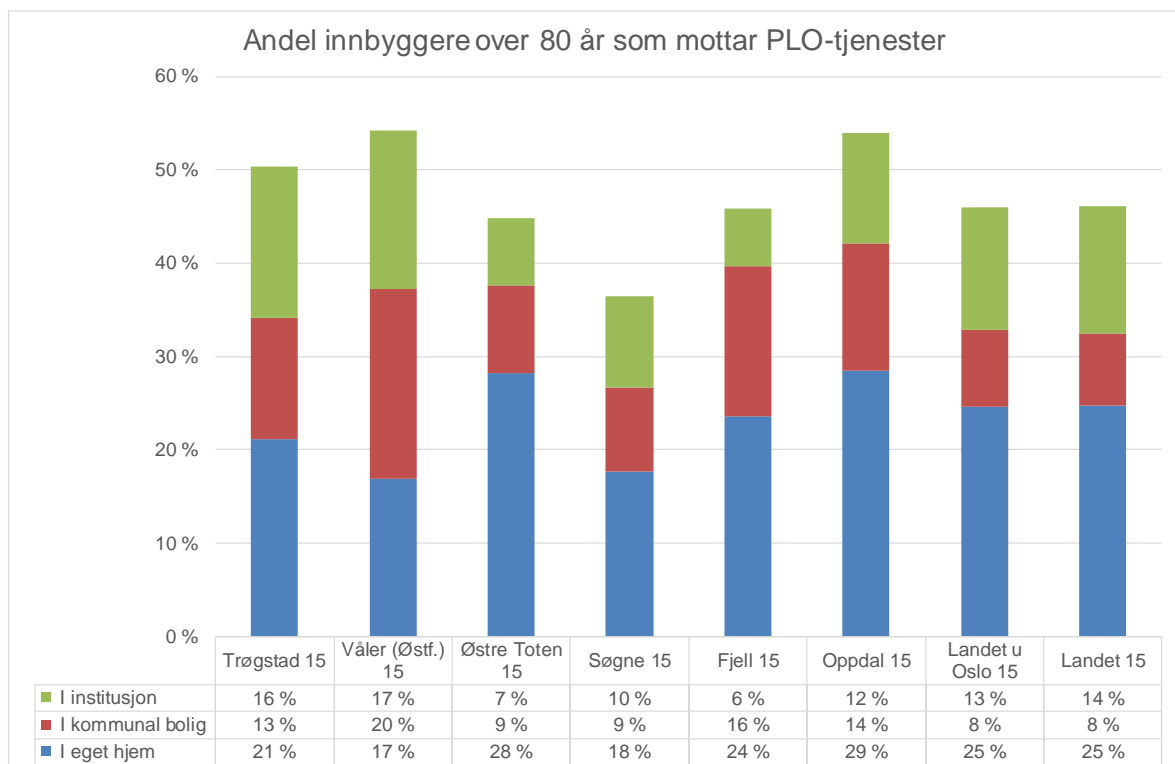
For landet som helhet mottar 47 % av de eldre over 80 år pleie- og omsorgstjenester. Blant kommunene vist i de to figurene varierer andelen fra 37 % i Søgne til 54 % i Selbu og Våler. Forklaringen på ulik dekningsgrad er kompleks. Forskjellen i dekningsgrad mellom kommunene vil være påvirket av forhold som kommunen i liten grad kan påvirke, i hvert fall på kort sikt. F.eks. vil høy dødelighet og lav levealder trolig føre til at en 80-åring er mer skrøpelig enn i kommunen med høy levealder.

Til en viss grad vil også dekningsgraden være påvirket av forhold som kommunen kan påvirke. Man kan f.eks. tenke seg at et godt forebyggende arbeid og god rehabilitering vil kunne gi mer selvhjulpne innbyggere. Også terskelen for å gi hjelp i den enkelte kommune vil påvirke dekningsgraden.

Det er store forskjeller på hvor stor del av tilbudet som blir gitt på institusjon. I Fjell og Stjørdal er det bare 5–6 % av innbyggere over 80 år som er på institusjon. Disse kommunene har gjennom mange år satset på å utvikle alternativer til institusjon, enten i kommunal bolig eller i eget hjem. Høyest andel på institusjon hadde Hobøl, Trøgstad og Våler med andeler på 17–18 %. I alle de fire Østfoldkommunene i utvalget er det en relativt lav andel av de eldre som får et tilbud i eget hjem.



Figur 6-20: Andel innbyggere i alderen 80 år og eldre som mottar pleie og omsorgstjenester i A- og B-kommuner



Figur 6-21: Andel innbyggere i alderen 80 år og eldre som mottar pleie og omsorgstjenester i kontrollkommuner

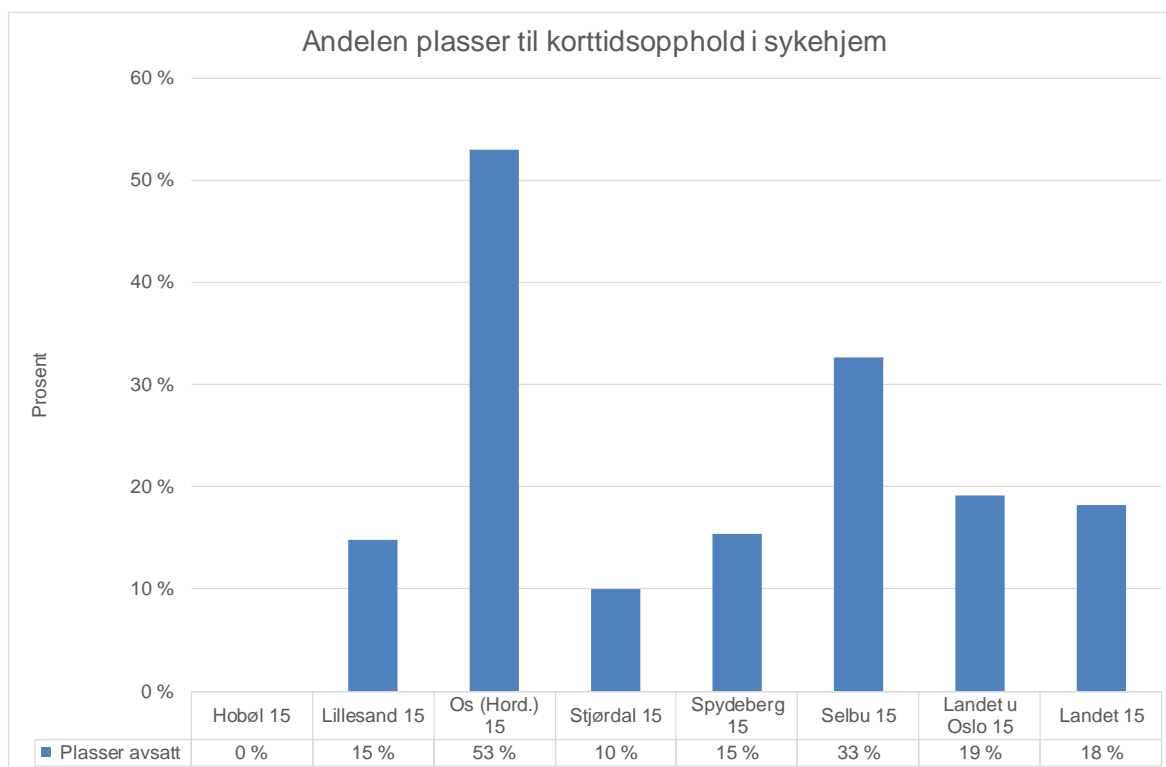
6.2.7 Bruk av korttidsplasser

Andel korttidsplasser

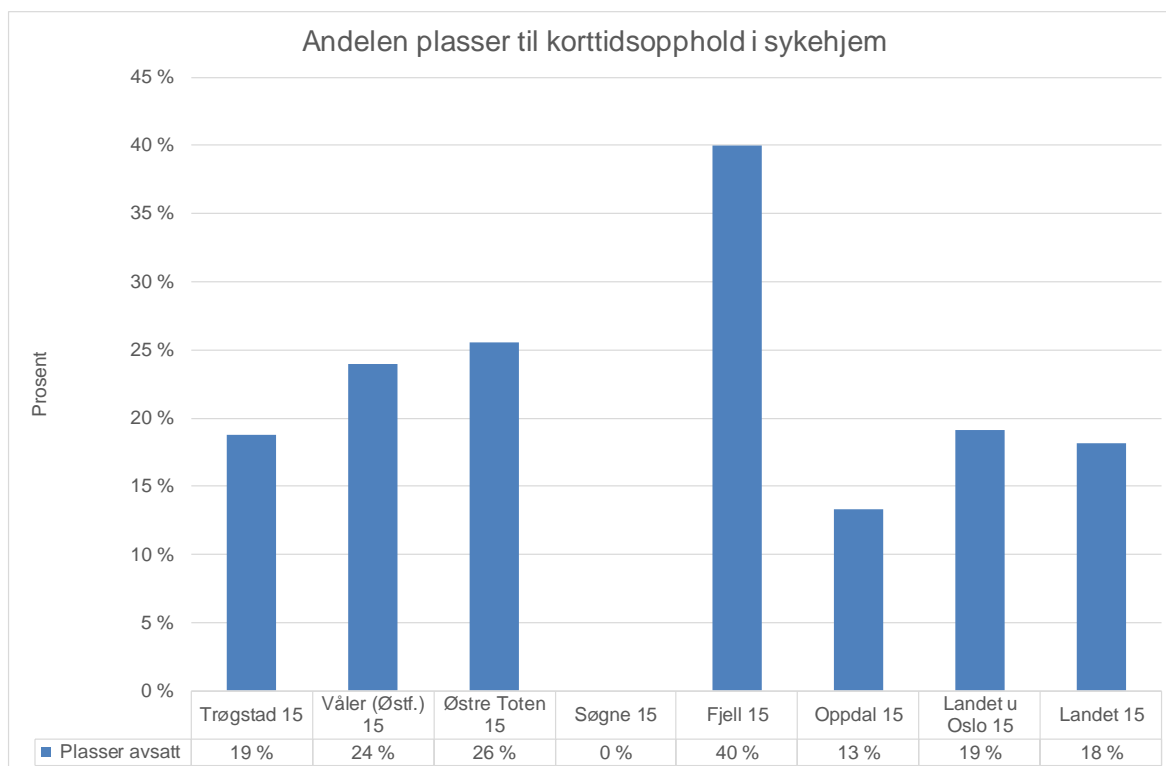
Korttidsplass i sykehjem er for personer som i en overgangsperiode har omfattende pleiebehov som følge av akutt svikt eller sykdom, eller som i en overgangsperiode trenger trening/gjenopptrening eller avlastning. Et slikt tilbud har mye å bety for pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og er en viktig del av en tiltakskjede som kan bidra til å dempe behovet for sykehjems plasser og gi brukerne mulighet til å bo lengre i eget hjem.

Statistikken viser hvor stor andel av plassene kommunen har definert som korttidsplasser. Andelen korttidsplasser er en indikator for prioriteringen av tilbudet. Samhandlingsreformen har ført til økt behov for korttidsplasser. En svakhet ved statistikken er at korttidsplassene blir fylt opp av langtidsbrukere. Korttidsplassene trenger altså ikke å fungere som de var tenkt.

Det er store variasjoner mellom kommunene for hvor mange av plassene som er definert som korttidsplasser. Stjørdal har definert bare 10 % av plassene som korttidsplasser, noe som er lavest blant kommunene i utvalget. I Os er over halvparten av plassene korttidsplasser. Den høye andelen viser altså at Os har prioritert slike plasser høyt blant kommunens relativt få plasser på institusjon. Os gir hjemmebaserte tilbud til brukere som i andre kommuner ville fått en langtids plass på institusjon. Fjell peker seg også ut med en høy andel korttidsplasser.



Figur 6-22: Andel korttidsplasser (kontra langtids plasser) i A- og B-kommuner



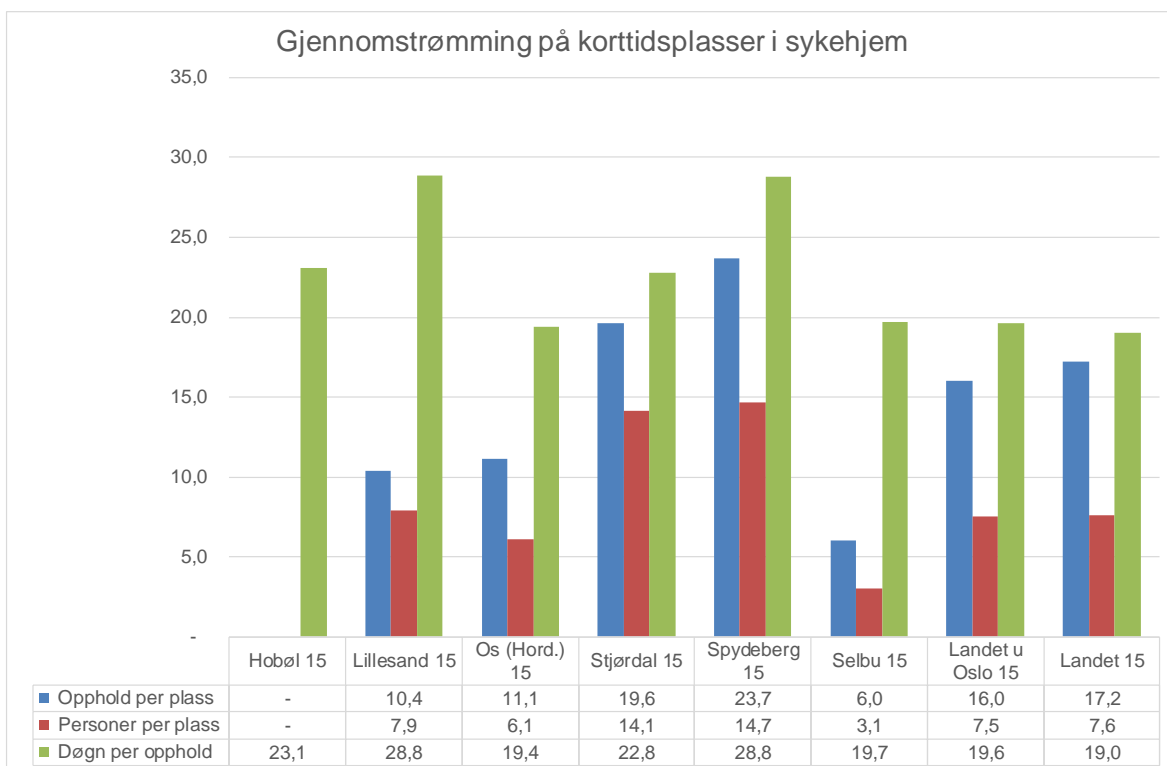
Figur 6-23: Andel korttidsplasser (kontra langtidsplasser) i kontrollkommuner

Korttidsgjennomstrømning

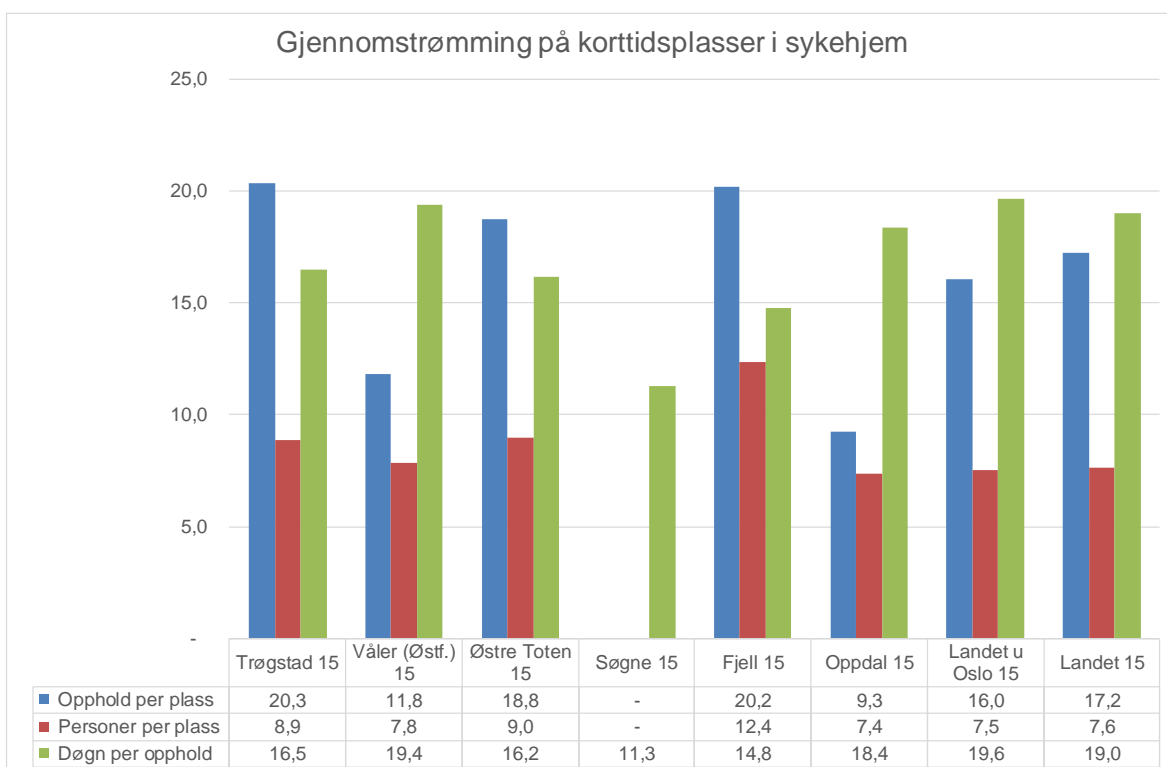
For korttidsplassene er det viktig at plassene i praksis fungerer som korttidsplasser, uavhengig av om de er definert som dette. Statistikken over gjennomstrømningen for korttidsplassene gir bedre informasjon om hvordan disse plassene faktisk fungerer.

I 2015 var hvert opphold på korttidsplass i gjennomsnitt for landet på 19,0 døgn (grønn søyle). For alle kommunene som deltar i forsøket er nivået høyere. Lengst oppholdstid har Spydeberg med 28,8 døgn. Kommunene i forsøket lykkes altså ikke spesielt godt med gjennomstrømningen.

Blant kontrollkommunene har Trøgstad, Østre Toten, Søgne og Fjell en oppholdstid under gjennomsnittet for landet. Disse fire kommunene ser med andre ord ut til å ha en bedre bruk av korttidsplassene enn SIO-kommunene.



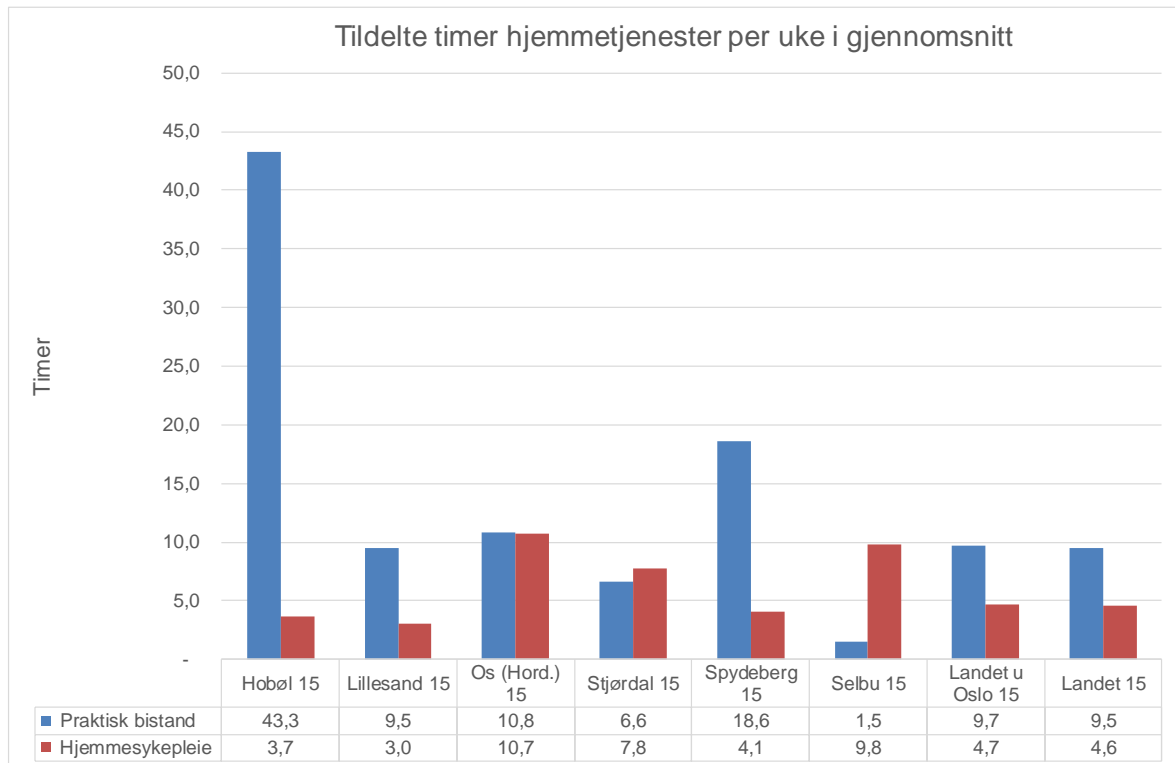
Figur 6-24: Gjennomsnittlig antall døgn korttidsplasser benyttes i A- og B-kommuner



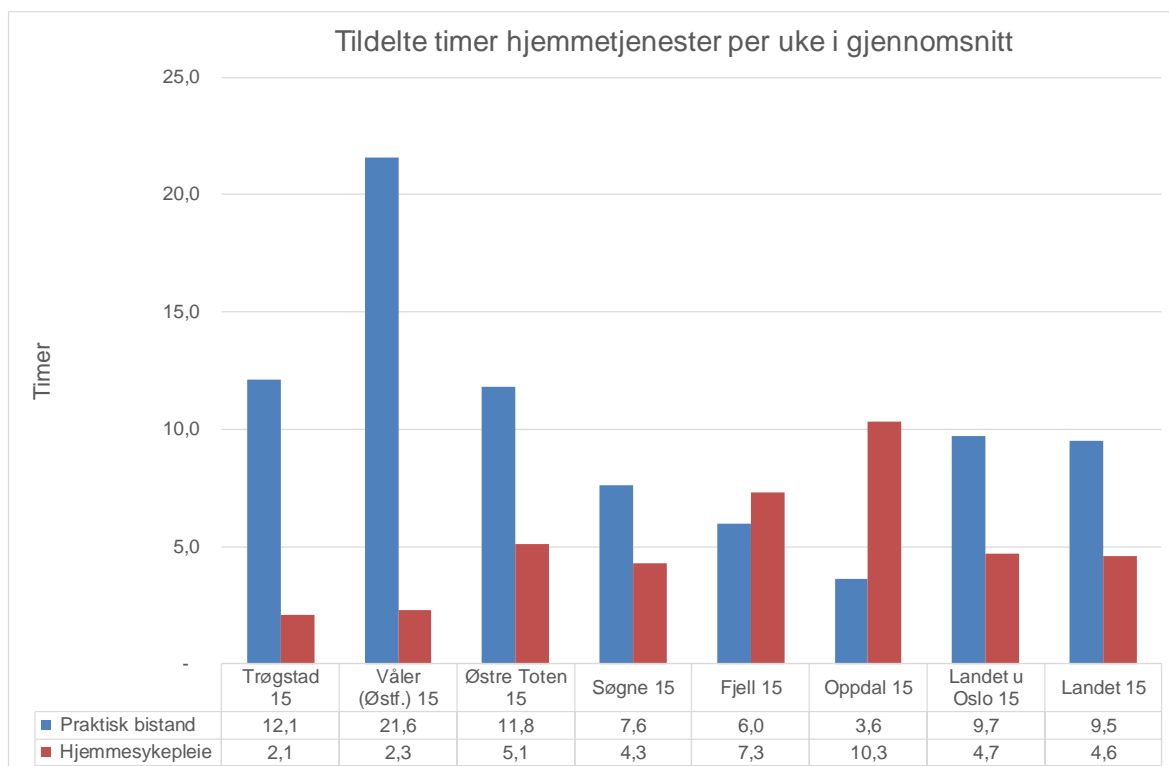
Figur 6-25: Gjennomsnittlig antall døgn korttidsplasser benyttes i kontrollkommuner

6.2.8 Tildelte timer hjemmetjenesten

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



Figur 6-26: Gjennomsnittlig tildeling av timer i hjemmetjenesten per uke i A- og B-kommuner



Figur 6-27: Gjennomsnittlig tildeling av timer i hjemmetjenesten per uke i kontrollkommuner

6.2.9 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. Dette kan på sikt redusere behovet for institusjonsplasser.

Mange av disse funksjonene har blitt opprettet nylig (2015/2016) i flere av kommunene, noe som tyder på at det å opprette slike tiltak er en generell trend i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Forsøkskommunene ble bedt om å fylle ut hvilke tiltak de hadde knyttet til ulike brukergrupper. Os og Søgne har flest av disse tilbudene, mens Hobøl har ingen.

Tabell 6-1: Spesialiserte funksjoner i forsøks- og kontrollkommunene.

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

Trøgstad		ja	ja	ja		
Østre Toten	ja	ja	ja			
Fjell	ja	ja	ja	ja		ja*
Søgne	ja	ja	ja	ja	ja	

* - KOLS, diabetes, kreft, ROP-team

6.3 Brukermedvirkning i tildelingsprosessen

6.3.1 Brukernes vurdering av tildelingsprosessen

Kunnskap om brukernes opplevelser er viktig for å forstå hvordan tildelingsprosessen fungerer. På grunn av lavt antall informanter presenteres resultatene samlet, heller enn for hver kommune. Kvalitative vurderinger av hvordan brukere opplever tildelingen i hver kommune er gjort i egne kommunerapporter som ikke inngår i denne rapporten.

Vi har intervjuet 31 brukere i A og B-kommunene om deres opplevelser og oppfatninger med tildeling av omsorgstjenester. Brukerne er naturligvis mest opptatt av selve tjenesten de mottar, og mindre opptatt av selve tildelingsprosessen. Mange av dem har vært lite delaktig i selve tildelingen fordi prosessen har blitt initiert av et sykehus eller en annen behandlingsinstitusjon, fastlegen eller i samråd med tjenesten de allerede mottar. Vi hadde også utfordringer med å komme i kontakt med brukere fra enkelte kommuner. I noen kommuner intervjuet vi et par brukere. Fra Selbu kommune kom vi ikke i kontakt med noen brukere.

Etter samtaler med brukere om tildelingsprosessen er det typisk tre måter brukerne har kommet i kontakt med om kommunens omsorgstjenester på:

- 1) Brukerne har vært på sykehus/behandlingsinstitusjon hvor personalet ved sykehuset har kontaktet kommunen for å avklare/søke om omsorgstjenester.
- 2) Brukerne har fått behov om en tjeneste og selv tatt kontakt med kommunens helsetjenester og bedt om et omsorgstilbud.
- 3) Brukerne benytter seg allerede av et omsorgstilbud og har løpende kontakt med omsorgstjenesten, og justerer tjenestene regelmessig i dialog med kommunen.

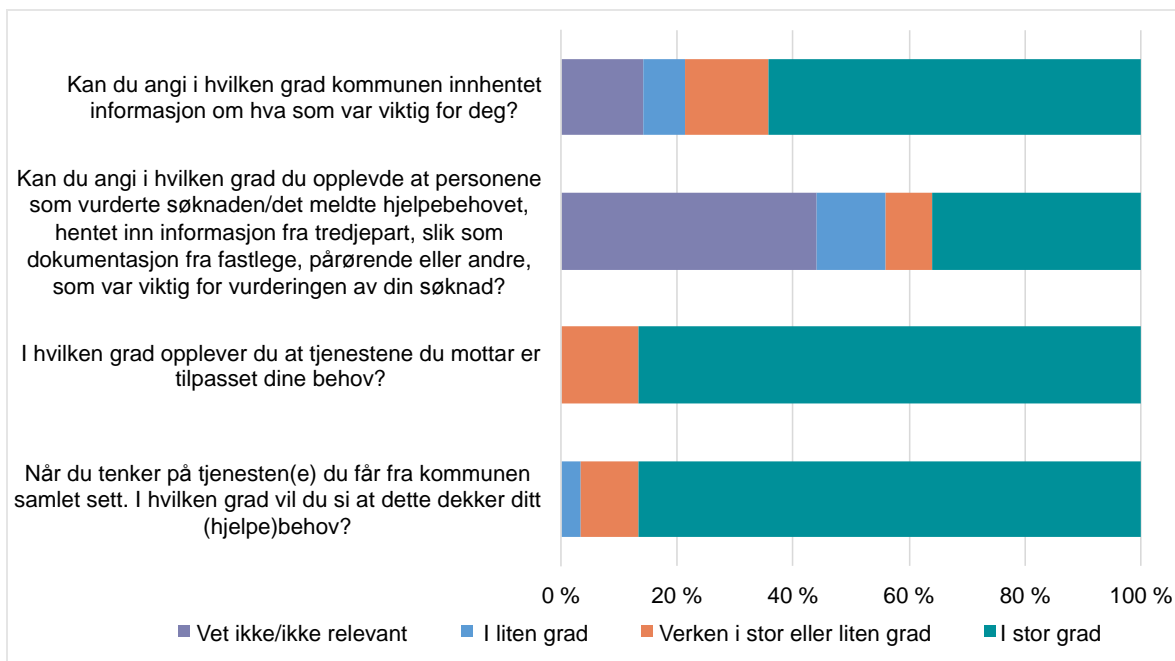
23 av de 31 brukerne som inngår i undersøkelsen svarte at de avklarte behovet de hadde direkte i samtale kommunen. Åtte forteller at behovet ble avklart indirekte gjennom behandlingsinstitusjon eller pårørende. Noen få brukere har selv måttet kontakte kommunen etter at de hadde vært på behandlingsinstitusjonen. 25 brukerne mener at kommunen innhentet informasjon som var viktig for deres livskvalitet.

Av de 31 personene vi har snakket med har kun én person fått innvilget et annet tilbud enn det de ble søkt om. Resten har fått innvilget det de ønsket.

18 av brukerne forteller at personene som vurderte søknaden innhentet opplysninger fra en tredjepart, slik som fastlege eller pårørende, for å vurdere søknaden. Åtte svarer at det ikke ble innhentet informasjon fra tredjepart, mens fem ikke vet om det ble innhentet opplysninger fra tredjepart.

På spørsmål om brukerne fikk være med på å fastsette målsetningen for tjenester de mottar, svarer 22 at de fikk være med på dette. Like mange svarer også at de opplevde at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen. 24 av brukerne svarer at de alt i alt er fornøyd med kommunens håndtering av den siste søknaden, mens tre var misfornøyd.

Figur 6-28 viser brukernes oppfatning om en del sider ved tildelingsprosessen og omsorgstjenestene de mottar. 65 % av brukerne oppfatter at kommunen i stor grad innhentet informasjon som var viktig for dem. Langt færre opplevde eller har informasjon om at kommunen innhentet informasjon fra tredjepart som var viktig for vurderingen av søknaden. Et klart flertall mener at tjenestene de mottar er tilpasset og dekker behovet de har.



Figur 6-28: Brukernes opplevelse med omsorgstilbudet

Behandlingsinstitusjonen kontakter kommunen

Tildelingsprosessene er naturligvis avhengig av sykdommen/skaden og behandlingsløpet. Den klart vanligste tildelingsprosessen blant brukerne vi har intervjuet har vært i forbindelse med innleggelse på sykehus eller en annen behandlingsinstitusjon. Mange av brukerne som hadde vært på sykehus ble etter oppholdet overført til sykehjem eller et annet behandlingssenter en periode før de deretter reiste hjem. Vanligst var at sykehuset kontaktet kommunen for å be om et omsorgstilbud og at de fleste brukerne ble tatt med på kartleggingssamtaler enten ved behandlingssenteret eller når de hadde kommet hjem. Under sykehjems-/behandlingsoppholdet mottok mange en tjeneste som de fortsatte å motta hjemme, gjerne i begrenset form.

De fleste opplever at behovsavklaringen har vært en grei prosess. Flere opplever at hjelpeapparatet har god oversikt over hvilke tjenester som er relevant. Kun én bruker forteller om en veldig uklar tildelingsprosess hvor vedkommende oppfattet at det var veldig mange aktører involvert, både fra sykehuset og kommunen, og at det tok lang tid å få avklart hvem som hadde ansvaret for den videre behandlingen.

I noen få tilfeller har kommunen initiert tilbudet etter at de har fått informasjon fra fastlege om at bruker har hatt behov for tjenester.

Det er vanlig at tjenestene brukeren får hjemme er begrenset i tid og omfang. Enkelte brukere oppfatter at etter hvert som man klarer seg mer selv, blir tjenesten redusert eller stoppet.

Brukeren kontakter kommunen ved behov

Den andre måten brukere typisk kommer i kontakt med kommunens omsorgstjenester er hvis brukeren selv ønsker en ny tjeneste. Brukerne tar da kontakt med kommunen på telefon eller ved

oppmøte, og ber om en ny tjeneste. Det kan være direkte med kommuneadministrasjonen eller ved en behandlingsenhet de allerede har kjennskap til.

Flere forteller om ganske enkle tildelingsprosesser uten omfattende kartlegginger. Behovet kommer frem i den første kontakten med kommunen, og tjenesten blir iversatt kort tid etter. Andre ganger gjennomfører kommunen en kartlegging hjemme hos vedkommende i etterkant av den første kontakten. Det kommer frem i intervjuene at behovsavklaringer om psyko-sosiale tilbud ofte krever noe mer omfattende kartlegging, uten at personene som har ønsket dette opplevde tildelingsprosessen som spesielt vanskelig.

Løpende kontakt med omsorgstjenesten

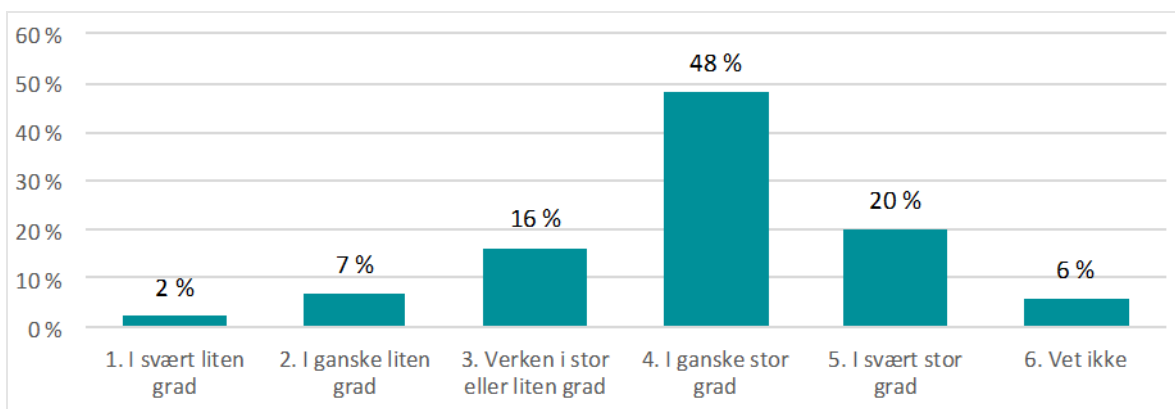
Flere av brukerne har benyttet seg av helsetjenestene i kommunen i flere år og har løpende kontakt med dem. Brukerne forteller at kommunen jevnlig justerer tjenesten etter behovet. Vi har ikke inntrykket av at det er spesielt formelle søknadsprosesser i slike situasjoner. Den interne prosessen i kommuneadministrasjonen for å justere behovet har brukerne ikke oversikt over.

En bruker forteller om en hendelse hvor kommunen ringte for å gjøre ny en kartlegging av behovet. Brukeren hadde hatt hjerneslag og hadde ikke selv forstått at dette var en kartleggingssamtale, noe som førte til en misforståelse og at tjenesten ble stoppet, selv om behovet var klart tilstede. Personalet som hadde stått for tjenesten hadde selv tatt initiativ for å rette opp situasjonen og brukeren fikk innvilget tjenesten på nytt. Andre forteller også at det kan være vanskelig for brukeren å kommunisere sitt behov i kartleggingssamtaler med kommunen. Flere forteller at tilbudet blir justert i dialog med f.eks. hjemmesykepleien etter at man begynner å motta selve tjenesten.

6.3.2 Pårørendes vurdering av tildelingsprosessen

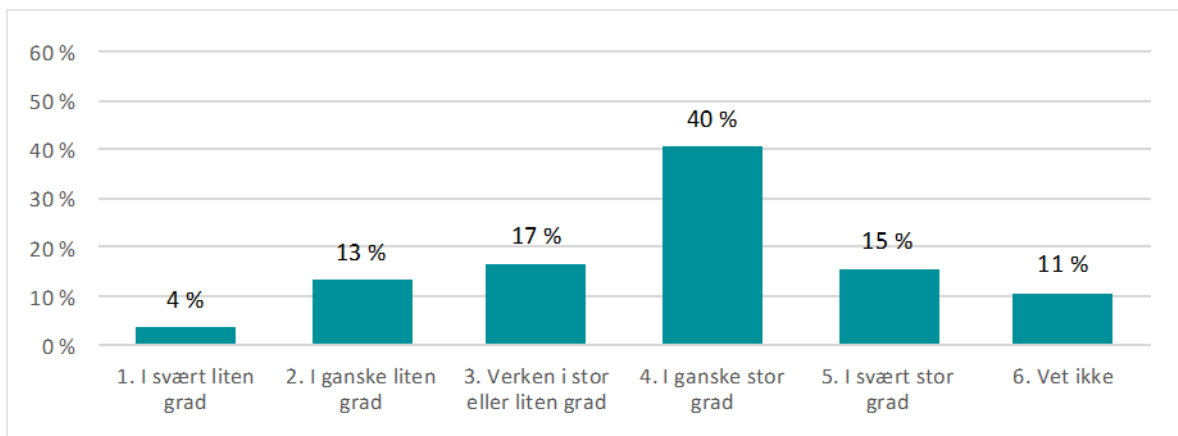
Pårørendes vurderinger er en viktig kilde til å forstå hvordan brukeren behandles i tildelingsprosessen. På grunn av lavt antall informanter presenteres resultatene samlet, heller enn for hver kommune. Kvalitative vurderinger av hvordan pårørende opplever tildelingen i hver kommune er gjort i egne kommunerapporter som ikke inngår i denne rapporten.

Figur 6-29 viser i hvilken grad de pårørende opplever at kommunen innhentet informasjon om brukers situasjon og behov når de skulle vurdere søknaden. Flertallet mener at kommunen i ganske stor eller i svært stor grad innhentet informasjon. 9 % mener at kommunen i svært liten eller ganske liten grad innhentet informasjon.



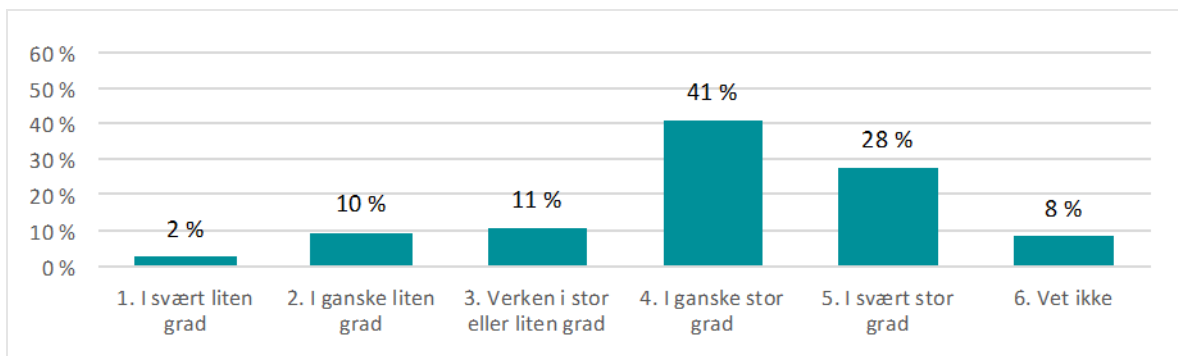
Figur 6-29: Kan du angi i hvilken grad kommunen innhentet informasjon om brukers situasjon og behov?

Figur 6-30 viser pårørendes svar på om kommunen innhentet informasjon om hva som var viktig for bruker for å få dekket hjelpebehovet. 56 % mener at kommunen i ganske stor eller svært stor grad innhentet informasjon som var viktig for brukeren. 17 % svarer i svært liten eller i ganske liten grad.



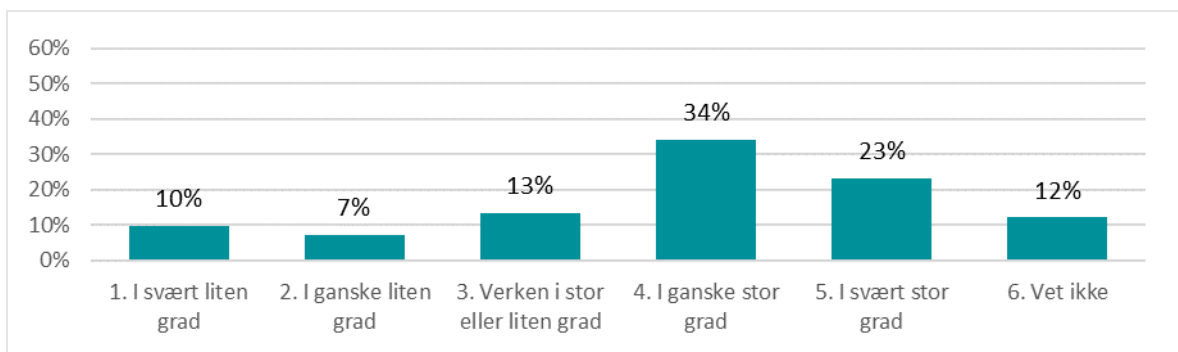
Figur 6-30: Kan du angi i hvilken grad kommunen innhentet informasjon om hva som var viktig for bruker? Hvordan bruker ønsket å få dekket hjelpebehovet?

Figur 6-31 viser pårørendes svar på om de oppfatter at innspillene som ble gitt ble tatt med i kommunens vurdering av saken. Et klart flertall mener at innspillene i ganske stor eller i svært stor grad ble tatt med i vurderingen. 12 % svarer i svært liten eller i ganske liten grad.



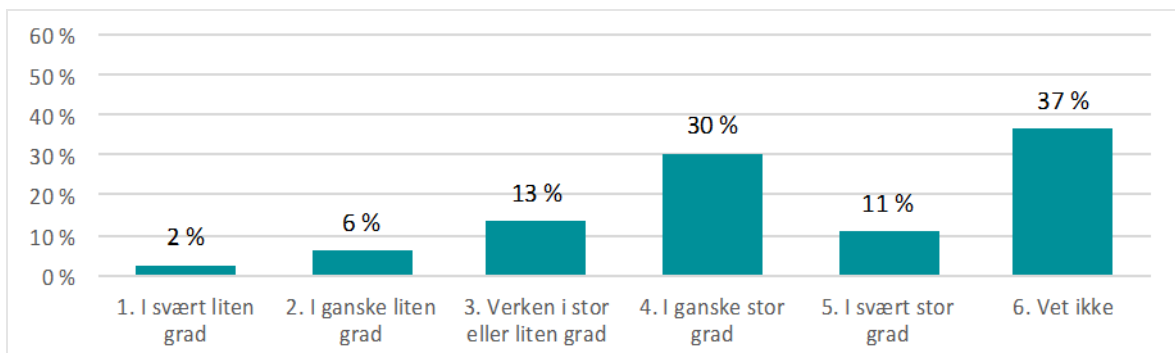
Figur 6-31: Kan du angi i hvilken grad innspillene som ble gitt om brukers situasjon og hva som var viktig for bruker ble tatt med i kommunens vurdering av saken?

Figur 6-32 viser pårørendes svar på om de oppfatter at kommunen innhentet informasjon fra en tredjepart som var viktig for vurderingen av søknaden. Også her opplever et flertall at kommunen i ganske stor eller i svært stor grad innhentet tredjepartinformasjon som var viktig for vurderingen. 17 % svarer i svært liten eller i ganske liten grad. 12 % svarer vet ikke.



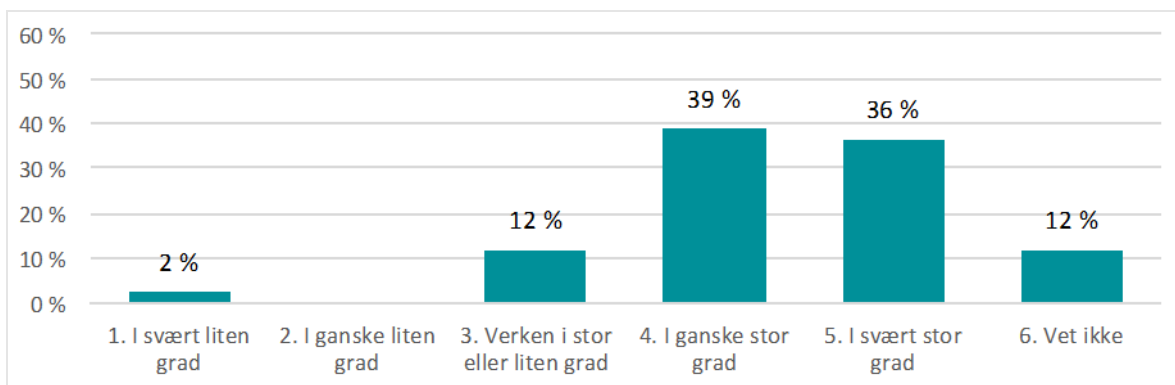
Figur 6-32: Kan du angi i hvilken grad du opplevde at personene som vurderte søknaden/det meldte hjelpebehovet, hentet inn nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart, slik som dokumentasjon fra fastlege, pårørende eller andre, som var viktig for vurderingen av søknaden?

Figur 6-33 viser respondentenes svar på om de opplever at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester, altså at like tilfeller behandles likt. 41 % svarer i ganske stor eller i svært stor grad, 37 % svarer vet ikke og 8 % svarer i svært liten eller i ganske liten grad.



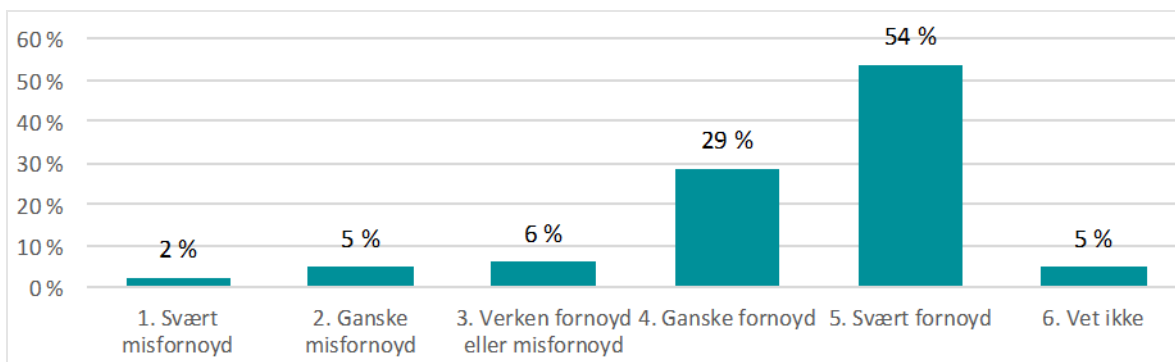
Figur 6-33: I hvilken grad mener du kommunen ivaretar prinsippet om likhetsbehandling i tildelingen av tjenester?

Figur 6-34 viser pårørendes svar på om på de opplevde at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen. 75 % opplevde at personene som vurderte søknaden i ganske stor eller i svært stor grad hadde den rette kompetansen. Kun 2 % svarer i svært liten grad. Ingen har svart i ganske liten grad.



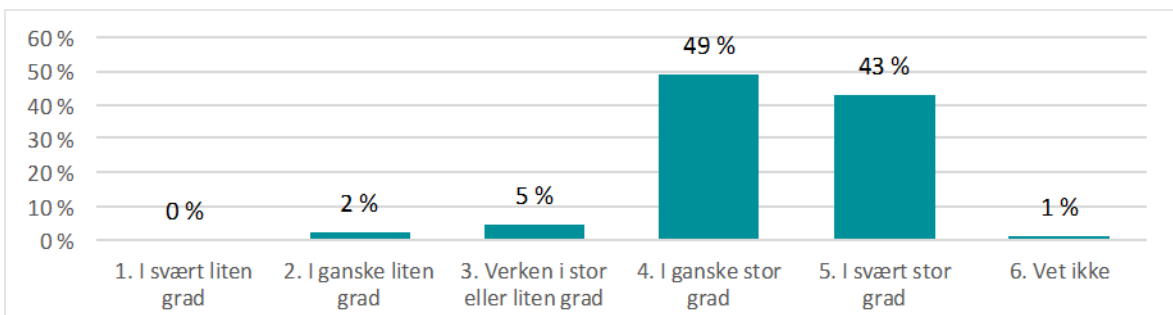
Figur 6-34: Sist gang du bistod brukeren med å søke om en tjeneste. I hvilken grad opplevde du at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen?

Figur 6-35 viser respondentenes svar på om de alt i alt er fornøyd eller misfornøyd med kommunens håndtering av brukerens siste søknad. 83 % svarer at de er ganske eller svært fornøyd. 7 % svarer at de er svært eller ganske misfornøyd med kommunens håndtering.



Figur 6-35: Alt i alt. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med kommunens håndtering av brukerens siste søknad?

Figur 6-36 viser de pårørendes svar på om de samlet sett synes kommunens tjenester dekker brukerens hjelpebehov. 92 % opplever at kommunens tjenester i ganske stor eller i svært stor grad dekker brukerens behov. 2 % svarer i ganske liten grad. Ingen svarer i svært liten grad.



Figur 6-36: Når du tenker på tjenesten(e) bruker mottar fra kommunen samlet sett, i hvilken grad vil du si at dette dekker brukers (hjelpe)behov?

6.3.3 Ansattes vurdering av brukermedvirkning i tildelingsprosessen

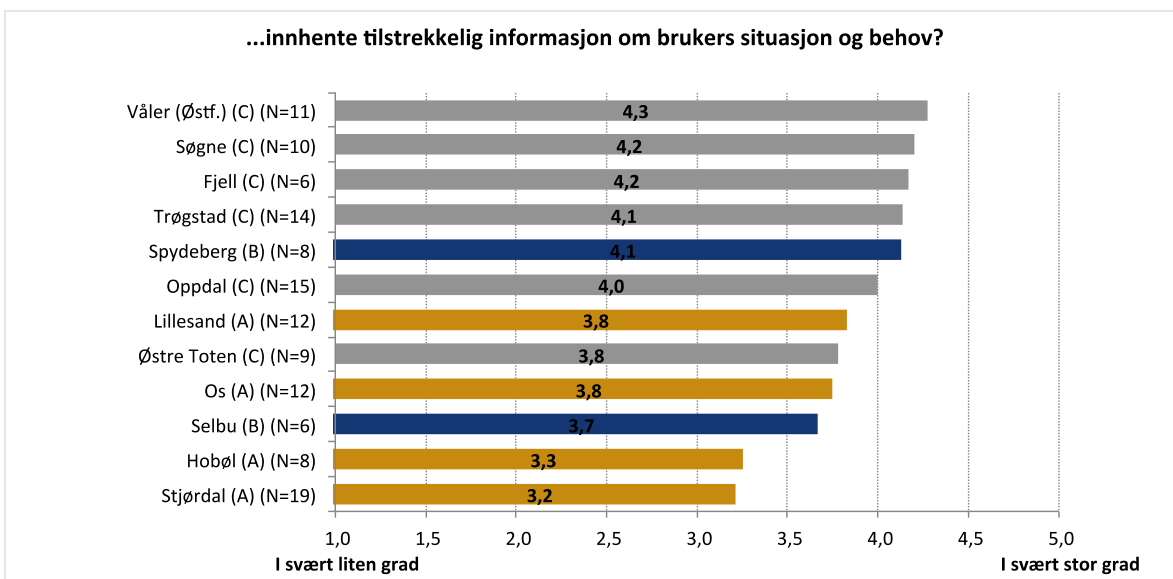
I nullpunktmålingen er vi opptatt av å kartlegge kommunenes informasjonsinnhenting og brukermedvirkning i tildelingen. Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de hadde praksis med å innhente

- tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov?
- tilstrekkelig informasjon om hva som var viktig for brukeren?
- informasjon fra pårørende når det var relevant?
- vedtakene gjenspeiler brukernes behov?

Dette er alle spørsmål som belyser vesentlige sider ved brukermedvirkningen.

Informasjon om brukers situasjon og behov

Figur 6-37 viser om kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov. Som vi kan se av figuren varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,2 til 4,3. De ansatte i Våler kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.

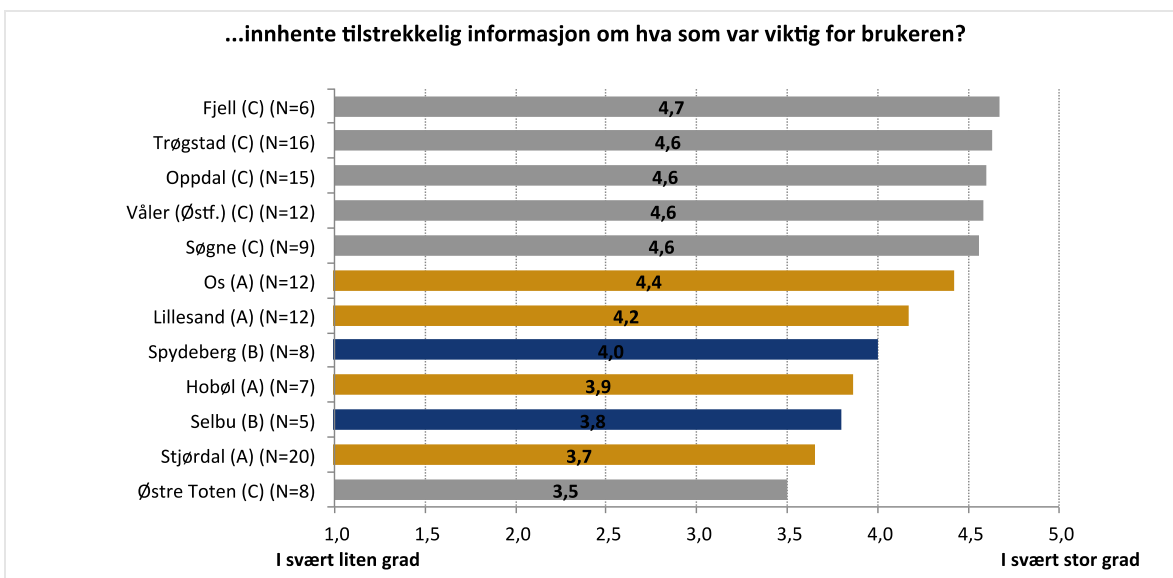


Figur 6-37: Ansattes vurdering av hvorvidt det i tildelingsprosessen innhentes tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov

Informasjon om hva som var viktig for brukeren

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 være nærliggende å søke om flere timer med hjemmetjeneste eller institusjonsplass, når et mer egnet tilbud kunne vært besøksvenn eller tilrettelegging for transport til dagsenter. Vi har imidlertid ikke empirisk grunnlag for å bedømme hvilken effekt en slik type tilnærming har.

Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de hadde praksis med å innhente tilstrekkelig informasjon om hva som var viktig for brukeren? Som vi kan se av Figur 6-38 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,5 til 4,7. De ansatte i Fjell kommune har igjen gitt høyest score, mens de ansatte i Østre Toten kommune har gitt lavest.

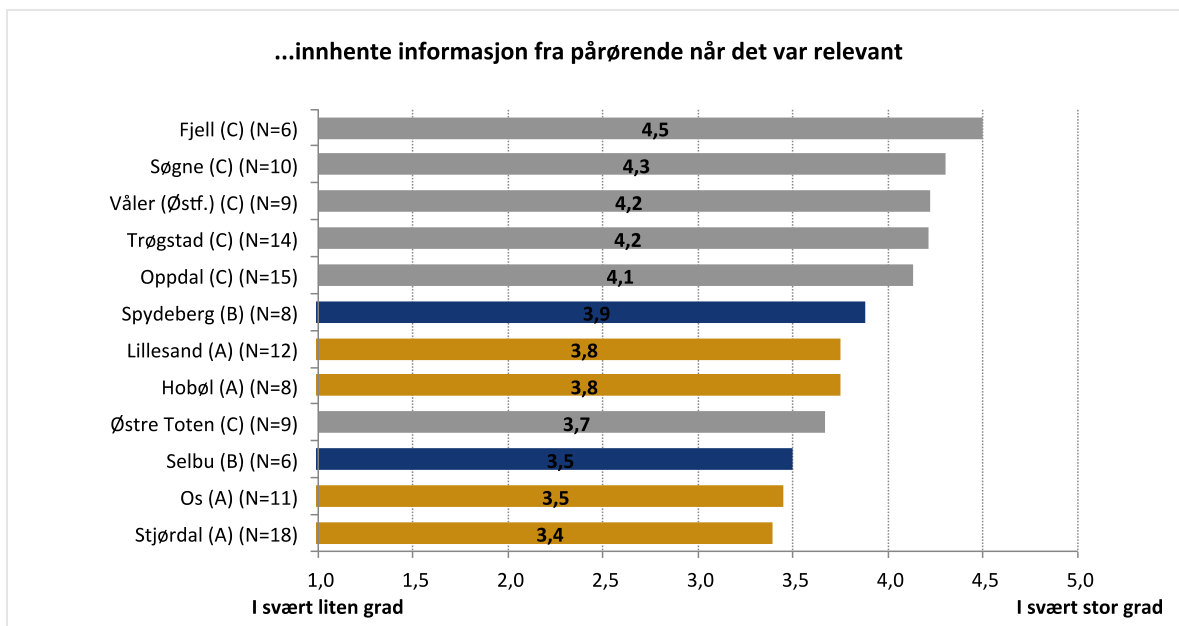


Figur 6-38: Ansattes vurdering av hvorvidt det i tildelingsprosessen innhentes tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for brukeren

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.

Vi spurte også de ansatte om i hvilken grad de hadde praksis med å innhente informasjon fra pårørende når det var relevant? Som vi kan se av Figur 6-39 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,4 til 4,5. De ansatte i Fjell kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune igjen har gitt lavest.

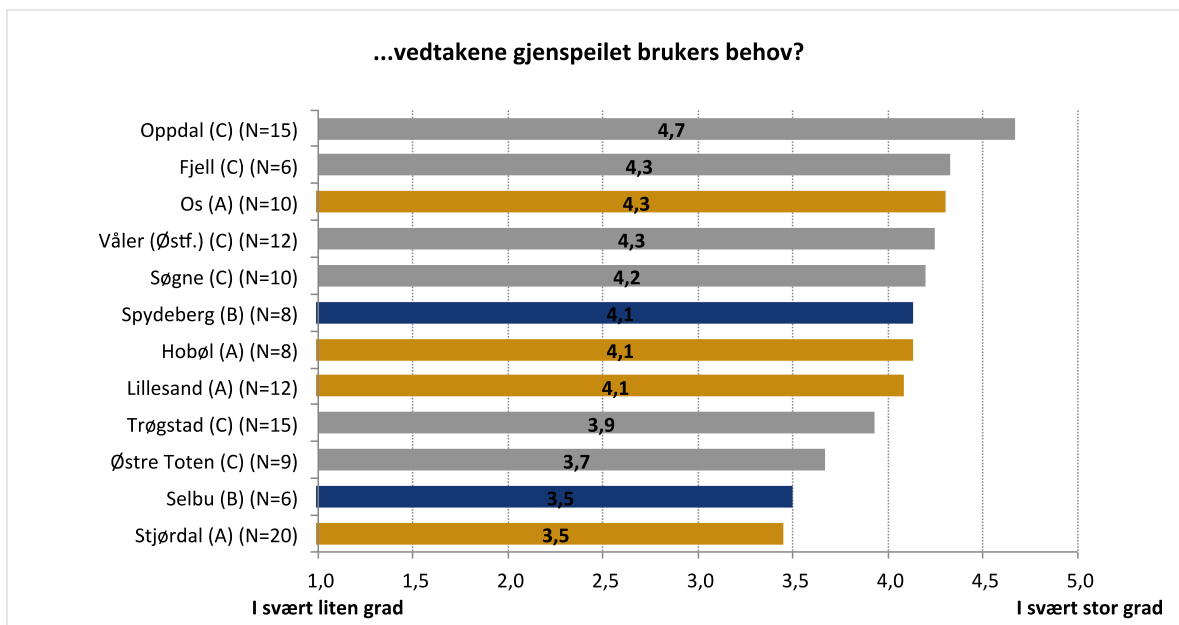


Figur 6-39: Ansattes vurdering av hvorvidt det i tildelingsprosessen innhentes tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov fra pårørende når det er relevant

Vedtak som gjenspeiler brukerens behov

Dersom det er en opplevelse blant de ansatte av at ikke vedtakene gjenspeiler brukernes behov kan dette være en indikasjon på mangelfull brukermedvirkning.

I Figur 6-40 viser vi i hvilken grad vedtakene gjenspeilet brukers behov. Som vi kan se varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,5 til 4,7. De ansatte i Oppdal kommune har igjen gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.

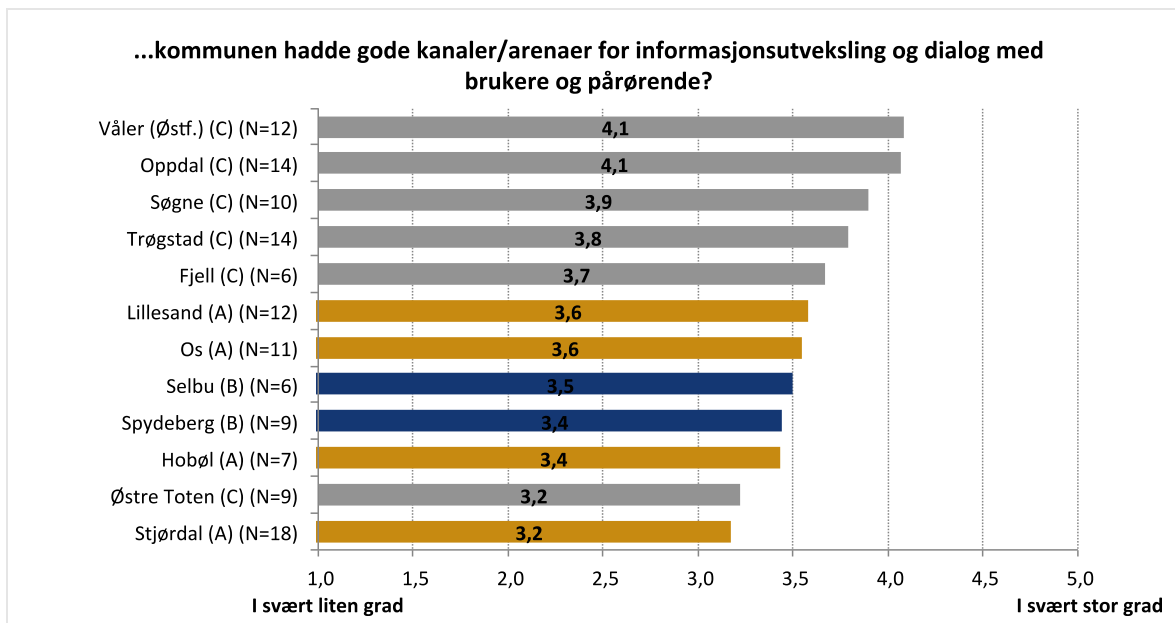


Figur 6-40: Ansattes vurdering av hvorvidt vedtakene som fattes gjenspeiler brukerens behov

6.3.4 Arenaer for informasjon og dialog med brukere og pårørende

For brukere og pårørende er det vesentlig å bli holdt informert om prosessen og hvordan systemet fungerer, og å kunne gi tilbakemeldinger. Dette kan derfor ses på som en viktig del av brukermedvirkningen. Det kan f.eks. være jevnlig informasjonsmøter, informasjonsmateriell som distribueres, oppsøkende virksomhet mv. som brukes systematisk.

Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de vil si at kommunen hadde gode kanaler/arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende? Som vi kan se av Figur 6-41 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,2 til 4,1. De ansatte i Våler kommune har igjen gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.

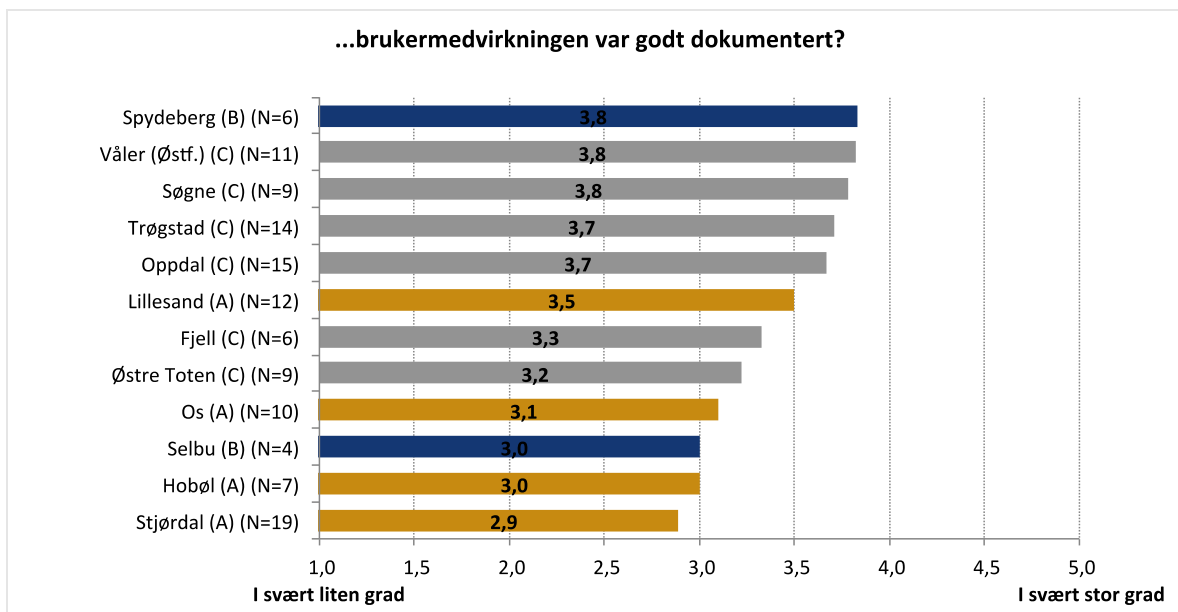


Figur 6-41: Ansattes vurdering av hvorvidt kommunen har gode kanaler og arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende.

6.3.5 Dokumentert brukermedvirkning

IS-2391 Kriterier for tildeling av omsorgstjenester viser til at det skal være felles rutiner/arbeidsflyt for saksgang og samarbeid ved tildeling, evaluering og revurdering. Herunder skal det være dokumentasjon av brukermedvirkning. Dokumenterte prosesser kan være indikasjon på at det jobbes mer systematisk med brukermedvirkning.

Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de vil si at brukermedvirkningen var godt dokumentert? Som vi kan se av Figur 6-42 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,9 til 3,8. De ansatte i Spydeberg kommune har igjen gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.



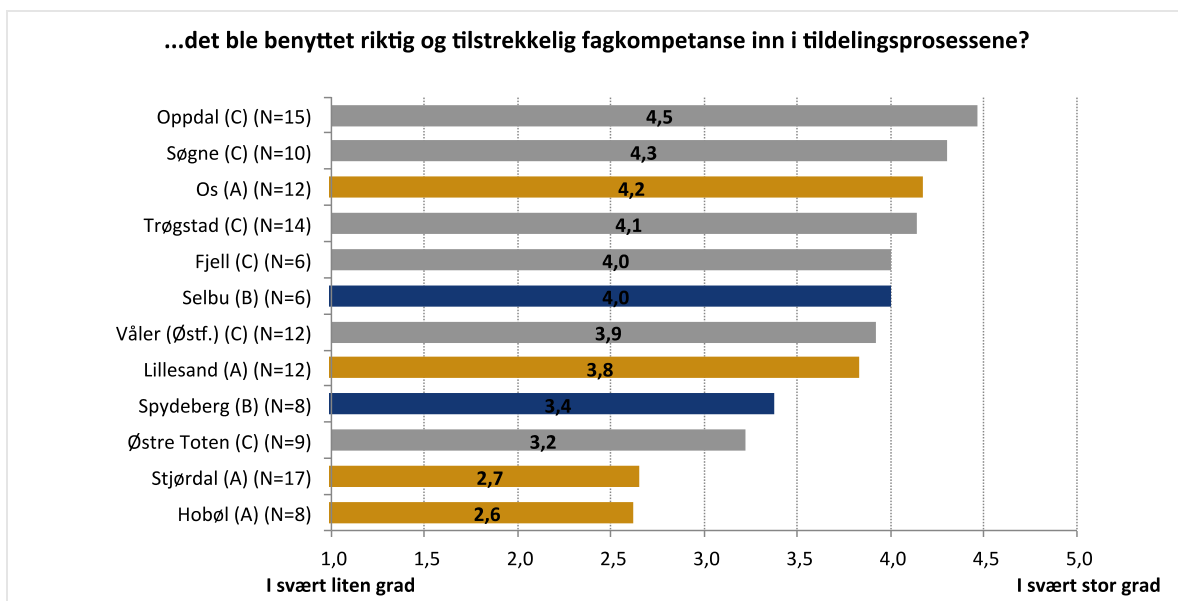
Figur 6-42: Ansattes vurdering av hvorvidt brukermedvirkning i tildelingsprosessen er godt dokumentert.

6.4 Kompetanse og samhandling i tildelingen

6.4.1 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.

Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de vil si at det ble benyttet riktig og tilstrekkelig fagkompetanse inn i tildelingsprosessene? Som vi kan se av Figur 6-43 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,6 til 4,5. De ansatte i Oppdal kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Hobøl kommune har gitt lavest.

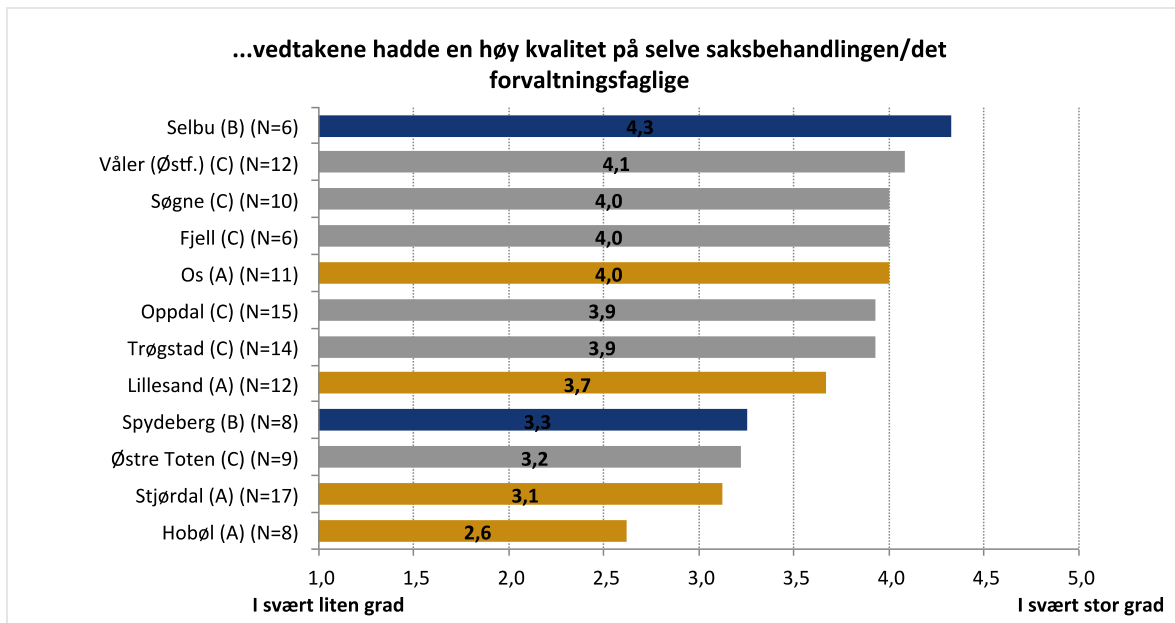


Figur 6-43: Ansattes vurdering av hvorvidt det i tildelingsprosessen ble benyttet riktig og tilstrekkelig fagkompetanse

6.4.2 Forvaltningsfaglig kvalitet på vedtak

Kunnskap om saksbehandling, forvaltningsrett og helse- og omsorgslovgivningen er nødvendig for å sikre at tildelingen og prosessen rundt skjer iht. god forvaltningspraksis og gjeldende lovverk.

Vi ba de ansatte svare på i hvilken grad de vil si at vedtakene hadde en høy kvalitet på selve saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige? Som vi kan se av Figur 6-44 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,6 til 4,3. De ansatte i Selbu kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Hobøl kommune har gitt lavest.

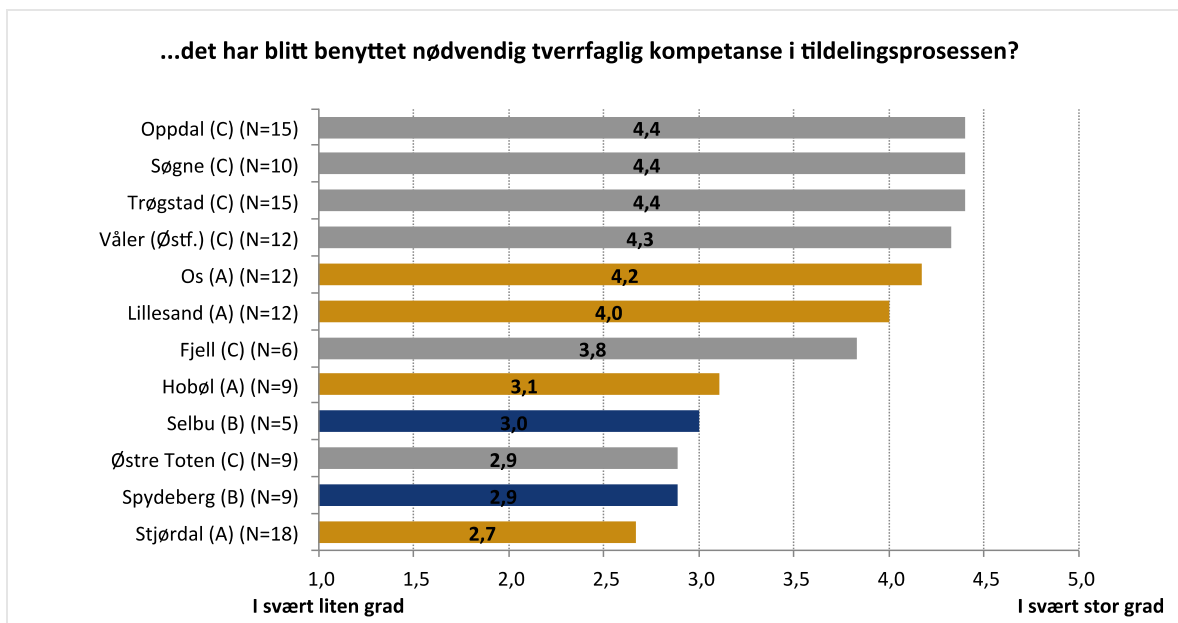


Figur 6-44: Ansattes vurdering av hvorvidt vedtakene hadde høy kvalitet på selve saksbehandlingen/det forvaltningsmessige

6.4.3 Bruk av tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen

Det legges til grunn at tverrfaglig kompetanse skal være benyttet i tildelingsprosessen for å sikre riktig behovsdekning, og det å trekke inn kompetanse utenfra skal alltid vurderes og innhentes ved behov. Dette kan være medisinsk kompetanse og spesialkompetanse på bestemte helse- og omsorgsfaglige områder.

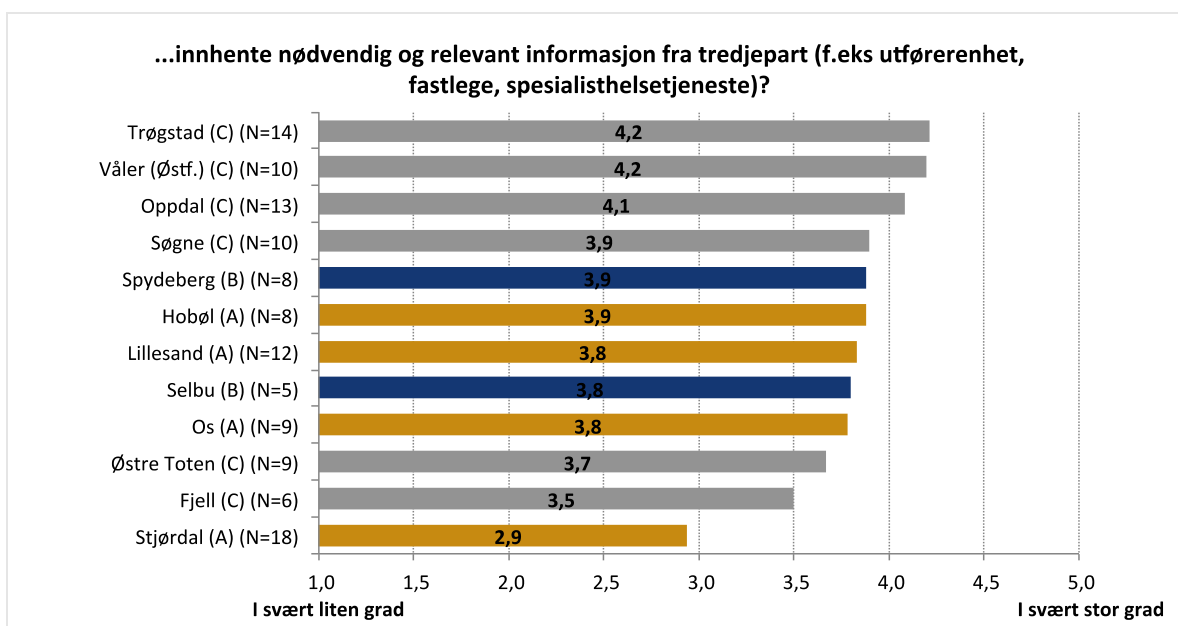
I Figur 6-45 viser vi i hvilken grad de vil si at det har blitt benyttet nødvendig tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen? Som vi kan se varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,7 til 4,4. De ansatte i Oppdal, Søgne og Trøgstad har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.



Figur 6-45: Ansattes vurdering av hvorvidt det i tildelingsprosessen har blitt benyttet nødvendig tverrfaglig kompetanse

Vi spurte også de ansatte om i hvilken grad de hadde praksis med å innhente nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart (f.eks. utførerenhet, fastlege, spesialisthelsetjeneste)? Dette speiler på mye av det samme som spørsmålet 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.

Som vi kan se av Figur 6-46 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,9 til 4,2. De ansatte i Trøgstad kommune har igjen gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har igjen gitt lavest.

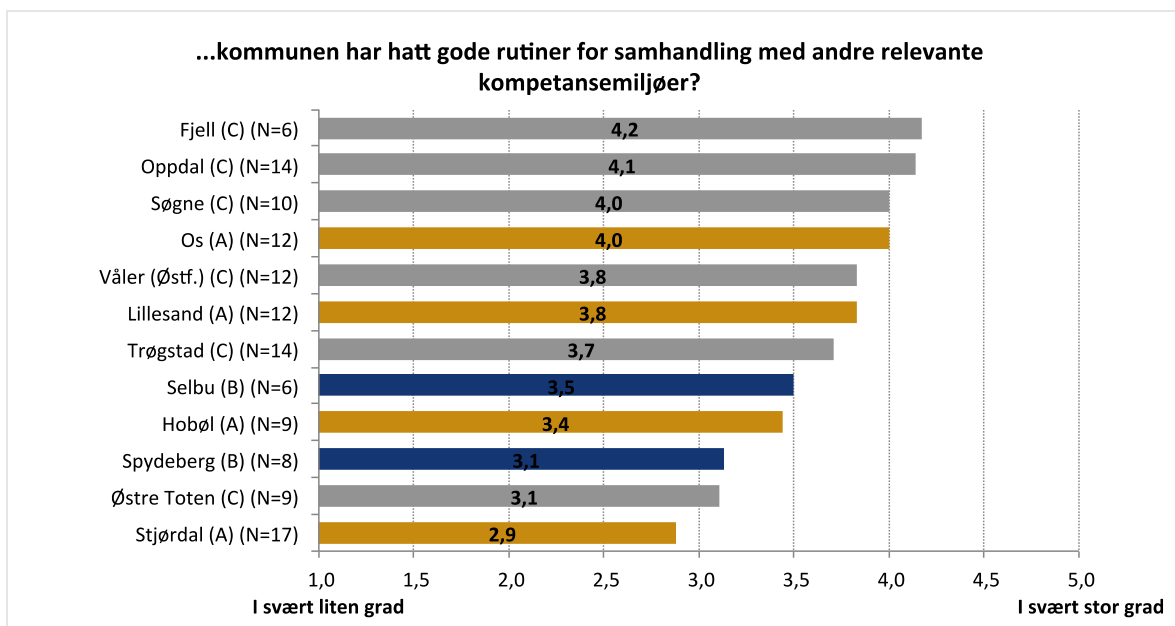


Figur 6-46: Ansattes vurdering av hvorvidt det i tildelingsprosessen innhentes nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart

6.4.4 Rutiner for samhandling med relevante kompetansemiljøer

Samhandling med relevante kompetansemiljøer, både i konkrete tilfeller og på generell basis, kan bidra til å styrke kompetansenivået som ligger til grunn for tildeling/vedtak.

Vi ba de ansatte vurdere i hvilken grad de vil si at kommunen har hatt gode rutiner for samhandling med andre relevante kompetansemiljøer? Som vi kan se av Figur 6-47 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,9 til 4,2. De ansatte i Fjell kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.



Figur 6-47: Ansattes vurdering av hvorvidt kommunen har hatt gode rutiner for samhandling med andre relevante kompetansemiljøer

6.4.5 Kapasitet i tildelingsprosessen

Tilstrekkelig med ressurser knyttet til tildelingsprosessen kan ses på som en viktig faktor for å gjøre gode tildelinger. Dette gjelder uavhengig av om arbeidet utføres i en egen tildelingsenhet, i tverrfaglig team eller ute i tjenestene. Tabellen under viser antall årsverk kommunene har i tildelingsenheten sammenlignet med årsverk i utførerenheter pr. 1.1.2016. Vi gjengir her kun de kommunene som hadde egen tildelingsenhet på tidspunktet. Dette kan imidlertid ikke tolkes som et direkte uttrykk for kapasitet siden tildelingsenhetene kan ha forskjellige mandat og ansvarsområder i de ulike kommunene. Det samlede bildet er uansett at tildelingsenheten jevnt over har samme størrelse i forhold til utførende tjenester, med 2–3% årsverkene knyttet til dette.

Tabell 6-2: Årsverk i utfører- og tildelingsenheter per 1.1.2016

Kommune	Antall årsverk utførerenheter	Antall årsverk tildelingsenhet	Andel årsverk i tildelingsenhet
Hobøl	89	2,5	2,7 %
Lillesand	255	5,3	2,0 %
Stjørdal*	404	7,6	1,8 %

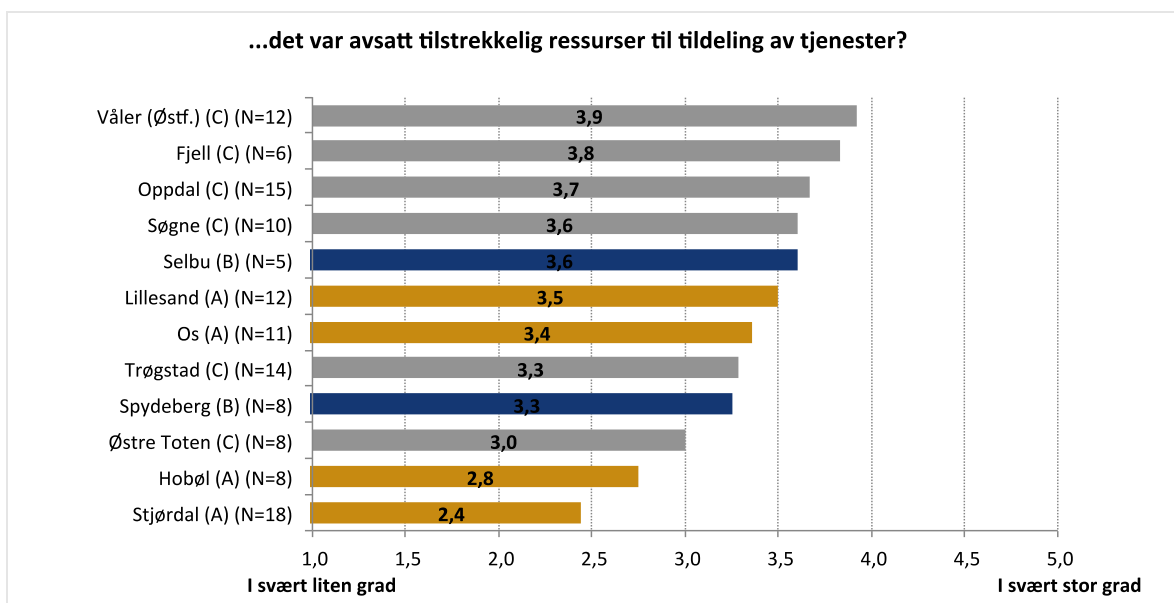
Os	350	8,0	2,2 %
Selbu**	108	1,5	1,4 %
Spydeberg***	98	2,0	2,0%
Våler	93	3,0	3,1 %
Søgne	182	4,9	2,6 %
Østre Toten	383	9,3	2,4 %

* Felles forvaltningskontor for Værnesregionen

** Felles forvaltningskontor for Værnesregionen (tall for bidrag inn i samarbeidet, ikke ressurstilgang)

*** Ikke egen tildelingsenhet per 1.1.2016 (kun kartlegging)

I Figur 6-48 viser vi i hvilken grad de ansatte anser at det var avsatt tilstrekkelig ressurser til tildeling av tjenester? Som vi kan se av varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,4 til 3,9. De ansatte i Våler kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest. Kommunene som opplever at det er avsatt lite ressurser til tildeling, er stort sett de samme som scorer seg selv lavt når det gjelder andre aspekter ved tildelingen.



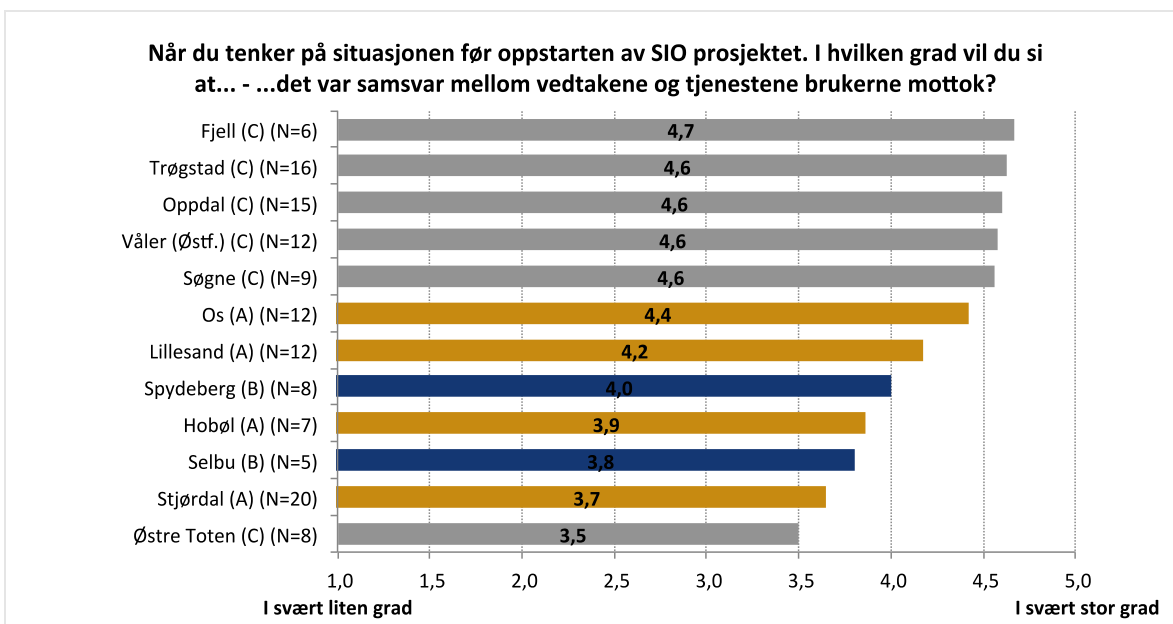
Figur 6-48: Ansattes vurdering av hvorvidt det er avsatt tilstrekkelig med ressurser til tildeling av tjenester

6.5 Rutiner og verktøy for tildeling

6.5.1 Forhold mellom vedtak om tjenester 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.

Vi spurte også om i hvilken grad det var samsvar mellom vedtakene og tjenestene brukerne mottok? Som vi kan se av Figur 6-49 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,5 til 4,7. De ansatte i Fjell kommune har igjen gitt høyest score, mens de ansatte i Østre Toten kommune igjen har gitt lavest.

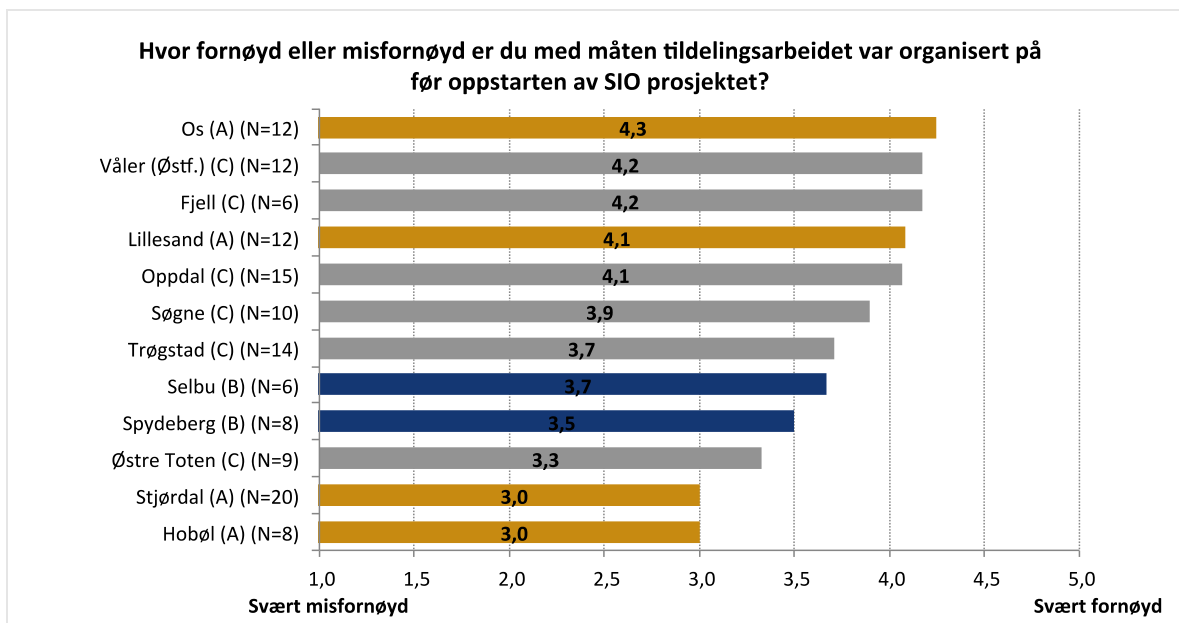


Figur 6-49: Ansattes vurdering av hvorvidt det er samsvar mellom vedtak og faktiske tjenester som mottas

6.5.2 Organisering av tildelingsprosessen

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

Vi spurte også de ansatte om hvor fornøyd eller misfornøyd de er med måten tildelingsarbeidet var organisert på før oppstarten av SIO prosjektet? Som vi kan se av Figur 6-50 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,0 til 4,3. De ansatte i Os kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Hobøl kommune har gitt lavest. Det ser imidlertid ikke ut til å være noen sammenheng mellom hvor høyt kommunene scorer seg selv på dette punktet, og hvorvidt kommunen har en egen tildelingsenhet.

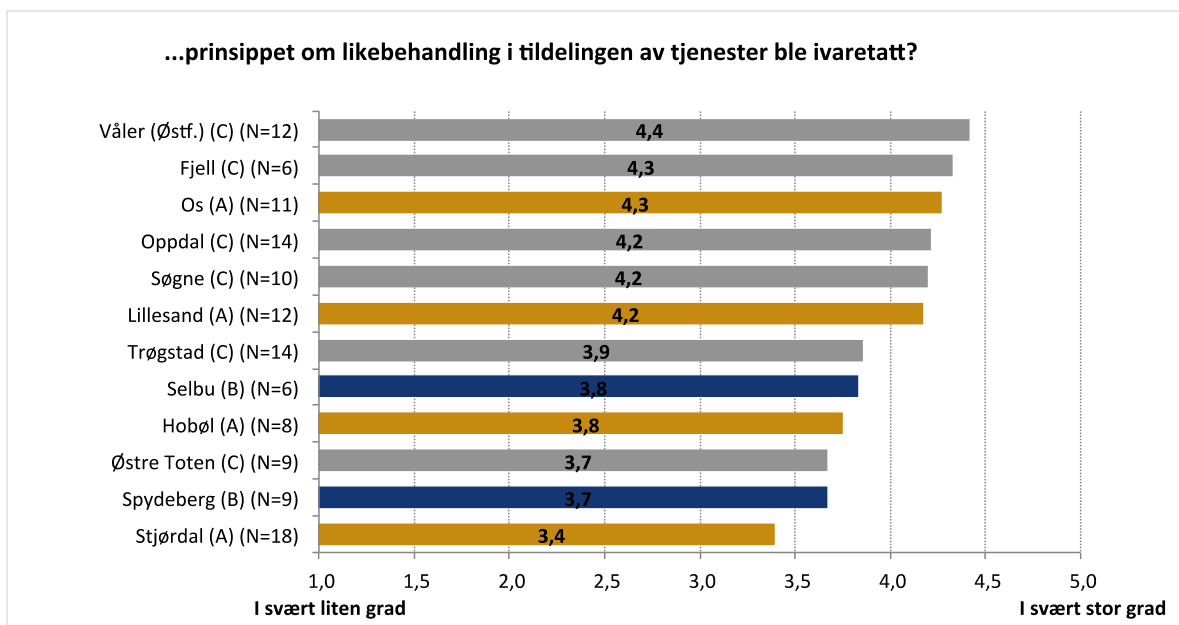


Figur 6-50: Ansattes vurdering av hvor godt tidelingsarbeidet er organisert

6.5.3 Opplevd likhet i tidelingsprosessen

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

Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de vil si at prinsippet om likebehandling i tidelingen av tjenester ble ivaretatt? Som vi kan se av Figur 6-51 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,5 til 4,4. De ansatte i Våler kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.

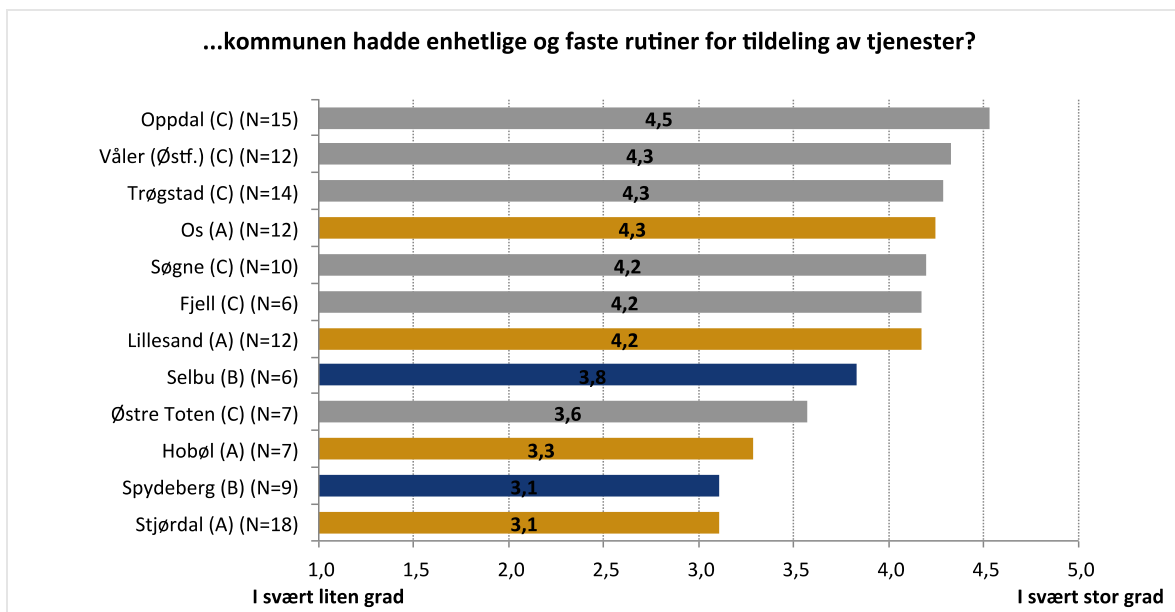


Figur 6-51: Ansattes vurdering av hvorvidt prinsippet om likebehandling ivaretas i tidelingen av tjenester

6.5.4 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.

Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de vil si at kommunen hadde enhetlige og faste rutiner for tildeling av tjenester? Som vi kan se av Figur 6-52 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,1 til 4,5. De ansatte i Oppdal kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.

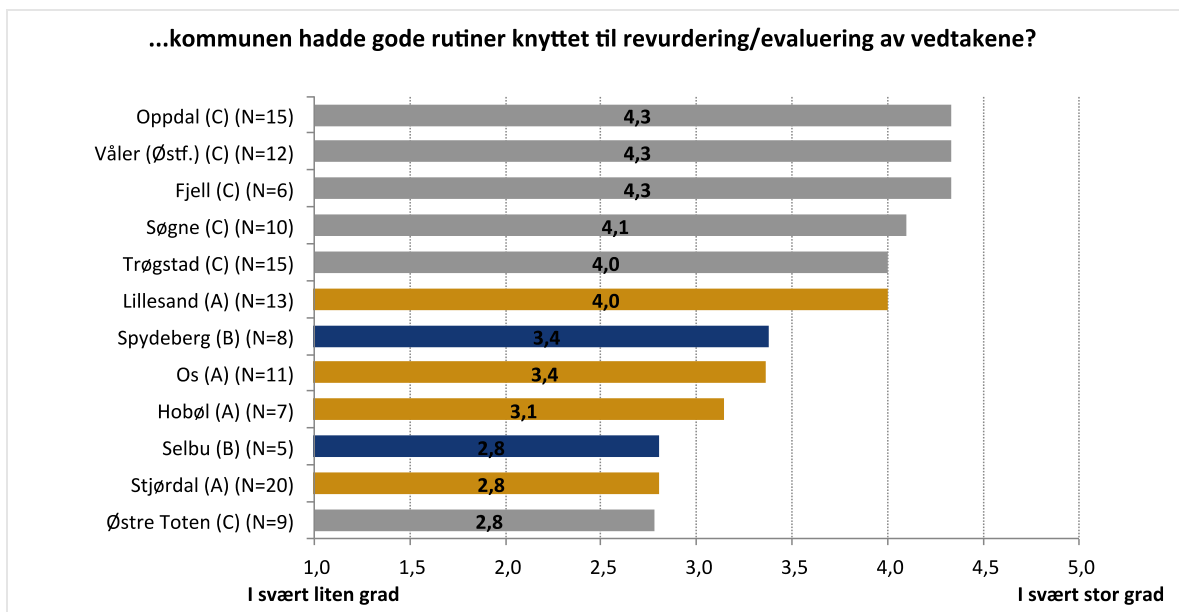


Figur 6-52: Ansattes vurdering av hvorvidt kommune hadde enhetlige og faste rutiner for tildeling av tjenester

6.5.5 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 det er til enhver tid er best mulig samsvar mellom vedtak og faktisk utførte tjenester, og at brukeren til enhver tid for vedtak som er tilpasset situasjonen der og da.

Vi spurte også om i hvilken grad kommunen hadde gode rutiner knyttet til revurdering/evaluering av vedtakene? Som vi kan se av Figur 6-53 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,8 til 4,3. De ansatte i Fjell, Våler og Oppdal har gitt høyest score, mens de ansatte i Østre Toten kommune har igjen gitt lavest.

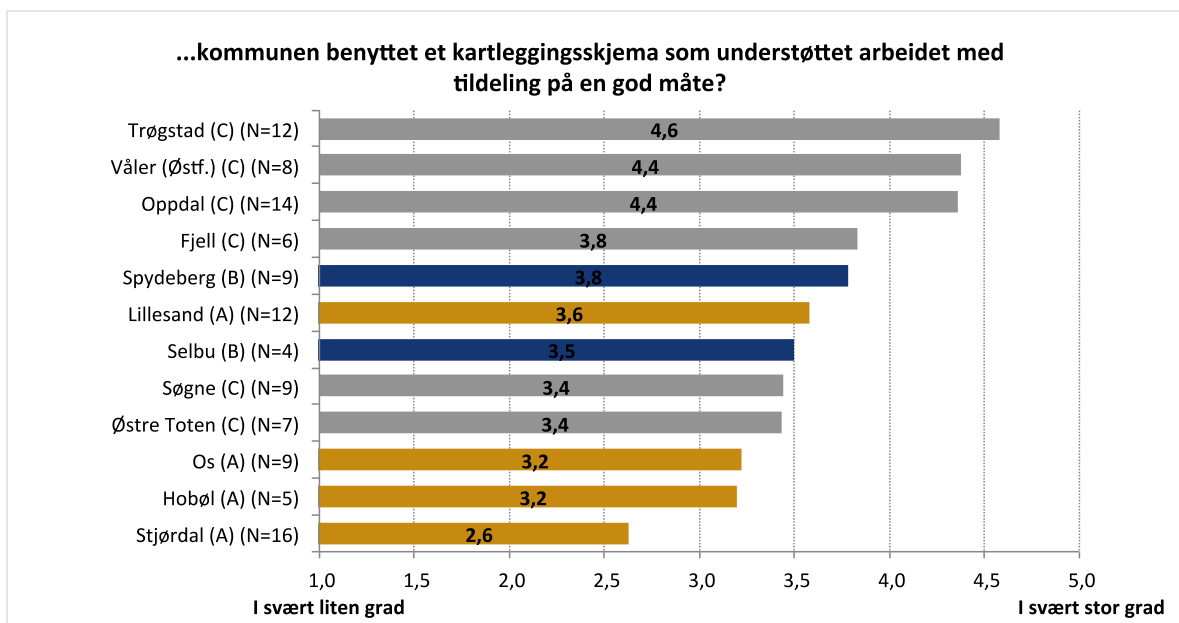


Figur 6-53: Ansattes vurdering av hvorvidt kommunen hadde gode rutiner knyttet til revurdering/evaluering av vedtak

6.5.6 Bruk av kartleggingsskjema i tildelingsprosessen

De fleste kommuner har kartleggingsskjema som benyttes i dialog med brukeren når det tildeles tjenester. Kartleggingsskjema er slik sett et verktøy i tildelingsprosessen, og kvaliteten på dette skjema vil derfor kunne påvirke hvilke forhold som blir kartlagt.

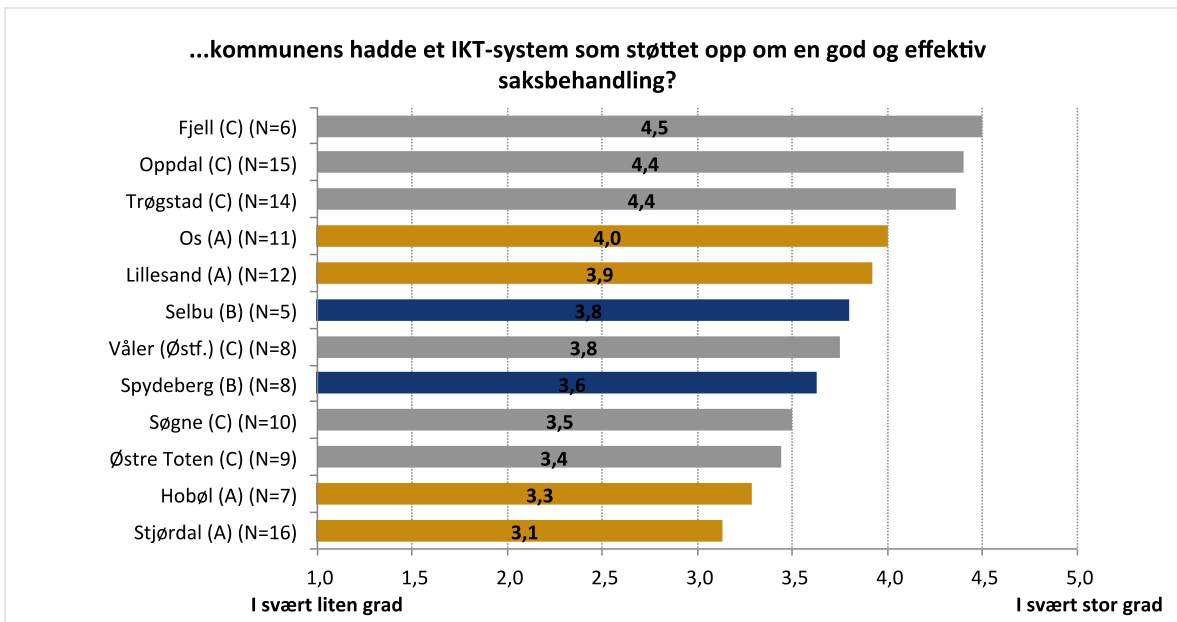
Vi spurte de ansatte om de benyttet et kartleggingsskjema som understøttet arbeidet med tildeling på en god måte? Som vi kan se av Figur 6-54 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,6 til 4,6. De ansatte i Trøgstad kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.



Figur 6-54: Ansattes vurdering av hvorvidt kommunen benyttet et kartleggingsskjema som understøttet arbeidet med tildeling på en god måte

6.5.7 Kvalitet på IKT-system i tildelingsprosessen

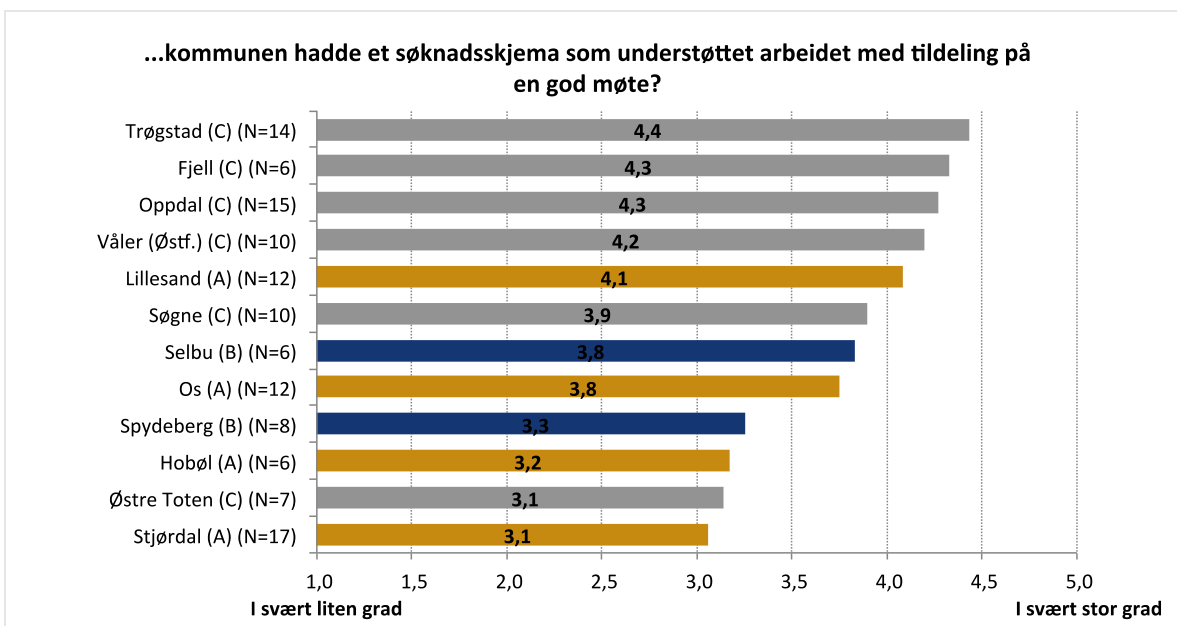
Vi spurte de ansatte om kommunen hadde et IKT-system som støttet opp om en god og effektiv saksbehandling? Som vi kan se av Figur 6-55 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,1 til 4,5. De ansatte i Fjell kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.



Figur 6-55: Ansattes vurdering av hvorvidt kommunen hadde et IKT-system som støttet opp om en god og effektiv saksbehandling

6.5.8 Bruk av søknadsskjema i tildelingsprosessen

Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de vil si at kommunen hadde et søknadsskjema som understøttet arbeidet med tildeling på en god måte? Som vi kan se av Figur 6-56 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,1 til 4,4. De ansatte i Trøgstad kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.

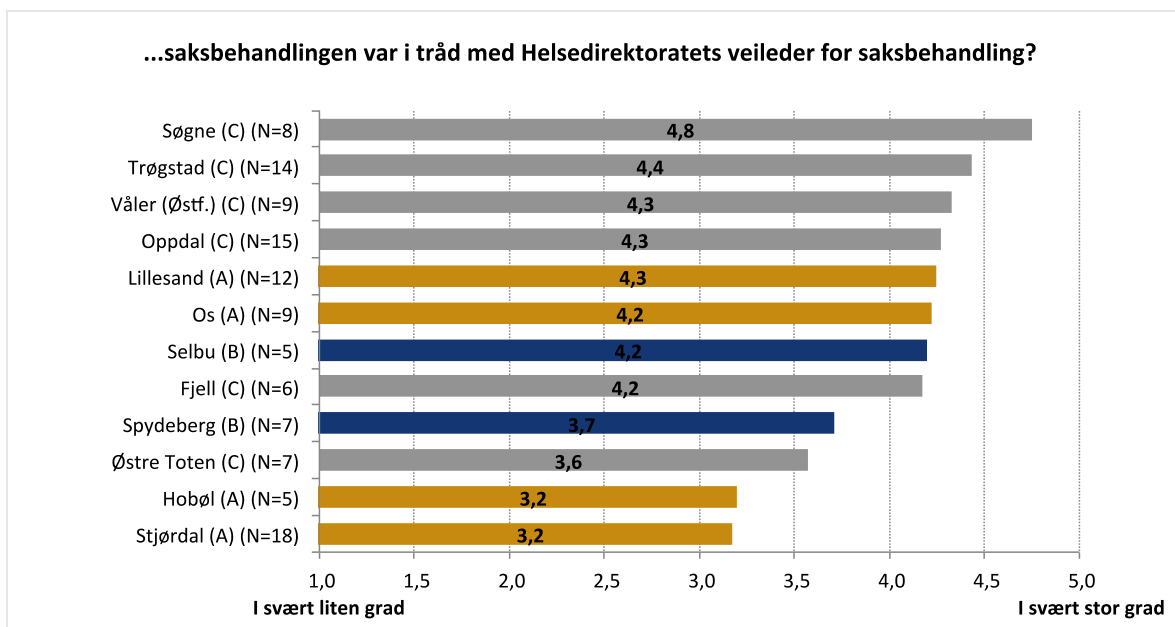


Figur 6-56: Ansattes vurdering av hvorvidt kommunen hadde et søknadsskjema som understøttet arbeidet med tildeling på en god måte

6.5.9 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 gjelder føringer og praksis på saksbehandling. En svakhet ved spørsmålet er at ikke nødvendigvis alle de ansatte i kommunene er kjent med den nye veilederen – og slik sett bruker den gamle som referanseramme i sitt svar.

Vi spurte de ansatte om i hvilken grad saksbehandlingen var i tråd med Helsedirektoratets veileder for saksbehandling? Som vi kan se av Figur 6-57 varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,2 til 4,8. De ansatte i Søgne kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Stjørdal kommune har gitt lavest.



Figur 6-57: Ansattes vurdering av hvorvidt saksbehandlingen var i tråd med Helsedirektoratets veileder for saksbehandling

7 Oppsummering: Hvordan forklare forskjeller mellom kommunene?

Dette kapitlet oppsummer funnene i kapittel 6, og ser på ulike forklaringer på hvorfor de ulike kommunene kommer ut slik som de gjør.

Avsnitt 7.1 setter utviklingen av de kommunale tjenestene inn i et historisk perspektiv og dokumenterer endringer i hvordan kommunene har valgt å utforme sine tjenestetilbud.

Avsnitt 7.2 ser på ulike forhold som kan forklare variasjoner i tjenestetilbudet mellom de ulike kommunene.

Avsnitt 7.3 kommenterer forhold som kan forklare ulikheter i kommunens tildelingspraksis. Her kommenteres også metodiske utfordringer knyttet til å sammenligne de ulike indikatorene som måler dette.

7.1 Historisk utvikling i sammensetning av omsorgstrappen

Å se hvilken utviklingsbane de ulike kommunene er inne i er en nyttig indikator fordi den sier noe om hvilke trender som preger kommunene allerede. Når man skal se på eventuelle effekter av forsøket er dette viktig å ta høyde for siden forsøket kan forsterke eller bremse trender kommunen allerede er inne i.

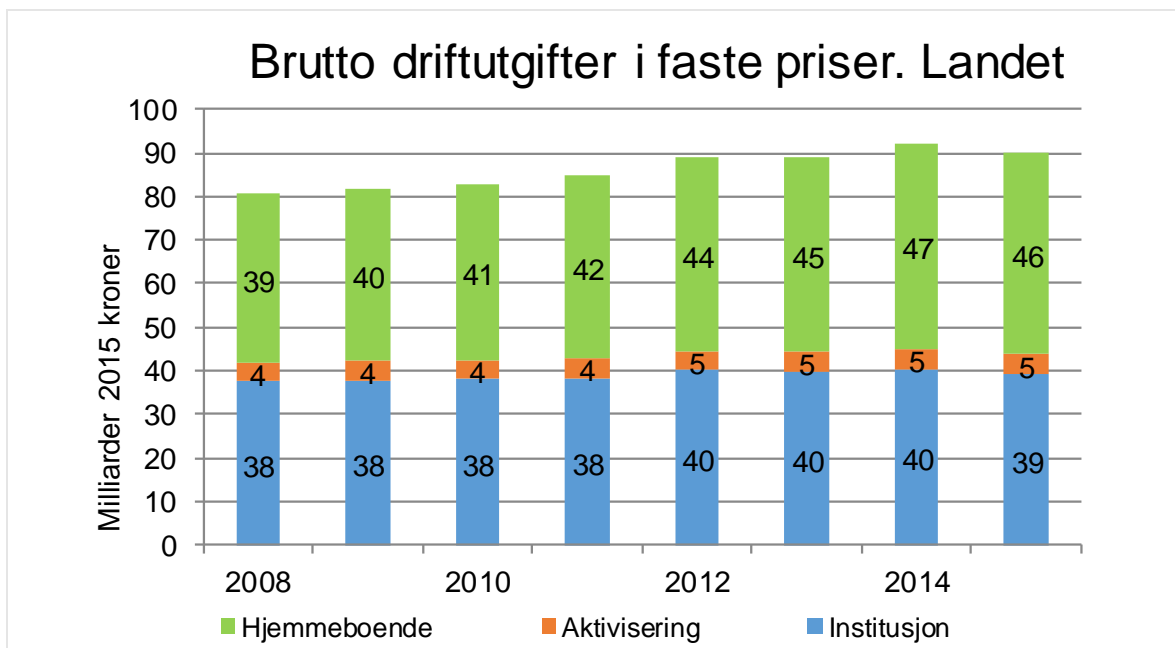
I hele Norden går utviklingen i retning av at det er flere som får tilbud i eget hjem og færre som får tilbud på institusjon. Sammenliknet med de andre landene er det i Norge en langt høyere andel av den eldre befolkningen som får et tilbud på institusjon.

En forklaring er at bygging av sykehjem har blitt vektlagt på nasjonalt nivå i Norge. I Norge 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 innebar den såkalte HVPU-reformen på 1990-tallet en styrt overgang fra institusjon til bolig for personer med nedsatt funksjonsevne. Den samme trenden har for så vidt også vært gjeldende for eldre, hvor det har vært en gradvis utvikling fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. De aller fleste kommuner satser mer på hjemmetjenester enn før, og dekningen for heldøgntilbudet går ned. En økende andel av heldøgntilbudet blir gitt i omsorgsboliger og en redusert andel på institusjon. Stjørdal og Fjell er eksempler på kommuner hvor bare rundt halvparten av heldøgntilbudet blir gitt på institusjon.

7.1.1 Omsorgstrappen belyst med tall fra KOSTRA

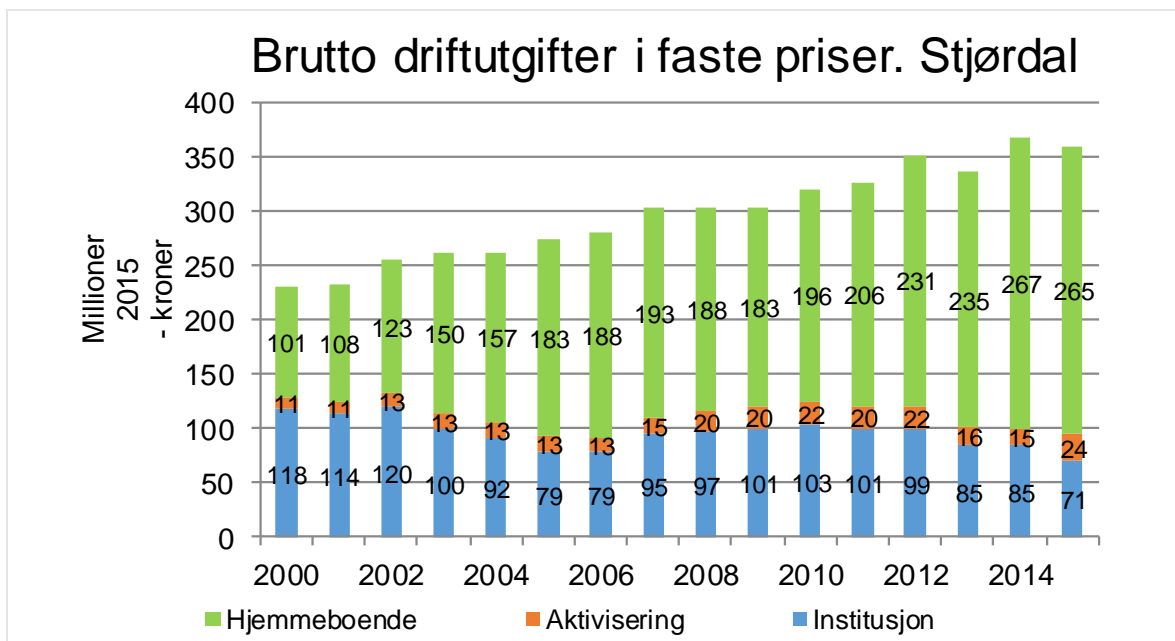
Vi gjør her et forsøk på å belyse utviklingen av omsorgstrappen med tall fra KOSTRA.



Figur 7-1: Brutto driftsutgifter i faste 2015-kroner fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

I perioden fra 2008 til 2015 har utgiftene for landet som helhet til pleie- og omsorgstjenester økt fra rundt 80 til 90 milliarder 2015-kroner. Aktiviteten har med andre ord vært på rundt 12 %. Tilnærmet hele økningen har skjedd for hjemmeboende og aktivisering. Utgiftene til institusjon har vært omtrent uendret gjennom perioden. Resultatet er at andelen av utgiftene til institusjon i perioden har blitt redusert fra 47 til 44 %.

På kommunenivå har utviklingen vært preget av til dels store endringer. Stjørdal er eksempel på en slik kommune. Utviklingen for kommunen er vist i figuren under.

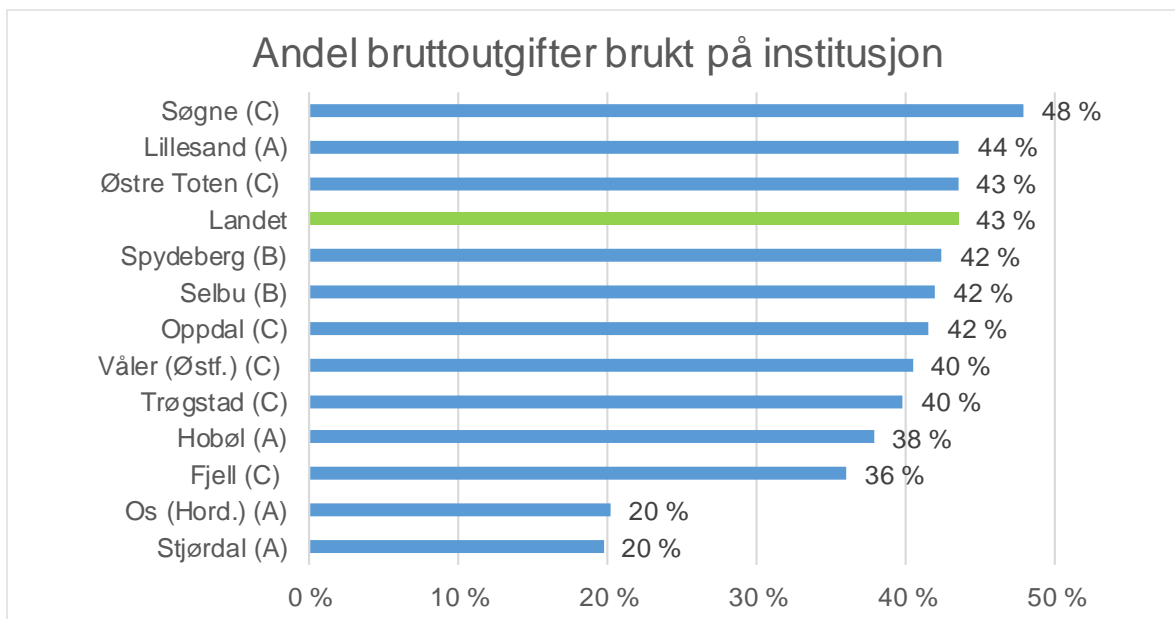


Figur 7-2: Brutto driftsutgifter i faste 2015-kroner 2000-2105 fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

I løpet av 15 år har utgiftene til institusjon blitt redusert med 30 % mens utgiftene til hjemmeboende og aktivisering har blitt mer enn doblet, jf. figuren over. Det har med andre ord skjedd en radikal og relativt systematisk utvikling gjennom perioden. Unntaket er perioden fra 2006 til 2010 hvor utgiftene til institusjon økte.

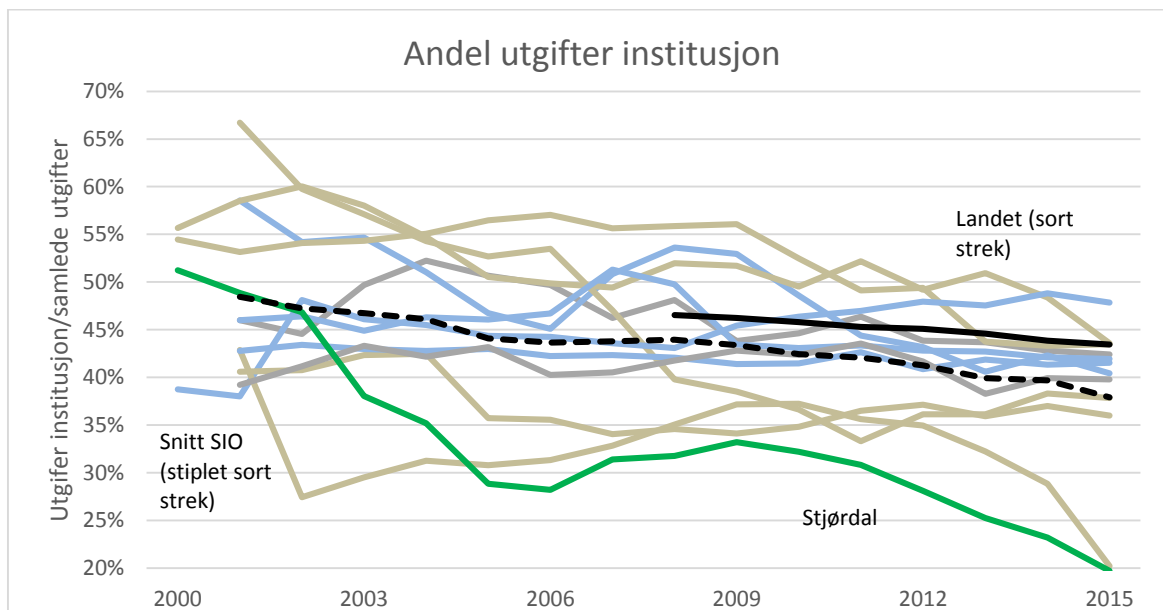
7.1.2 Andelen av utgifter brukt på institusjon som indikator på omsorgstrappen

Som neste steg i analysen vil vi illustrere utviklingen i omsorgstrappen for de 12 kommunene som er med i SIO-prosjektet som A, B eller C-kommuner. Dette vil vi gjøre ved å se på hvor stor del av bruttoutgiftene som blir brukt på institusjon. Situasjonen i 2015 for de 12 kommunene er vist i figuren under.



Figur 7-3: Andel av bruttoutgifter 2015 brukt på institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Andelen av utgiftene som blir brukt på institusjon i 2015 varierer fra 20 % i Os og Stjørdal til 48 % i Søgne, jf. figuren over. Det er med andre ord svært store forskjeller mellom kommunene.



Figur 7-4: Andel av bruttoutgifter brukt på institusjon 2000-2015. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Videre har vi illustrert den historiske utviklingen i figuren over. Her er de fleste kommunene tegnet inn som grå streker. Unntaket er Stjørdal som er tegnet med grønn strek, gjennomsnitt av SIO-kommunene som stiplet strek og landet som helhet med sort strek. Som omtalt i avsnitt 6.2.3 er det stor forskjell mellom SIO-kommunene i hvordan denne fordelingen har utviklet seg: Stjørdal har redusert andelen på institusjon med 30 prosentpoeng, mens Trøgstad har ligget på omtrent samme nivå i hele perioden. I 11 av 12 SIO-kommuner har det vært en reduksjon i andelen av utgiftene brukt på institusjon, og den gjennomsnittlige reduksjon har vært på 11 prosentpoeng – fra 48 % i 2001 til 37,9 % i 2015.

7.2 Mulige forklaringer på ulikheter i utforming av tjenestetilbudet

Gjennomgangen av hvordan kommunene har utformet sitt tjenestetilbud (jf. avsnitt 6.2) har avdekket relativt store forskjeller mellom kommunenes utgifter til ulike grupper og tjenester. Vi vil her oppsummere hovedfunnene og drøfte mulige årsaker til forskjellene mellom kommunene.

7.2.1 Hovedfunn

Det er store forskjeller i kommunenes utgifter til pleie og omsorg, selv etter korrigeringen av forskjeller i behov. Hobøl lå høyest i 2015 med utgifter som var rundt 50 % høyere enn Stjørdal som lå lavest.

Det er langt større variasjoner i utgiftene til personer med nedsatt funksjonsevne og psykisk helse enn for utgiftene til eldre. Høye samlede utgifter ser i særlig grad ut til å henge sammen med høye utgifter til personer med nedsatt funksjonsevne. De fire kommunene fra Østfold har alle plassert seg blant de fem kommunene med høyest utgifter til personer med nedsatt funksjonsevne.

Det er store forskjeller i hvor stor del av utgiftene til eldre som ble brukt på institusjon i 2015. Andelen varierte fra 27 % i Stjørdal til 70 % i Lillesand. De fire kommunene med lavest samlede utgifter er også de fire kommunene som bruker mest på omsorgsboliger til denne gruppen.

7.2.2 Prioritering

Utgiftene til PLO er avhengig av *politiske prioriteringer* i kommunen når det gjelder den økonomiske rammen til disse tjenestene, og eventuelt også andre politiske føringer. Nivået vil også være avhengig av *administrative prioriteringer* som blir gjort i tildelingen av tjenestene.

7.2.3 Tilfeldige variasjoner

I en kommune vil det være relativt få personer med nedsatt funksjonsevne med omfattende behov for bistand. Antallet i den enkelte kommune vil derfor være preget av tilfeldige variasjoner, som særlig vil slå ut i små kommuner. De tilfeldige variasjonene er en viktig begrunnelse bak det statlige øremerkede tilskuddet til ressurskrevende brukere. Hadde disse brukerne vært mer jevnt fordelt kunne tilskuddet istedenfor vært gitt som rammetilskudd. For disse brukerne dekker det statlige tilskuddet i gjennomsnitt omtrent 45 % av utgiftene. Det er med andre ord en betydelig kommunal egenandel, som vil være en del av nettoutgiftene til kommunen. Tilfeldige variasjoner i denne typen brukere vil altså til en viss grad forklare forskjellene vist i nettoutgiftene.

Det statlige tilskuddet bidrar altså til å utjevne forskjeller i kommunenes bruttoutgifter. Vår erfaring er at det er krevende for kommunene å rapportere utgiftene som ligger til grunn for tilskuddet. Til en viss grad kan tilskuddet være påvirket av hvor dyktige kommunene er i sin rapportering. Videre har vi erfart at noen kommuner nok har rapportert på en måte som gir et tilskudd ut over det som egentlig er intensjonen med tilskuddet. Det foreligger imidlertid etter det vi kjenner til ingen dokumentasjon av denne praksisen. Vi vet ikke i hvilken grad slike forhold kan ha påvirket netto-utgiftene i våre 12 kommuner.

7.2.4 Effektiv drift

Høye utgifter til de ulike brukergruppene kan være et uttrykk for en lite rasjonell drift. Det er nødvendig med mer detaljerte analyser av driften for å avdekke i hvilken grad det er forskjeller mellom kommunene i hvor godt driften er lagt opp. Slike analyser kan gjøres med utgangspunkt i en videreføring av dekomponering av regnskapet, omtalt tidligere i kapitlet. Ved å trekke inn informasjon om brukere og årsverk vil man kunne utarbeide statistikk som belyser driften for ulike typer tilbud.⁹ Slik statistikk vil kunne brukes som grunnlag for en mer systematisk sammenlikning av driften på tvers av kommunene. Man vil da f.eks. kunne se på i hvilken grad driften er preget av smådriftsulemper.

Det er mindre spredning i utgiftene til eldre enn til de andre to brukergruppene. Kanskje er det også større spredning i hvor effektiv driften er for personer med nedsatt funksjonsevne og innen psykisk helse. Vår erfaring er også at kommunene i større grad har vært opptatt av effektiviteten i driften for tilbudet til eldre enn til de andre brukergruppene. En grunn kan være at metodene for analyser av driften ser ut til å være mest utviklet for eldre.

7.2.5 Sammensetning av omsorgstrappen

De fire kommunene med lavest samlede utgifter er også de fire kommunene som bruker mest på omsorgsboliger til denne gruppen. Resultatet av vår kartlegging er indikasjon på at et differensiert botilbud (og omsorgstrapp) til eldre bidrar til å holde utgiftene nede. I analyser av kommunale pleie- og omsorgsutgifter er det vanlig å legge til grunn at et differensiert tilbud bidrar til å holde kostnadene nede. Vi kjenner ikke til at noen har påvist en slik sammenheng empirisk.

⁹ Agenda Kaupang har en egen database med statistikk for driften for de tre brukergruppene for andre kommuner

Derimot er det vanlig å begrunne en slik sammenheng med utgangspunkt i det såkalte LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå). Dette prinsippet innebærer at tiltakene bør være basert på et lavest mulig omsorgsnivå slik at brukerne kan bo hjemme så lenge som mulig.

LEON-prinsippet bidrar til å yte tjenester på et slikt nivå at de ikke fratrar eller hemmer brukerens egenaktivitet og evne til å hjelpe seg selv. Egenaktivitet og selvhjulpenerhet øker livskvaliteten og er viktig å opprettholde lengst mulig. Dette kan sies å være det primære formålet med å bruke dette prinsippet. Samtidig bidrar også bruken av prinsippet til rasjonell bruk av kommunale midler.

LEON-Prinsippet er fulgt opp ved å bruke den såkalte omsorgstrappen der tilbudene er sortert fra de mest til minst ressurskrevende tjenestene, jfr. figuren under. LEON-prinsippet innebærer altså at brukerne ikke tilbys hjelp lenger oppe i trappen enn nødvendig.

Kommunen bør ha et differensiert tilbud med kapasitet til å ta imot nye brukere og til å endre tilbudet i samsvar med endringer i behovet. Målet er at tilbudet skal ha den riktige sammen-setningen og at tilbudet skal ha god kvalitet. Det er blant annet viktig å sikre tilstrekkelig kapasitet for tilbudene som blir gitt i brukernes egne hjem. Dersom de lavere trinnene i trappen ikke er til-strekkelig utbygd, vil det kunne føre til mindre selvhjulpne brukere og økte utgifter for kommunen. En annen konsekvens er at tilbudet blir gitt til relativt få brukere, og høye utgifter pr. bruker.

7.2.6 Føringer fra fylkesmannsembetene

Fire kommuner i ett fylke har alle plassert seg blant de fem kommunene med høyest utgifter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Flere informanter fra intervjuene i disse kommunene opplever at krav fra fylkesmannen hindrer en effektiv utnyttelse av ressursene. Fylkesmannen fortolkning av brukernes rettigheter medfører at alle vedtak må være spesifisert på timer. Begrunnelsen er at det gir brukerne et bedre grunnlag for å klage, og det gir fylkesmannens mulighet til å kontrollere om vedtakene blir fulgt opp i praksis ved å kontrollere vedtak opp mot bemanningsplaner.

Fylkesmannens krav kan også ha påvirket interne prosesser i kommunen. For kravet fra fylkesmannen gir de aktuelle tjenestene et godt kort i prosessen med å fastlegge tjenestenes økonomiske rammer. Flere informanter er opptatt av de ressursmessige konsekvenser disse kravene fra fylkesmannen medfører. De hevder at 1-til-1 bemanning hele døgnet er ressursssløsende fordi ansatte i perioder har kapasitet til å følge opp mer enn én bruker.

7.2.7 Ulik regnskapspraksis innen psykisk helse

Resultatet av fordelingen av regnskapet for 2015 viser hvor stor del av utgiftene innen pleie- og omsorgstjenestene som går til de tre aktuelle brukergruppene. Innen psykisk helse har kommunen andre supplerende tjenester for de aktuelle brukerne. Det er derfor viktig å være klar over at nivået på utgiftene ikke gir en helhetlig oversikt over kommunens satsing rettet mot de aktuelle brukergruppene. Til en viss grad kan lave utgifter innen pleie og omsorg bli kompensert med økt satsing innen andre tjenester. Det er heller ikke gitt at kommunene har en lik praksis for føring av utgiftene på ulike KOSTRA-funksjoner.

Barn og unge med psykiske problemer kan motta et tilbud fra Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT eller PP-tjenesten). Avhengig av barnets alder føres disse utgiftene som *grunnskole* (funksjon 202) eller *styrket tilbud til førskolebarn (funksjon 211)*. Videre er det en høy andel barn med psykiske problemer som mottar tjenester fra barnevernet. Utgiftene her føres som *barneverns-tjeneste (funksjon 244)*.

Voksne med psykiske problemer kan også ha rusproblemer og behov for sosialhjelp. Aktuelle tjenester er *råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid (funksjon 242)* og *tilbud til personer med rusproblemer (funksjon 243)*.

7.2.8 Mulige implikasjoner av forsøket

Den overordnede målsettingen i SIO-prosjektet er riktigere behovsdekning for brukerne og økt likebehandling på tvers av kommunegrenser. Finansieringen av kommunene skjer gjennom fastsatte enhetspriser basert på vedtakene som gjøres.

Gjennomgangen over bekrefter den kanskje litt selvsagte konklusjonen om at høye utgifter ikke nødvendigvis fører til at brukernes behov dekkes på en god måte. I den nye finansieringsmodellen vil finansieringen av kommunenes utgifter skje på grunnlag av fastsatte nasjonale enhetspriser. Kommuner med lite rasjonell drift vil kunne få utgifter som er høyere enn det statlige tilskuddet. I forsøket vil en slik differanse gjøre at deler av utgiftene til pleie og omsorg må finansieres av kommunens frie midler, siden kommunene ikke har anledning til å redusere utgiftene til pleie og omsorg. I så fall må det gjennomføres innsparinger i andre kommunale tjenester.

Kommunene kan selvfølgelig også gjennomføre tiltak som gir en mer effektiv drift. Vanligvis vil det ta lengre tid å gjennomføre slike tiltak fordi bygningsmassen er viktig for hvor effektivt driften kan legges opp.

7.3 Mulige forklaringer på ulikheter i tildelingspraksis

7.3.1 Hovedfunn

I utgangspunktet er det krevende å vurdere og sammenligne tildelingsprosessen på tvers av kommuner. Tildelingen er organisert og gjøres på ulike måter i kommunene, fra tildelingsenheter med stor grad av uavhengig fra tjenestene til bredt sammensatte tildelingsråd eller tilsvarende der representanter for utførerenhetene i praksis fatter de fleste beslutninger. Tabell 7-1 gir en oversikt over hvordan tildelingen er organisert i forsøks- og kontrollkommune, og om tildelingsenheten har myndighet til å fatte egne vedtak.

Tabell 7-1: Organisering av tildelingsprosessen i hver kommune. Kilde: egen innrapportering fra kommunene til Agenda Kaupang

Navn	Tildelingsenhet	Egne vedtak
A Stjørdal	Ja (innført før 2015, felles med Værnesregionen inkl. Selbu)	Ja
A Lillesand	Ja (innført før 2015)	Ja
A Hobøl	Ja (innført i 2015)	Ja
A Os	Ja (innført før 2015)	Ja
B Spydeberg	Ja (innført i 2016)	Ja
B Selbu	Ja (innført før 2015, felles med Værnesregionen inkl. Stjørdal)	Ja
C Våler	Ja (innført i 2015)	Ja
C Trøgstad	Nei	-
C Østre Toten	Ja (innført før 2015)	Ja
C Søgne	Ja (innført før 2015)	Nei
C Oppdal	Nei	-
C Fjell	Nei	-

Det generelle inntrykket fra intervjuene i kommunene er at tildelingsprosessen i de fleste tilfeller fungerer godt, men med enkelte unntak som framkommer både i intervjuer og spørreundersøkelsen. Tar man utgangspunkt i de samlede resultatene fra spørreundersøkelsen, intervjuer med ansatte, fokusgrupper med pårørende og intervjuer med bruker danner det seg et bilde av at:

- Vedtakene i gjenspeiler i stor grad brukernes behov
- De som tildeler tjenester har relevant og god faglig kompetanse, og tildelingsenheten trekker også inn ekstern kompetanse ved behov, fra f.eks. lege, fysioterapeut, ergoterapeut og andre.
- Brukere og pårørende blir inkludert og lyttet til i tildelingsprosessen

Hvis det skal trekkes fram noe negativt kan det se ut som det er en del av de formelle sidene ved tildelingen som relativt kommer dårligst ut samlet sett. Dette går på forhold knyttet til dokumentasjon av brukermedvirkning, rutiner for revurdering av vedtak og opplevd kvalitet på det forvaltningsfaglige.

7.3.2 Brukermedvirkning

Som beskrevet i avsnitt 6.3.1 og 6.3.2 (hvv. brukernes og pårørendes vurdering av tildelingsprosessen) er det krevende å måle på kommunenivå hvor godt brukere og pårørende føler seg ivaretatt i tildelingsprosessen. De fleste av informantene har stort sett et mer bevisst forhold til de konkrete tjenestene de mottar enn til selve tildelingsprosessen. Mye av det som skjer i tildelingsprosessen skjer også uten bruker eller pårørendes involveres direkte, slik at det kan være vanskelig å gjøre en faktisk vurdering av kvaliteten på denne. F.eks. svarer de fleste brukere at de ikke vet i hvilken grad kommunen har kompetanse fra tredjepart i vurderingen av behovet.

Det overordnede inntrykket er likevel at både brukere og pårørende stort sett er tilfreds med tildelingsprosessen. Eksempelvis er 86 % av pårørende ganske eller svært fornøyd med kommunens håndtering av brukerens siste søknad, jf. Figur 6-35.

Dette inntrykket støttes opp av både spørreundersøkelsen og intervjuene som er gjennomført i hver kommune. Et overveiende flertall av respondentene svarer at kommunen i ganske eller svært stor grad innhenter informasjon om brukers situasjon og behov, innhenter informasjon om hva som er viktig for brukeren, og trekker inn pårørende der det er relevant. De fleste intervjuene støtter også opp under dette inntrykket.

7.3.3 Kompetanse og samhandling

Når det gjelder kompetanse og samhandling er det overordnede inntrykket at brukere, pårørende og ansatte er tilfreds med kompetansen som benyttes i tildelingsprosessen. Eksempelvis er det kun 2 % av de pårørende som mener at personene som vurderte søknaden (ved forrige søknad) i svært eller ganske liten grad hadde den rette kompetansen.

De ansatte vurderer også jevnt over kompetansen som god, selv om det er forholdsvis store forskjeller mellom kommunene. Noen ansatte i kommunene ga i intervjuene inntrykk av at det til en viss grad var kompetansestrid mellom tildelingsenhet- og utførerenheter, der det ikke nødvendigvis var full enighet om vedtakene. Siden spørreundersøkelsen har blitt besvart av alle som er involvert i tildelingen, både i tildelings- og utførerenheter er det mulig at dette til en viss grad kan forklare forskjeller på kompetanseindikatorerne under avsnitt 6.4. De av kontrollkommunene som ikke har egne tildelingsenheter scorer generelt noe høyere på kompetanseindikatorerne, noe som også kan støtte opp under dette inntrykket.

7.3.4 Rutiner og verktøy

Rutiner og verktøy handler i hovedsak om at kommunen har gode systemer for å understøtte likhet i tildelingsprosessen. Tar man utgangspunkt i spørreundersøkelsen scorer de ansatte kommunen høyt på samsvar mellom vedtak og tjenester, saksbehandling i tråd med Helsedirektoratets veileder og at kommunen har enhetlige og faste rutiner for tildeling av tjenester. Det som scoret svakest var hvorvidt kartleggings skjema understøttet tildelingsprosessen på en god måte, og kommunens rutiner knyttet til revurdering og evaluering av vedtak.

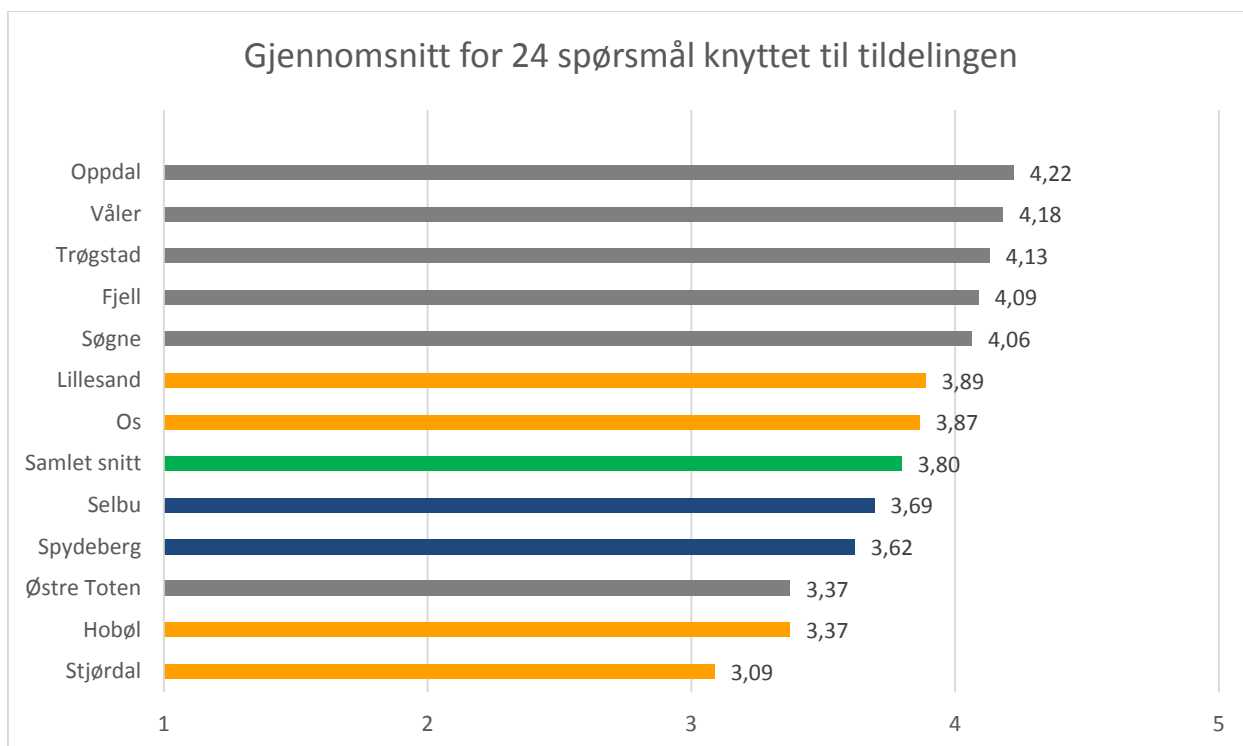
Som for de øvrige indikatorene er det de samme kommunene som jevnt over scorer høyt og lavt. Det ser også ut til at de kontrollkommunene som ikke har egne tildelingsenheter generelt vurderer sin praksis som bedre. Eksempelvis illustrerer Figur 6-49 ansattes vurdering av hvorvidt det er samsvar mellom vedtak og faktiske tjenester som mottas, de tre (kontroll)kommunene uten egen tildelingsenhet scorer seg selv høyest.

De ansatte i kommunene har også svart på hvorvidt de har behandlet saker i tråd med Helsedirektoratets veileder for saksbehandling. En svakhet ved spørsmålet er at det ikke tydeliggjør hvilken veileder det spørres om. Selv om Helsedirektoratet innførte ny veileder februar 2016, og slik sett var gjeldende veileder på tidspunktet spørreskjema ble besvart, er det imidlertid ikke sikkert at alle som svart var kjent med den nye veilederen, og derfor svarte med tanke på den tidligere versjonen.

7.3.5 Hva kan forklare forskjeller mellom kommunene?

Oppsummeringene knyttet til tildelingen under kapittel 6.3, 6.4 og 6.5 er i stor grad basert på ansattes vurdering av ulike forhold. Selv om det må tas en rekke forbehold rundt disse svarene er det likevel noen forskjeller som peker seg ut som interessante.

Figur 7-5 viser snittverdien for de ulike kommunene 24 spørsmål knyttet til tildelingsprosessen, hvor de fleste av disse er gjengitt i kapittel 6. Et hovedtrekk er at ansatte i kontrollkommunene gjennomgående har vurdert sin tildelingspraksis som bedre enn de kommunene som deltar i forsøket.



Figur 7-5: Gjennomsnittlig verdi på 24 spørsmål knyttet til tildelingsprosessen. Skala fra 1-5 hvor høye verdier er positivt ladet.

Selv om dette kan være et resultat av faktiske kvalitetsforskjeller i tildelingspraksis mellom kommunene, finnes det også alternative forklaringer.

En forklaring kan være at ansatte i de kommunene som deltar i forsøket over lengre tid forut for undersøkelsen har vært eksponert for mye oppmerksomhet knyttet til tildelingsprosessen. Dette fokuset kan ha ført til at ansatte i disse kommunene i større grad har blitt bevisst på forbedringspunkter i egen tildelingspraksis, sammenlignet med de som ikke har vært gjenstand for den samme oppmerksomheten.

En annen forklaring kan være at svarene er formet av mer tilfeldige forhold i kommunen. I og med at antall respondenter i hver kommune er forholdsvis lavt (fra 6 til 20) er svarene slik sett lite robuste. Eksempelvis kan personalmessige forhold eller lignende være nok til at en kommune kommer dårlig ut. En illustrasjon på dette er forskjellen mellom svarene fra ansatte i Selbu i forhold til ansatte i Stjørdal. Ansatte i Selbu vurderer generelt tildelingsprosessen til å være bedre enn de i Stjørdal, selv om begge kommuner er tilknyttet den samme interkommunale tildelingsenheten (Forvaltningskontor og koordinerende enhet – Værnesregionen).

Siden de ansatte i ulike kommuner svarer i en ulik kontekst (f.eks. i ulike typer organisering) og kanskje også har ulike forventninger til hva som er god og riktig tildelingspraksis bør det utvises forsiktighet i å sammenligne kommunene med hverandre på utelukkende på bakgrunn av resultatene. Det vil imidlertid være mer interessant å vurdere endringen i de ulike kommunene fra år til år, og se dette i sammenheng med de kvalitative observasjonene i hver kommune.

8 Vedlegg

Vedlegg 1 – Ansattes forventninger til forsøket

For å få et bilde av hvilke forventninger de ansatte i kommunene hadde til forsøket, ble de i forbindelse med spørreundersøkelsen (besvart av ansatte med en rolle i tildelingsprosessen) spurt om hvorvidt de forventet at deltagelse i SIO-prosjektet ville

- være positivt eller negativt for kommunen
- medføre endringer i tildelingspraksis
- medføre en mer enhetlig måte å tildele tjenester på
- føre til større vektlegging av hva som er viktig for brukeren
- medføre en bedre dekning av tjenester langs omsorgstrappen
- understøtte utviklingsprosesser som allerede var igangsatt i kommunen

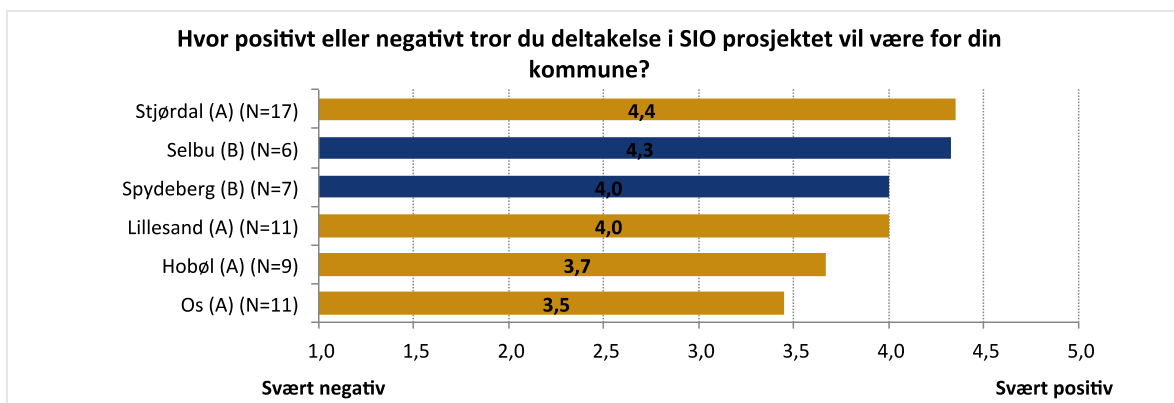
Hovedtendensen i svarene er at SIO-prosjektet vil ha positive effekter for de kommunene som deltar, med økt vektlegging på hva som er viktig for brukeren og mer enhetlig praksis i tildelingen. B-kommunene har i mindre grad tro på at forsøket vil medføre endringer, noe som kan forklares med at disse utsettes for en vesentlig svakere form for intervensjon gjennom forsøket.

Det er også en tydelig tendens at de fleste forventer at SIO-prosjektet skal understøtte utviklingsprosesser kommunen allerede er inne i. Dette utgjør en metodeutfordring ved evaluering, siden kommende endringer i forsøkskommune kanskje også ville blitt iverksatt uansett.

Videre følger en nærmere detaljering av svarene.

Hvor positivt er SIO-prosjektet for kommunen?

Vi spurte de ansatte i A og B-kommunene om hvor positivt eller negativt tror de en deltakelse i SIO-prosjektet vil være for sin kommune? Respondentene skulle svare på en skala fra 1 til 5; Der 1 er *Svært negativ* og 5 er *Svært positiv*. Som vi kan se tabellen nedenfor varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,5 til 4,4. De ansatte i Stjørdal kommune er mest positive, mens de ansatte i Os kommune er mest negative.

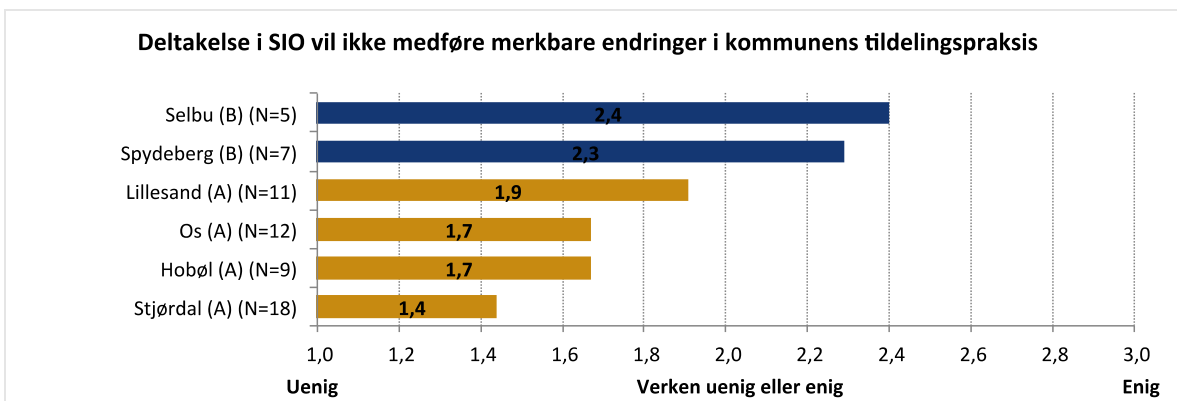


Figur 8-1: Ansattes forventning til hvorvidt SIO-prosjektet vil være positivt eller negativt for kommunen

Merkbare endringer i tildelingspraksis?

Vi spurte de ansatte om de er enig/uenig i følgende utsagn: "Deltakelse i SIO vil ikke medføre merkbare endringer i kommunens tildelingspraksis"? Respondentene skulle svare på en skala fra 1 til 3; Der 1 er *Uenig* og 3 er *Enig*. Som vi kan se av tabellen nedenfor varierer det gjennomsnittlige

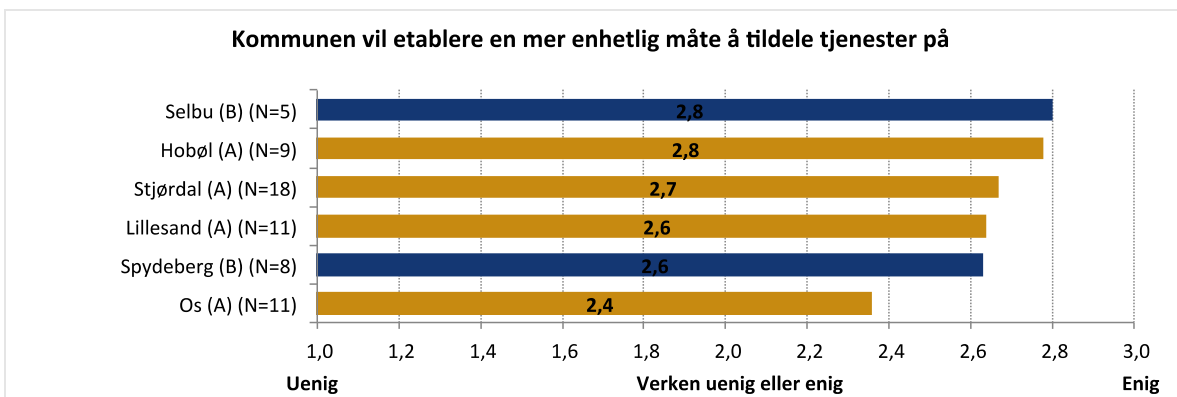
svaret fra 1,4 til 2,4. Ikke så overraskende er det A-kommunene som tror mest på at det skjer endringer.



Figur 8-2: Ansattes forventning til hvorvidt SIO-prosjektet vil medføre endringer i kommunens tildelingspraksis

Mer enhetlige tjenester?

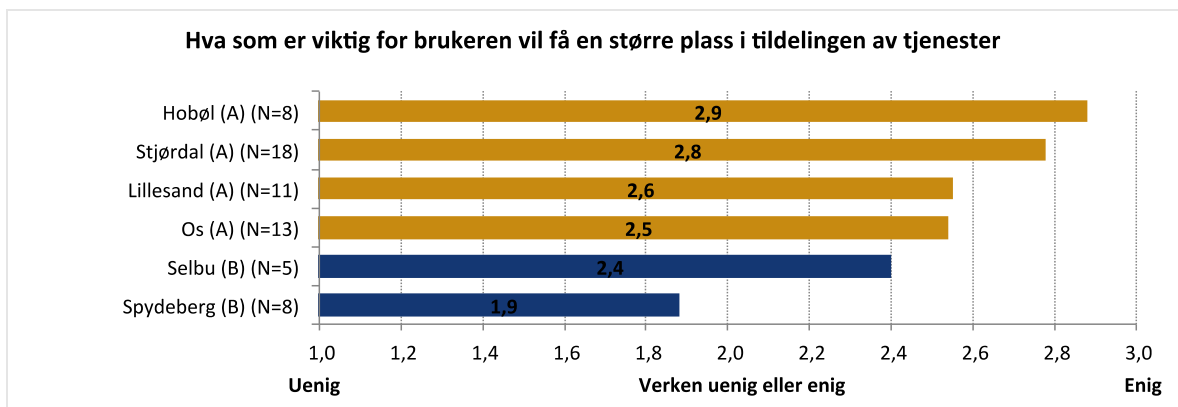
Vi spurte de ansatte om de tror at kommunen vil etablere en mer enhetlig måte å tildele tjenester på som følge av forsøket. Hva som er viktig for brukeren vil få en større plass i tildelingen av tjenester? Som vi kan se av tabellen nedenfor varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,4 til 2,8. De ansatte i Selbu kommune har mest enig, mens de ansatte Os kommune har er ikke like enig.



Figur 8-3: Ansattes forventning til hvorvidt SIO-prosjektet vil føre til en mer enhetlig måte å tildele tjenester på

Økt vektlegging av hva som er viktig for brukeren?

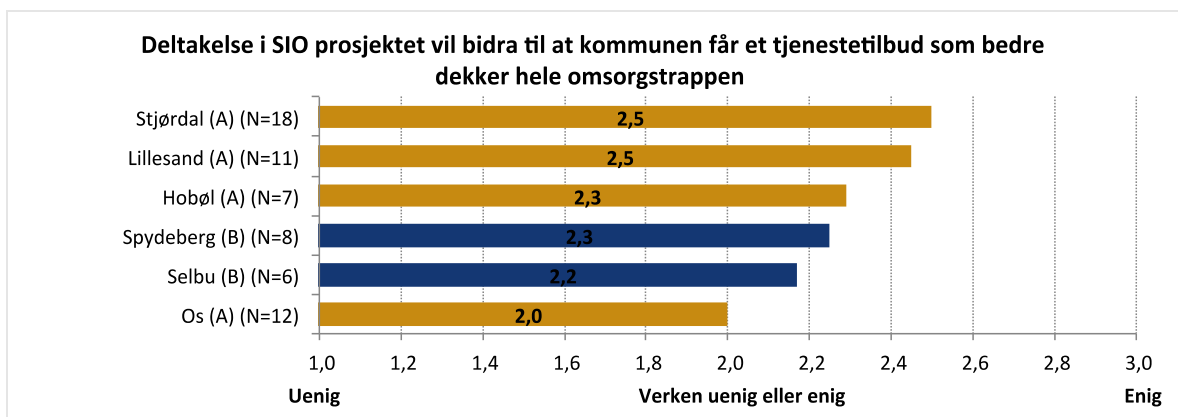
Vi spurte de ansatte om de er enig/uenig i følgende utsagn: "Hva som er viktig for brukeren vil få en større plass i tildelingen av tjenester". Som vi kan se av tabellen nedenfor varierer det gjennomsnittlige svaret fra 1,9 til 2,9. De ansatte i Hobøl kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Spydeberg kommune har gitt lavest. Det er A-kommunene som har størst tro på endringer.



Figur 8-4: Ansattes forventning til hvorvidt SIO-prosjektet vil føre til at det som er viktig for brukeren får større plass i tildelingen av tjenester

Bedre dekning av omsorgstrappen?

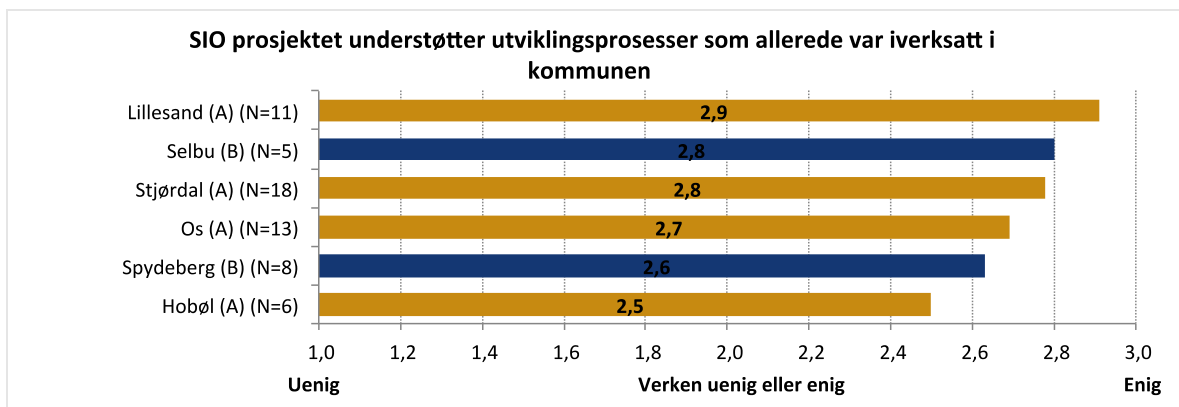
Vi spurte de ansatte om de er enig/uenig om deltakelse i SIO-prosjektet vil bidra til at kommunen får et tjenestetilbud som bedre dekker hele omsorgstrappen. Som vi kan se av tabellen nedenfor varierer det gjennomsnittlige svaret fra 2,0 til 2,5. De ansatte i Stjørdal kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Os kommune har gitt lavest.



Figur 8-5: Ansattes forventning til hvorvidt SIO-prosjektet vil bidra til at kommunen får et tjenestetilbud som bedre dekker hele omsorgstrappen

Understøtter SIO-prosjektet utviklingsprosesser som allerede er igangsatt?

Vi spurte de ansatte om de er enig/uenig om deltakelse i SIO-prosjektet understøtter utviklingsprosesser som allerede var iverksatt i kommunen? Som vi kan se av tabellen nedenfor varierer det gjennomsnittlige svaret fra 3,4 til 4,7. De ansatte i Fjell kommune har gitt høyest score, mens de ansatte i Østre Toten kommune har gitt lavest.



Figur 8-6: Ansattes forventning til hvorvidt SIO-prosjektet understøtter utviklingsprosesser som allerede var igangsatt i kommunen