

Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester (SIO)

2017

HELSEDIREKTORATET

OPPDRAGSGIVER: Helsedirektoratet

RAPPORT NR: R9272-01

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

ANSVARLIG KONSULENT: Kjell Egil Værnor

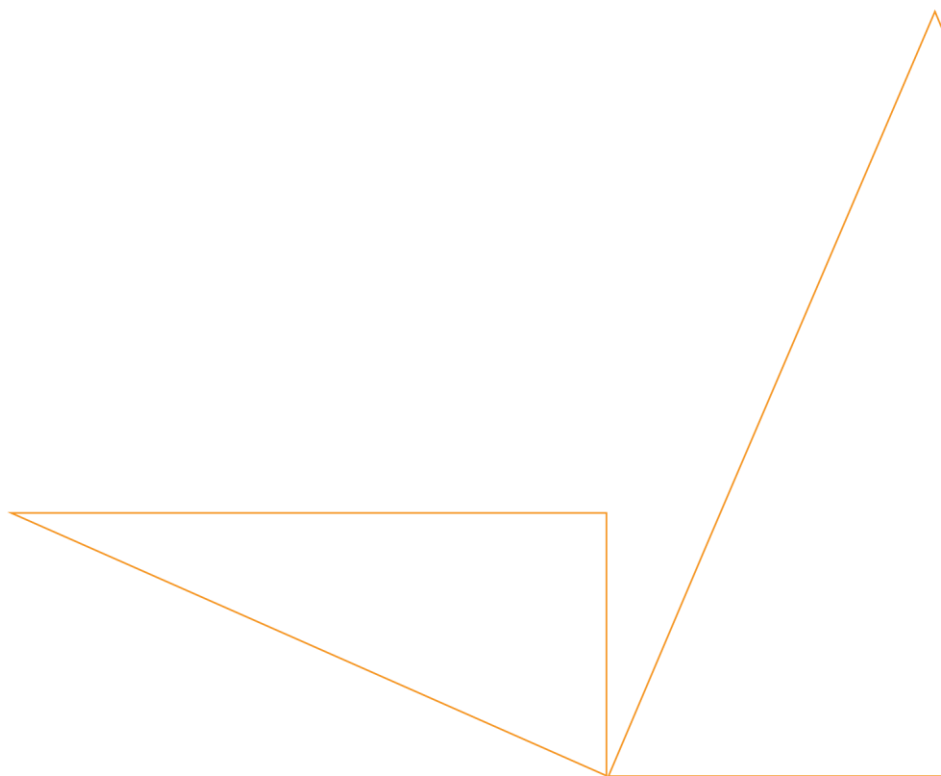
KVALITETSSIKRET AV: Dag Stokland

DATO: 22.12.2017

Forord

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

Den første hovedrapporten (2016) var en nullpunktsmåling som kartla status i kommunene ved oppstart av forsøket. Denne rapporten analyserer hvordan utviklingen har vært i løpet av det første året forsøket har pågått.



Innhold

Forord	3
Innhold	6
1 Sammendrag	7
2 Innledning	9
2.1 Om forsøket.....	9
2.2 Finansieringsmodell	10
2.3 Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier.....	13
2.4 Verktøy i tjenestetildelingen	13
2.5 Kompetanseutvikling og opplæring.....	14
3 Evalueringsdesign og metode	15
3.1 Mandat for evalueringsoppdraget	15
3.2 Evalueringsdesign.....	15
3.3 Kontrollkommuner	16
3.4 Operasjonalisering av forsøkets målsettinger.....	16
3.5 Hvordan måle effekter av forsøket over tid?	20
3.6 Generaliserbarhet	22
3.7 Datainnsamling	22
3.8 Metode for korrigerende av behov	26
4 Endringer i forsøkskommunene	28
4.1 Os kommune.....	28
4.2 Stjørdal.....	35
4.3 Lillesand	41
4.4 Hobøl.....	51
4.5 Spydeberg.....	55
4.6 Selbu	60
5 Indikatorer	67
5.1 Bakgrunnsinformasjon om kommunene	69
5.2 Utforming av tjenestetilbudet	75
5.3 Brukermedvirkning	90
5.4 Kompetanse og samhandling	100
5.5 Rutiner og verktøy.....	104
6 Oppsummering	112
6.1 Hvordan har forsøket påvirket kommunenes tildelingspraksis?	112
6.2 Hvordan har forsøket påvirket kommunenes tjenester?	113
6.3 Har forsøket gitt økt likebehandling på tvers av kommunegrenser?	114
6.4 Har forsøket gitt riktigere behovsdekning for innbyggerne?	114

1 Sammendrag

Denne rapporten er andre rapport i følgeevalueringen av Helsedirektoratets tre-årige forsøk med statlig finansiering av kommunale pleie- og omsorgstjenester (SIO-prosjektet). Den overordnede målsettingen med forsøksordningen er å teste ut om statlig finansiering og statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester vil gi økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktiger behovsdekning av tjenester til innbyggerne. De seks kommunene som har deltatt i forsøket har vært inndelt etter to modeller – fire A-kommuner og to B-kommuner – som har vært ulikt innrettet med tanke på finansieringsmodell og krav til tildelingsprosessen.

Intervensjonen som forsøket utgjør består av flere deler:

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

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

SIO-prosjektet har gitt mer profesjonell tildelingspraksis og økt kompetanse i kommunen

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

- ▶ **Økt kompetanse og samhandling.** A-kommunene har gjennom forsøket fått midler til å øke kapasiteten og den faglige bredden i tildelingsenheten. Forsøket har også krevd samarbeid med andre deler av kommunen, fortrinnsvis innen økonomi.
- ▶ **Nyttige verktøy i tildelingsprosessen.** Kommunene har tatt i bruk nye verktøy i tildelingen, og disse oppleves som nyttige. Særlig trekkes den nye samtaleguiden frem som verdifull ved at de som tildeler får et bedre innblikk i brukerens situasjon og mål.
- ▶ **Brukermedvirkningen oppleves som styrket.** De ansatte innen tildeling opplever at de i større grad enn tidligere setter seg inn i brukerens situasjon, og vektlegger hva som er viktig for brukeren. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å si noe om brukere og pårørende selv opplever brukermedvirkningen som styrket.
- ▶ **Bedre vedtakspraksis.** A-kommunene fatter vedtakene sine mer enhetlig enn tidligere, og de ansatte opplever at de er blitt dyktigere innen saksbehandling. Kommunen revurderer vedtakene hyppigere, og flere mener at det har blitt bedre samsvar mellom vedtak og faktisk utførte tjenester.
- ▶ **Bedre styringsgrunnlag.** Administrasjonen i A-kommunene trekker fram at kombinasjonen av økte rapporteringskrav, opprydding i vedtakskoder og økt oppmerksomhet om god tildelingspraksis, har gitt et betydelig bedre grunnlag for å forstå og styre helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Den samlede ressursbruken knyttet til tildeling og administrasjon har økt og beskrives av noen som en «byråkratisering». Samtidig mener de fleste at fordelene ved bedre tildelingspraksis oppveier ulempene ved økt administrasjon.

For øvrig skal det ikke utelukkes at noen av disse effektene skyldes vissheten blant de ansatte i kommunene om at de blir observert – gjennom oppmerksomheten forsøket har. Dette er kjent som Hawthorne-effekten.

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

SIO-prosjektet har så langt ikke påvirket tjenestetilbudet i særlig grad

Selv om vi har funnet tydelige endringer i måten pleie- og omsorgstjenester tildeles på, er det mer krevende å finne endringer i omfanget av de ulike kommunale tjenestene. Selv om SIO-prosjektet startet opp mai 2016, var ikke den nye finansieringsmodellen fullt ut virksom før januar 2017. Siden det i skrivende stund ikke foreligger ferdige tall for 2017, vil analyser knyttet til ressursbruk, vedtak og tjenester i 2017 publiseres i en senere rapport.

Det man kan si så langt er at verken gjennomgangen av statistisk materiale eller kvalitative observasjoner i kommunene gir et klart bilde av hvordan forsøket har påvirket kommunenes tjenestetilbud. De endringene vi observerer kan like gjerne tilskrives endringer i demografi og tilfeldige variasjoner.

Noen kommuner trekker fram at de har etablert ulike lavterskeltiltak. Det er imidlertid vanskelig å hevde at dette er effekter av forsøket, ettersom tilsvarende satsinger også finner sted i kontrollgruppen bestående av kommuner som ikke er med i forsøket.

Det er flere mulige forklaringer til at det ikke kan observeres en entydig økning av omfanget tjenester i forsøkskommunene:

- ▶ Kommunene kan være forsiktige med å pådra seg langsiktige økonomiske forpliktelser som de må bære også etter at forsøket avvikles.
- ▶ Kommunene trenger enn så lenge tid til å tilpasse seg og forstå forsøket før de eventuelt iverksetter større satsinger.
- ▶ Effekten av endret tildelingspraksis og finansiering kan være forholdsvis liten sammenlignet med de tilfeldige variasjonene som oppstår i små kommuner. I så fall vil ikke endringene fanges opp av vår datainnsamling.

I kommunesektoren har man de senere årene sett en tendens til at en større del av utgiftene blir brukt til hjemmebaserte tjenester. Denne tendensen ser ut til å ha stoppet i fem av seks forsøkskommuner. Det er imidlertid for tidlig å si noe om hvorvidt dette skyldes forsøket, og om dette er en trend som vil fortsette.

2 Innledning

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

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

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

2.1 Om forsøket

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

Forsøksordningen skulle ha to fokusområder:

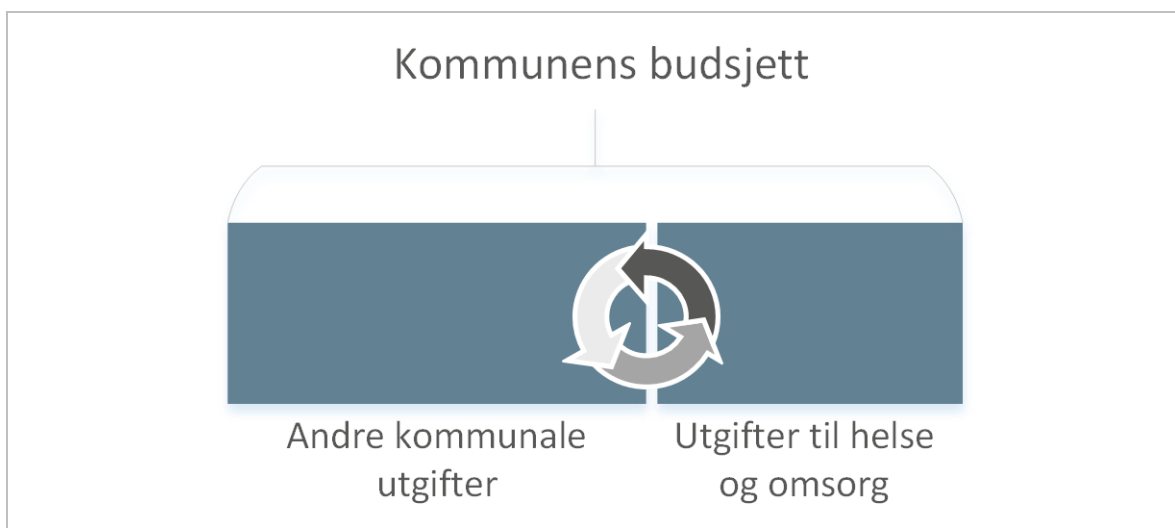
Brukers behov i sentrum	Lik tildelingsprosess
<ul style="list-style-type: none">▶ Det tilbys tjenester som er individuelt tilpasset ut ifra den enkeltes behov▶ Brukermedvirkning er satt i system	<ul style="list-style-type: none">▶ Riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag er benyttet i behovsvurdering og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

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

2.2 Finansieringsmodell

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

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



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

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

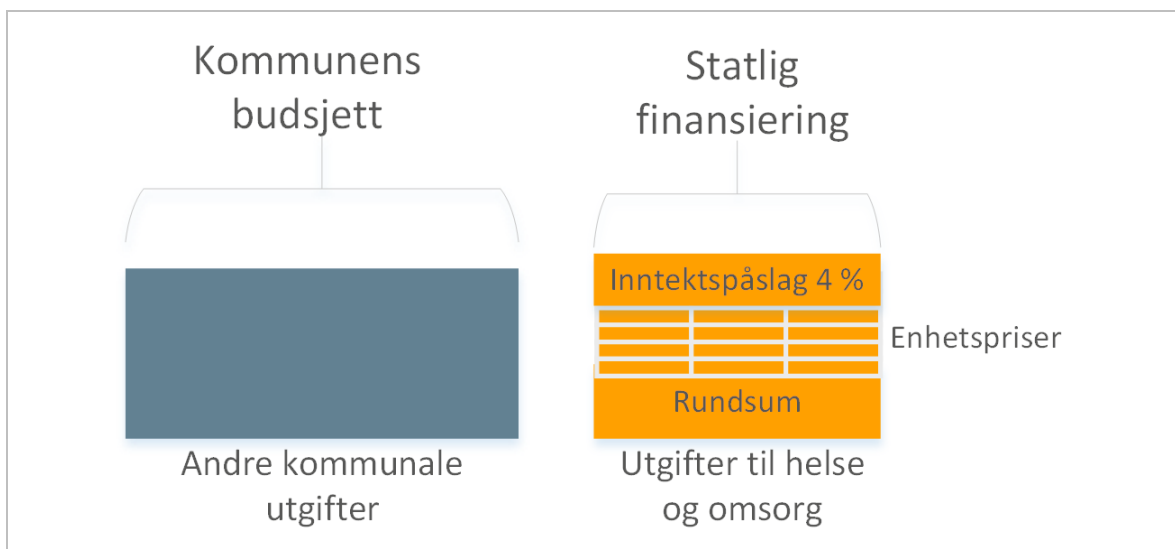
I forbindelse med SIO-prosjektet har det derfor blitt gjort et uttrekk fra statens rammetilskudd hos forsøkskommunene, tilsvarende de faktiske netto driftsutgiftene til omsorgstjenestene året forut for forsøksperioden (KOSTRA-koder 234, 253, 254 og 261). Dette uttrekket fra rammen erstattes for begge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

Felles for begge finansieringsordningene er at forsøkskommunene mottar et årlig inntektspåslag på 4 prosent av kommunens uttrekk, oppad begrenset til 25 mill. kr. pr. år. Forsøket avvikles 1. mai 2019. Etter dette trappes inntektspåslaget 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.

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

2.2.1 Modell A

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



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

Modell A finansieres gjennom et øremerket rundsumstilskudd, med et årlig inntektpåslag og en statlig prismodell med enhetspriser. Finansieringsordningen og kravene til rapportering er beskrevet i *IS-2392 Finansieringsmodell for omsorgstjenester*. I modell A skal inntektpåslaget gå til tjenesteproduksjon, hvorav inntil 500 000 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*.

Implementering av modell A

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

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

Enhetsprisen som blir brukt er felles for de fire A-kommunene. Den metodiske tilnærmingen for å etablere de nasjonale satsene er beskrevet i Helsedirektoratet (2015).¹ Satsene er etablert ved hjelp av en kalkyle basert på timelønn. Det er brukt statistikk fra en rekke kilder.

Det er fastlagt enhetspriser utvalgte tjenester. Disse tjenestene har tidligere vært finansiert av kommunens frie inntekter og det statlige øremerkede tilskuddet til særlig ressurskrevende helse-

¹ *Helsedirektoratet 2015: «Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester». Rapport IS-2392*

og omsorgstjenester.² Finansieringen gjennom brukerbetaling blir ikke berørt og fortsetter som før.

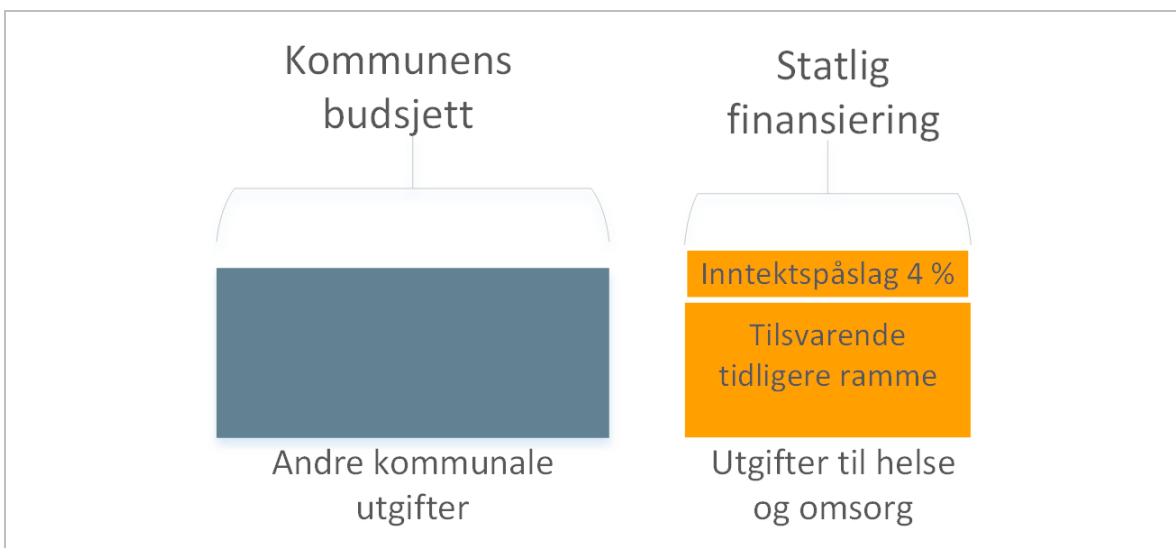
Fra oppstart i mai 2016 og ut året var det en innkjøringsfase med prismodellen der kun endringen i tjenester ble finansiert med bruk av enhetspriser. Grunnen er at det har tatt tid å etablere vedtak med koder tilpasset opplegget for finansiering. Ordningen har altså ikke blitt praktisert fullt ut før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

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

For hvert år ble det så korrigert for pris- og lønnsvekst. Opprinnelig var det planlagt at uttrekket skulle korrigeres for «den generelle veksten i kommuneøkonomien». Kommunene i forsøket har argumentert for at uttrekket da ville bli urimelig høyt. For 2017 er det valgt en annen metode for korrigerings som gjør at uttrekket har blitt noe redusert. Nivået på korreksjonen er basert på beregninger av betydningen av den demografiske utviklingen for landet som helhet for alle sektorer. Korrigeringen er på 1,6 prosent for I 2017 var det opprinnelige uttrekket justert for med 1,26 prosent. Det korrigerede uttrekket er justert med en vekst på 0,70 prosent.. Korreksjonen er felles for alle A- og B-kommunene.

2.2.2 Modell B

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



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

² Helsedirektoratet 2017: Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene Rundskriv IS-4/2017

2.3 Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier

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

Arbeidsprosesskriterier

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

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

Tjenestekriterier

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

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

- ▶ Hva tjenesten består av/kan bestå av
- ▶ Lovregulering av tjenesten
- ▶ Hva som er formålet med tjenesten
- ▶ Hvem som er i målgruppen for tjenesten
- ▶ Relevante vurderingskriterier
- ▶ Om det kan kreves egenandel for tjenesten eller ikke

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

2.4 Verktøy i tjenestetildelingen

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

- ▶ *Samtaleguiden*, som skal fungere som et hjelpemiddel i forbindelse med kartleggingsamtaler. Samtaleguiden inneholder en rekke spørsmål om brukerens livssituasjon, forutsetninger og mål. Ved å snakke seg gjennom spørsmålene skal tildelingsenheten settes bedre i stand til å fatte vedtak som gjenspeiler hva som er viktig for brukeren.

- ▶ *Søknadsskjema*, som er dokumentet brukeren (evt. pårørende) fyller inn for å søke om tjenester fra kommunen. Søknadsskjemaet som er utviklet i forbindelse med SIO er relativt enkelt. Det som imidlertid er nytt er at brukeren ikke søker om en spesifikk tjeneste (f.eks. institusjonsplass), men kun beskriver egne bistandsbehov og mål. Formålet med dette er å gjøre kommunen bedre i stand til å tilby tiltak som passer den enkelte, og som er i tråd med BEON-prinsippet.
- ▶ *Sjekklisten*, som er et dokument de som tildeler skal bruke for å forsikre seg om at de har innhentet tilstrekkelig med informasjon før de fatter et vedtak. Utfylling av sjekklisten er obligatorisk, og den skal også skannes og vedlegges i kommunens EPJ-system.

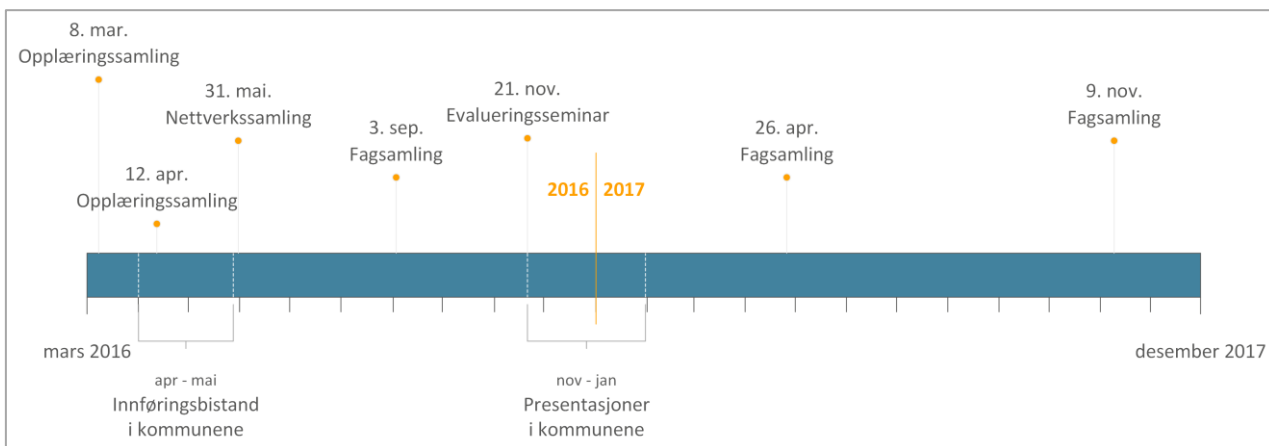
Helsedirektoratet utarbeidet pilot-dokumenter, som ble testet ut i kommunene i løpet av de første månedene i forsøket. Deretter ble det satt opp møter for å få tilbakemeldinger og forbedre dokumentene. Dokumentene ble endelig godkjent i mars 2017.

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

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

2.5 Kompetanseutvikling og opplæring

Kompetanseutvikling er en viktig del av forsøket. Det har derfor blitt arrangert samlinger underveis for erfaringsutveksling, og kommunene har blitt fulgt opp fortløpende. Kommunene som deltar i forsøket har også fått oppfølging og opplæring fra Helsedirektoratet i samsvar med en fastsatt opplærings- og oppfølgingsplan. Figuren under viser noen samlinger og andre kompetanseutviklingstiltak forsøkskommunene har tatt del i siden oppstart. A-kommunene har vært invitert til samtlig, mens B-kommunene i mindre grad har deltatt.



Figur 2-4 Tidslinje for en del opplæringsaktiviteter i forsøksperioden

3 Evalueringsdesign og metode

3.1 Mandat for evalueringsoppdraget

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

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

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

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

- ▶ Brukerens behov er i sentrum
 - Brukerne tilbys tjenester som er tilpasset den enkeltes 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

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

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

- ▶ Omfang på, og kompetanse ved tildelingsenhetene
- ▶ Brukernes og pårørendes erfaring med tjenestetildelingen og medvirkning i tildelingsprosessen
- ▶ System for tverrfaglig samarbeid og samhandling innad i tildelingsenheten, mellom tildelingsenhet og utførerenheter og med spesialisthelsetjenesten
- ▶ Brukernes tilfredshet med tjenestetildeling
- ▶ Omfang av klagesaker og utfall av klagesaksbehandling
- ▶ Forholdet mellom vedtak om tjenester og faktisk utførte tjenester, herunder vedtatte/tildelte vs. utførte timer/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 inntekstpåslaget

I tillegg til denne rapporten vil det utarbeides egne rapporter som i større detalj belyser ulike økonomiske aspekter vedd forsøket. Disse publiseres i en senere rapport.

3.2 Evalueringsdesign

Denne følgeevalueringen kartlegger og vurderer status på fire tidspunkter:

- ▶ 2016: Målepunkt 0 – Nullpunktmåling (kartlegge status før forsøket startet)

- ▶ 2017: Målepunkt 1 – status og utvikling etter ett år (denne rapporten)
- ▶ 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 evaluator har utarbeidet i forbindelse med forsøket.³ På bakgrunn av disse indikatorene vurderes det 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 legges det stor vekt på utfyllende case-beskrivelser av kommunene som har deltatt i forsøket. Dette gir grunnlag for å gå dypere inn i de endringene som har skjedd i de ulike kommunene.

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

3.3 Kontrollkommuner

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

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

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

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

3.4 Operasjonalisering av forsøkets målsettinger

Nedenfor redegjøres det for vår forståelse av målene og hvordan vi har operasjonalisert målsettingene i indikatorer. I utgangspunktet er det to kriterier for en god operasjonalisering. Det ene er at operasjonaliseringen skal være entydig og presis, for å oppnå høyest mulig grad av reliabilitet i undersøkelsen. Det vil si at datagrunnlaget man bruker for å vurdere måloppnåelse i hver

³ 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.

kommune, er pålitelig, enten dette er kvalitative observasjoner eller kvantitative data. Hva som skal måles, må være entydig definert, slik at de observasjonene som gjøres skal kunne sammenlignes på tvers av kommuner.

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

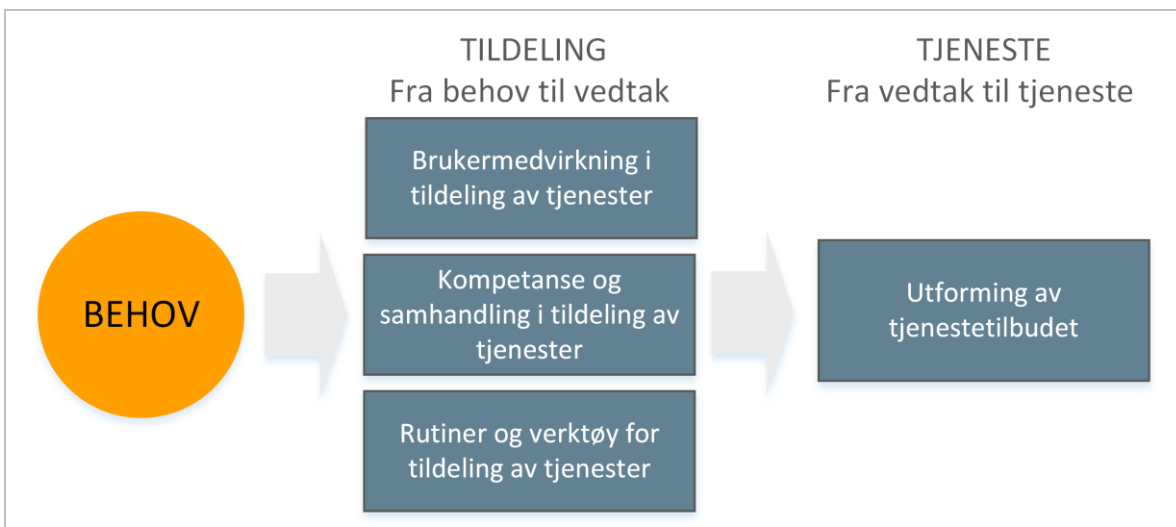
De overordnede målene for forsøksordningen er å prøve ut om en modell med statlig finansiering gir:

- ▶ riktigere behovsdekning for innbyggerne og brukere av tjenestene
- ▶ økt likebehandling på tvers av kommunegrensene

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

3.4.1 Hvordan måle riktig behovsdekning?

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



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

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

- ▶ brukermedvirkning,
- ▶ samhandling og kompetanse, og
- ▶ rutiner og verktøy

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

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

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

Vurdering av behovsdekning gjennom innretning av tildelingsprosessen

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

Brukermedvirkning i tildelingen

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

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

Kompetanse og samhandling i tildelingen

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

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

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

Rutiner og verktøy i tildelingen

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

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

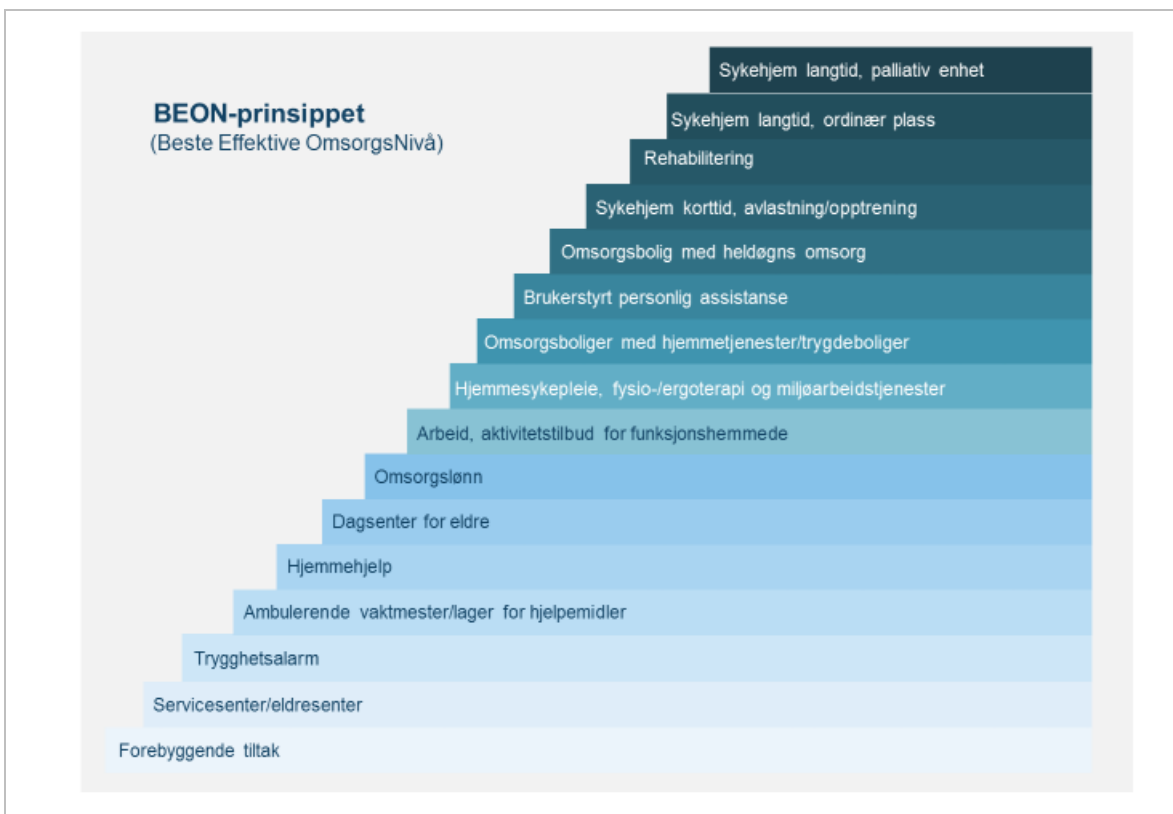
For å kunne gjøre gode vurderinger som blir mest mulig likeartet på tvers av kommuner, er det vesentlig at arbeidsverktøyene, i form av veileder, skjema og IKT-verktøy, i størst mulig grad understøtter en harmonisert praksis. I forbindelse med forsøket er det utarbeidet egne retningslinjer for bruk av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

Vurdering av behovsdekning gjennom utformingen av tjenestetilbudet

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

Det førende prinsippet for å koble behov og tjeneste innen helse- og omsorgstjenestene er LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå), som gjerne kan skisseres i form av en tiltakskjede eller omsorgstrapp, se Figur 3-2.

I praksis vil dette si en tilpasset behandling og oppfølging etter det behovet brukerne har for bistand og omsorg. Dette behovet kan imidlertid endre seg, f.eks. dersom en iverksetter rehabiliterende tiltak til eldre mennesker. Det betyr at pasientene ikke skal ligge lenger på sykehus enn hva det er behov for, sett i forhold til en 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 3-2 Omsorgstrappen, BEON-prinsippet

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

Laveste trinn i omsorgstrappen er forebyggende arbeid, trygghetsalarm mv. Øverste trinn er sykehjem, omsorgsbolig med heldøgns bemanning eller tilsvarende tjenester med høy bemanning. For de fleste brukergruppene innen helse- og omsorgstjenestene vil behovet variere over tid. Et behov kan også dekkes på flere måter. Dersom en bruker får tilbud om tilpasset bistand i eget

hjem, kan f.eks. en innleggelse i sykehjem ofte unngås eller utsettes. Tilsvarende kan et tilrettelagt tilbud for en person med nedsatt funksjonsevne redusere behov for permanent bemanning, og trygge rammer rundt en bruker med psykiske problemstillinger forhindre én-til-én bemanning. Hvordan kommunene dimensjonerer tiltakskjeden, arbeider etter BEON-prinsippet og vurderer brukernes helhetlige behov, kan ha mye å si for utviklingen i forbruk av pleie- og omsorgstjenester.

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

3.4.2 Hvordan måle økt likebehandling på tvers av kommunegrenser?

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

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

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

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

3.5 Hvordan måle effekter av forsøket over tid?

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

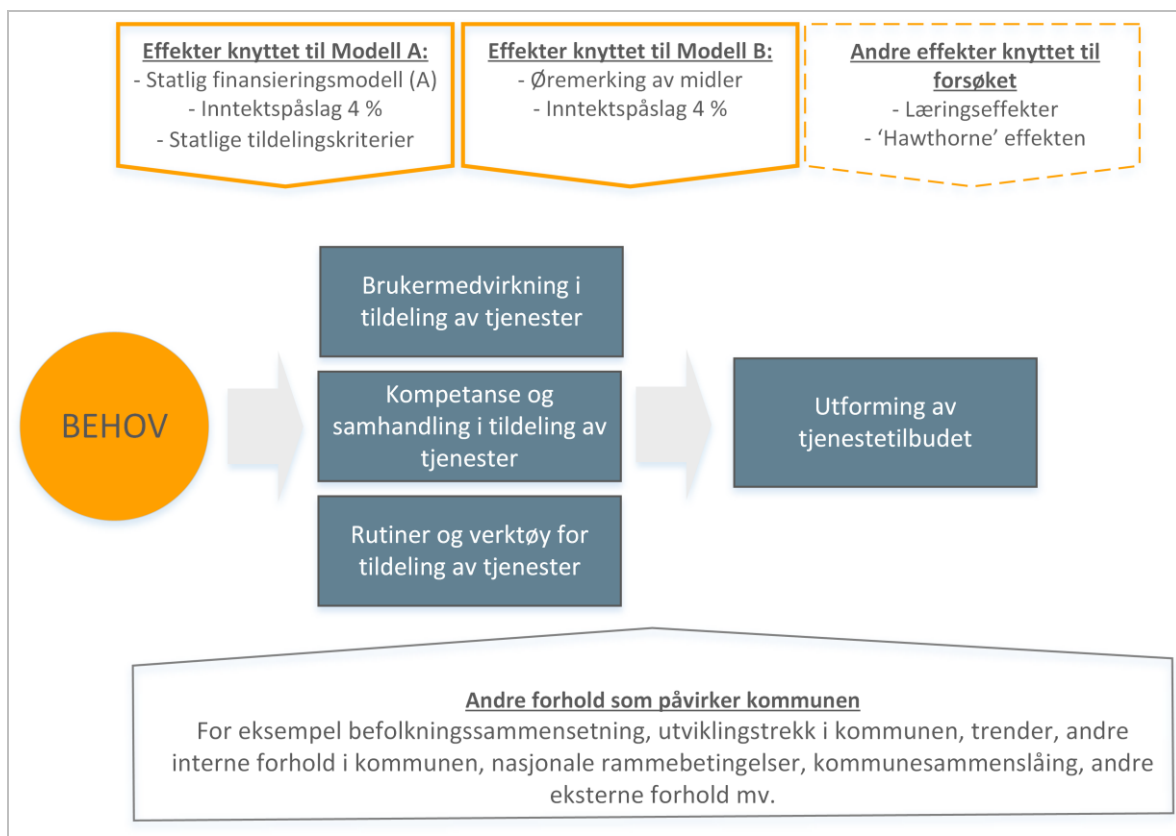
Det er mange forhold som påvirker en kommunes pleie- og omsorgstjenester. For eksempel vil en del endringer kunne skyldes omlegginger av nasjonale rammebetingelser og prioriteringer (nye forskrifter, nye satsinger i statsbudsjettet mv.). Et annet aspekt kan være endringer i rammebetingelser i den enkelte kommune. I forsøkskommunene har ikke lokale myndigheter styring med den økonomiske rammen for pleie- og omsorgssektoren i forsøksperioden, men for kontrollkommunene kan lokale forhold påvirke sektoren. Tilgangen til plasser i institusjonsomsorgen (sykehjem, bofellesskap mv.) kan også variere fra år til år, noe som kan få stor betydning for anvendelsen av de hjemmebaserte ytelsene. Man kan altså tenke seg at kapasiteten, og ikke behovet, bestemmer tildelingen. Rammene for antall plasser (f.eks. i egne sykehjem, kjøp av plasser utenfor kommunen mv.) legges av kommunestyret, i de årlige budsjettene. Lokale

satsinger/prioriteringer/prosjekter kan også ha betydning for kommunens pleie- og omsorgstjenester.

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

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

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



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

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

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

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

3.6 Generaliserbarhet

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

3.6.1 Lavt antall deltakerkommuner

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

3.6.2 Potensiell utvalgsskjevhet

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

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

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

3.6.3 Tidsavgrensning

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

3.6.4 Kompetanse- og oppmerksomhetseffekter

Kommunene som deltar i forsøket har ikke bare implementert en finansieringsmodell og et rammeverk. De har også vært gjenstand for betydelig oppmerksomhet fra Helsedirektoratet, pressen, evaluator, politikere osv. De har også vært del av en læringsprosess hvor de har deltatt på samlinger, hatt jevn dialog med Helsedirektoratet og andre kommuner, og hvor de har blitt stilt krav til i form av rapportering mv. Denne læringsprosessen ville trolig ikke ha oppstått på samme måte dersom modellen(e) i forsøket hadde blitt implementert i stor skala.

3.7 Datainnsamling

Datainnsamlingen har funnet sted i alle kommuner, inkludert kontrollkommunene. Undersøkelsesopplegget har imidlertid vært differensiert, slik at ikke alle metoder har vært benyttet i samtlige

kommuner. Oversikten under viser hvordan data har blitt samlet inn i de ulike gruppene av kommuner.

Tabell 3-1 Metoder for datainnsamling i de ulike kommunene i 2017

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

3.7.1 Intervjuer/gruppesamtaler med ansatte i kommunen

Prosjektteamet besøkte hver A- og B-kommune i løpet av perioden april-juni 2017. De mest relevante personene/funksjonene som ble intervjuet var:

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

Etter dialog med den enkelte kommune ble informantgruppen utvidet og tilpasset kommunens organisering. I de fleste kommuner 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.

Spørsmålene var knyttet til status og endringer på følgende tema:

- ▶ Innretning av tjenestetilbudet
- ▶ Forebygging og hverdagsrehabilitering
- ▶ Velferdsteknologi
- ▶ Vedtakspraksis
- ▶ Kompetanse, samhandling og brukermedvirkning i tildelingsprosessen
- ▶ Rutiner og verktøy
- ▶ Økonomiske forhold
- ▶ Overordnet om forsøket

Til sammen ble det i 2017 gjennomført 40–45 intervjuer (og gruppesamtaler) med ansatte i kommunene.

3.7.2 Spørreundersøkelse til ansatte i kommunen

I år som i fjor har de ansatte i kommunene som er med i SIO-prosjektet gjennomført en spørreundersøkelse, med spørsmål om en rekke ulike sider ved tildelingsprosessen. Vi har bedt ansatte

vurdere brukermedvirkningen i tildelingen, kompetanse og samhandling i tildelingen og rutiner og verktøy for tildeling.

Vi ba kommunen 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 epostadresser til 169 ansatte. Undersøkelsene ble gjennomført i perioden juni-august 2017. Undersøkelsen ble sendt ut via systemet Survey-Xact, og det ble purret to ganger. Totalt fikk vi svar fra 112 ansatte. Fra A- og B-kommunene fikk vi inn 74 svar som gir en svarprosent på 70. Fra C-kommunene fikk vi inn 38 svar som gir en svarprosent på 59. Totalt gir dette en svarprosent på 66.

I undersøkelsen ble det stilt en rekke spørsmål knyttet til tildelingsprosessen. Vi spurte blant annet om organisering og rammebetingelser for dagens tildelingspraktisering, vedtakspraksis, samhandling med bruker og pårørende, brukermedvirkning og de ansattes kompetanse. De enkelte spørsmålene og de ansattes svar på disse er dokumentert i avsnitt 5.2-5.4.

3.7.3 Fokusgrupper med pårørende

I A-kommunene ble det gjennomført fokusgrupper med pårørende for å få større innsikt i hvordan kommunens tjenester oppleves for brukere og pårørende. I forbindelse med fokusgruppene fikk de pårørende anledning til å gjennomføre en enkelt spørreundersøkelse på papir som omhandlet deres opplevelser med tildelingen og utførelse av pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Totalt var det 27 pårørende som svarte på spørreskjema i de fire A-kommunene.

3.7.4 Telefonintervjuer med brukere

Som en del av evalueringen av SIO har vi gjort telefonintervjuer med brukere om hvordan de oppfatter tildelingsprosessen og tjenesten de mottar fra kommunen. Mens vi i 2016 intervjuet både brukere fra A- og B-kommuner, har vi i 2017 kun intervjuet brukere i A-kommuner. Vi kommer derfor i denne rapporten kun å presentere resultater fra A-kommuner for 2016 og 2017.⁴ Både brukere og tjenestene som er tildelt er nye i 2017, det vil si at en sammenligning av svarene bør gjøres med en viss varsomhet, fordi det kan være systematiske forskjeller mellom personene i de to årene som gjør at resultatene er annerledes, uten at forskjellene kan knyttes til tildelingsprosessen eller tjenesteutførelsen.

Kommunene selv var ansvarlig for å rekruttere brukere og vi fikk kontaktinformasjon til totalt 34 personer som mottar tjenester i de fire A-kommunene. Vi intervjuet til slutt 27 brukere: sju brukere fra Os, seks fra Stjørdal, sju fra Lillesand og sju fra Hobøl. De resterende sju brukerne ønsket enten ikke delta likevel eller svarte ikke på telefon etter gjentatte forsøk. To av tre i utvalget er kvinner. 8 brukere var under 67 år, 9 var mellom 67 og 79 år, 8 var mellom 80 og 90 år og 2 brukere var over 90 år.

⁴ I 2016 har vi også svar for Spydeberg. Disse er altså tatt ut. Vi klarte ikke å rekruttere noen brukere fra Selbu, den andre B-kommunen i 2016.

3.7.5 Årsverkskartlegging

Kontaktpersonene i hver kommune ble i september 2017 tilsendt et utfyllingsskjema knyttet til antall årsverk i kommunen. Årsverkene ble spesifisert på enhet og kompetanse, med utgangspunkt i antall årsverk 1.9.2017. Tilsvarende måling ble gjort for 1.1.2016 og 1.9.2016.

Metodisk har det vært krevende å skaffe sammenlignbare tall på årsverk, ettersom det er basert på kommunenes egen rapportering. En del type stillinger har i varierende grad vært talt med, eksempelvis assistenter og innleide vikarer. Omorganiseringer har i noen tilfeller gjort det krevende å følge utviklingen på bestemte områder. Vi har vært i dialog med kommunene for å kvalitetssikre tallene der det har vært vurdert som nødvendig.

3.7.6 IPLOS

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

Statistisk sentralbyrå ga i oktober 2015 ut publikasjonen «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere». Dette er en publikasjon med statistikk for landet som helhet. Statistikken i publikasjonen er fra IPLOS-registeret. 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.

3.7.7 KOSTRA

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

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

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

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

3.7.8 Fordelingen av utgifter på tre brukergrupper – metode 2016

Kommuneregnskapet for 2016 har blitt delt mellom de tre brukergrupper ut ifra følgende kategorisering:

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

En fordeling av kommuneregnskapet for 2015 på de samme gruppene ble gjort for både kommunene i forsøket og kontrollkommunene. For 2016 er fordelingen avgrenset til de seks kommunene i forsøket.

Oppdelingen av regnskapet for 2016 er gjort skjønnsmessig av økonomer og fagfolk i de enkelte kommuner, under veiledning av Agenda Kaupang. Fordelingen omfatter de fire KOSTRA-funksjonene nevnt over.

De seks kommunene leverte et detaljert regnskap for 2016 for hele kommunen. Regnskapet ble så tilrettelagt av Agenda Kaupang på et mer aggregert nivå. Kommunene har i etterkant fordelt regnskapet på de tre brukergruppene. Innenfor hver gruppe er det også foretatt en fordeling på brukere over og under 18 år. Kommunene har fått en noe mer detaljert beskrivelse av brukergruppene enn avgrensningen omtalt i de tre kulepunktene over.

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

Det har vært foretatt 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 mindre feil som er rettet opp.

3.8 Metode for korrigerings av behov

Metode for korrigerings av forskjeller i behov

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

Korrigerings for behov er gjort med utgangspunkt i det statlige inntektssystemet. Vi har brukt kriteriene, vektene og kriterieverdiene som ble brukt for beregningen av rammetilskuddet for pleie- og omsorgstjenestene i 2016. I utgiftsutjevningen skiller ikke kriteriene mellom ulike tjenesteområder. Vi har derfor brukt resultatene av analysene som har gitt kostnadsnøklene for de ulike

tjenesteområdene, slik det for eksempel er gjort av Rattsø-utvalget fra 1990-tallet og Borge-utvalget fra 2005.

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

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

Mest nøyaktig på overordnet nivå

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

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

Likebehandling, men ikke like tjenester

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

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

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

4 Endringer i forsøkskommunene

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

4.1 Os kommune

Os kommune i Hordaland er en av A-kommunene i forsøket. Os kommune hadde før forsøket startet en sektororganisering med tre kommunalsjefer for hhv. Oppvekst og kultur, Samfunnsutvikling og Helse, omsorg og beredskap. Tjenestene som ble berørt av SIO-prosjektet var samlet under sistnevnte kommunalsjef. Os kommune gjorde en omorganisering i september 2017 der Oppvekst og kultur ble samorganisert med Helse og omsorg.

Os har fattet vedtak om sammenslåing med Fusa kommune. Dette vil kunne påvirke kommunen i tiden framover, noe som er viktig å merke seg i den videre evalueringen av forsøket.

4.1.1 Status før forsøket

I vår nullpunktanalyse av Os i 2016 ble det gjort en rekke vurderinger av status i Os kommune før forsøket. Hovedinntrykket var at Os var en veldrevet kommune på dette området, med profesjonalitet i tildelingen, effektiv drift og mange tiltak langt ned i omsorgstrappen. I det videre følger en nærmere omtale av status i Os kommune før forsøket.

Høy tillit til tildelingsprosessen

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

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

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

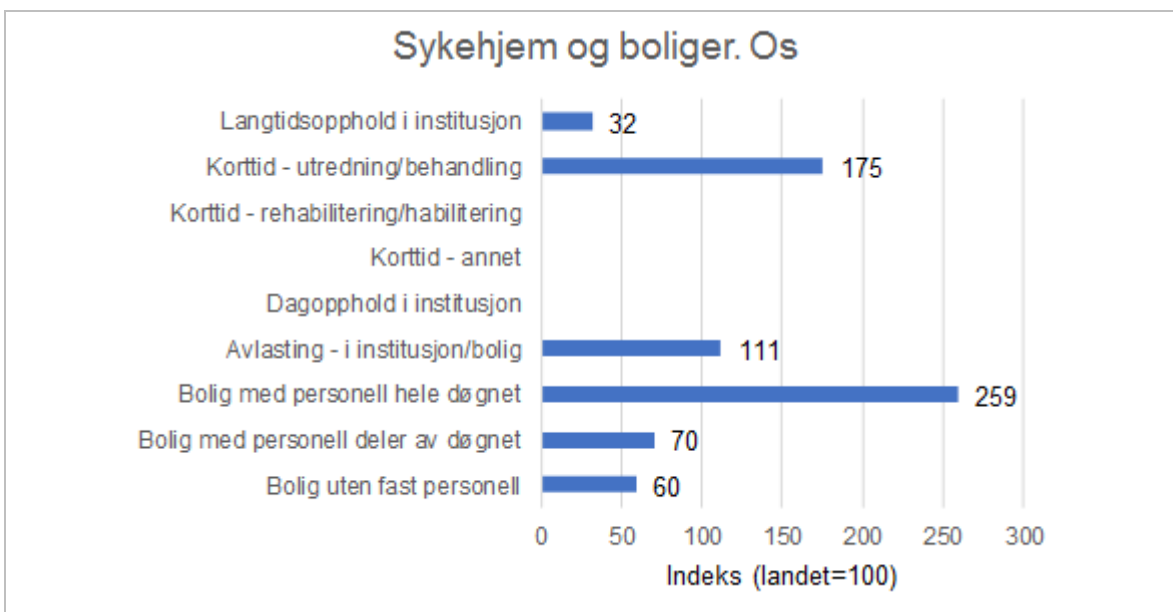
Mange tjenester langt ned i omsorgstrappen

I 2015 var de korrigerede utgiftene i Os lavere enn landet som helhet. Os var den SIO-kommunen som brukte nest minst på institusjon og tredje mest på pleie i hjemmet, korrigert for behov. Andel som bodde på institusjon i aldersgruppen over 80 år var halvparten av landssnittet, mens andelen i omsorgsbolig var nesten dobbelt så høy som landet som helhet. Ser man på bruttoutgifter brukt på institusjon var dette på 20 prosent i Os (2015) mot 43 prosent for landet som helhet, noe som styrker inntrykket av at Os i stor grad klarte å basere seg på hjemmebasert omsorg. Os vedtok i 2012 å bygge nytt sykehjem som nå planlegges ferdigstilt i løpet av november 2017. Det er derfor en midlertidig underkapasitet på sykehjem i kommunen. Informanter i kommunen oppgir at de må kjøpe seks plasser på sykehjemmet i nabokommunene for å dekke opp for behovet.

Os hadde flest korttidsplasser i institusjon blant SIO-kommunene, langt over landssnittet, og gjennomsnittlig oppholdstid pr. plass var kortest blant forsøkskommunene, like over landssnittet.

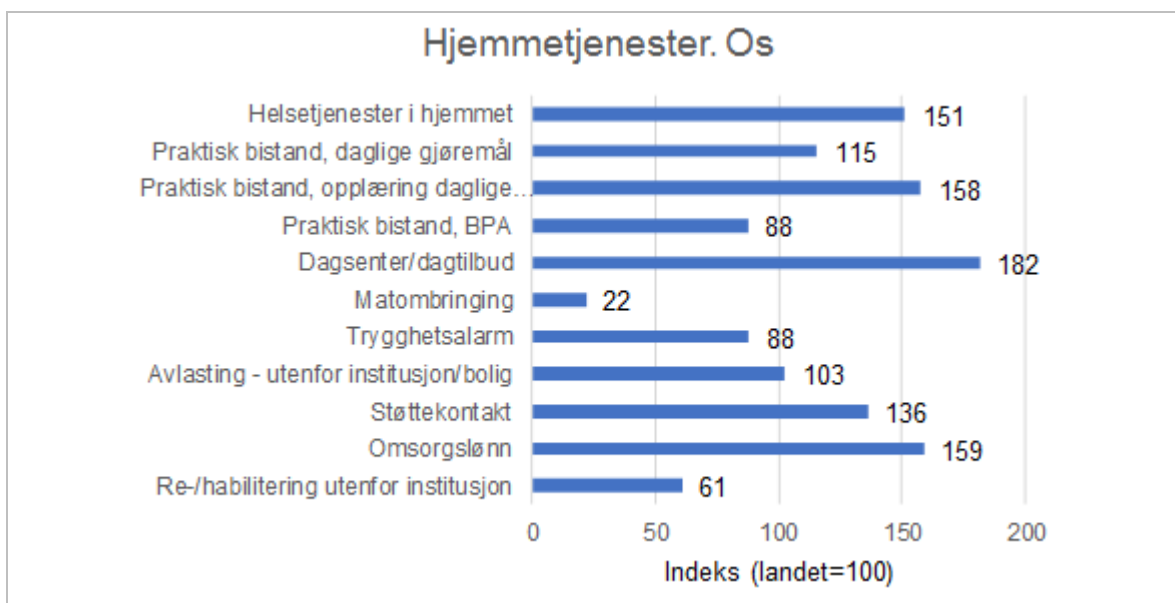
Andelen ansatte med fagutdanning er som snittet av landet, men Os har flere ansatte med høyskoleutdanning. Tilbudet om fysio- og ergoterapi på sykehjem var høyere enn landet for øvrig. Utgiftene til hver sykehjemsplass var vesentlig lavere enn landet som helhet.

En nærmere analyse av tjenestene basert på statistikk fra IPLOS for 2016 bekrefter at Os har forholdsvis få personer med langtidsopphold i institusjon sammenlignet med landssnittet (=100). Normeringen er gjort ved å sammenligne det beregnede utgiftsbehovet i kommunen opp mot landet som helhet. Utgiftsbehovet er beregnet ut fra kriteriene i det statlige inntektssystemet. Merk at disse tallene viser til 2016 og slik sett tar med seg tjenester vedtatt både før og etter oppstart av forsøket.



Figur 4-1 Antall brukere med ulike sykehjems- og boligtilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet

Dette kan henge sammen med at Os bruker forholdsvis mye på hjemmebaserte tjenester, noe som fremgår av Figur 4-2.



Figur 4-2 Antall brukere med ulike hjemmebaserte tilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet

Os har hatt en innretning på helse- og omsorgstjenestene som synes å være godt forankret både politisk og administrativt og en strategi som kommunen har arbeidet med over tid. Høy andel med pleie i hjemmet og et relativt høyt nivå på aktivisering er det som preger kommunens tjenestetilbud. Kommunen ønsket å bruke forsøket til å videreutvikle denne strategien, blant annet til å finansiere en igangsatt utbygging av 35 nye omsorgsboliger. 40 sykehjemsplasser skal erstatte dagens 51, slik at det totalt blir 24 nye plasser – og en vridning fra sykehjem til omsorgsbolig.

4.1.2 Innføring av forsøket

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

De ansatte i Os kommune beskriver at de har brukt mye tid på å tilpasse seg strukturen i forsøket. Spesielt administrasjonen har arbeidet med å rydde i systemer, innføre nye maler og sørge for riktig rapportering til Helsedirektoratet. Det ble også jobbet med veiledere og gjennomført e-læringskurs.

Særlig omkoding av alle vedtak til 1. januar 2017 beskrives som ressurskrevende. Samtidig trekkes det fram at dette har gitt kommunen en langt bedre oversikt over egne tjenester enn det de hadde tidligere.

«Ja, det er mer dokumentasjon, og medarbeiderne sitter mer foran skjermen enn før. Vi får også bedre dokumentasjon på det vi gjør. Vi hadde et voldsomt arbeid for å få alle kodene kodet om til 1. januar. Nå som det er gjort er det et nyttig verktøy. Absolutt mer byråkrati, men mer oversikt også. Noen synes nok at det er for byråkratisk, men de ser kanskje ikke den gevinsten som hos oss ledere.»

Det ble i forbindelse med innføringen gjort en kartlegging av tildelingsprosessen fra søknad til vedtak ved hjelp av flytdiagrammer, noe som ble opplevd som nyttig. Samtlige informanter trekker imidlertid fram at SIO-prosjektet har medført store læringseffekter for kommunen.

«Utøvende tjenester, forvaltning og økonomi har hatt et behov for å snakke sammen – og det har vi fått mer kontroll på nå.»

En informant trekker fram at samhandlingsreformen satt i gang en prosess mot økt profesjonalisering av tildelingskontoret, som ble styrket ytterligere som følge av SIO.

4.1.3 Kvalitativ beskrivelse av endringer i kommunen

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

De fleste informanter i kommunen vurderer fortsatt at omsorgstjenestene i svært stor grad dekker brukernes behov, og at det har vært få endringer i forbindelse med forsøket.

Os har opplevd en økning i antall eldre i kommunen. Det ble derfor fattet vedtak om bygging av nytt sykehjem i 2012 med planlagt ferdigstilling i 2016. På grunn av forsinkelser er dette enda ikke kommet på plass og Os må derfor kjøpe enkelte sykehjemsplasser i nabokommunen Samnanger. Et par informanter trekker fram at SIO har gjort det lettere å kjøpe disse sykehjemsplasser siden de i praksis finansierer seg selv. Samtidig mener de fleste informanter at tildelingen ikke er mer generøs enn tidligere. Det er derfor usikkert om kjøp disse sykehjemsplassene skyldes SIO-finansieringen eller ikke.

Når det gjelder innretning av omsorgstrappen trekker de fleste informanter frem at det mangler et nivå mellom helsetjenester i hjemmet og institusjonsplass. Mange eldre føler seg utrygge hjemme, men er friske nok til å klare seg uten særlig hjelp. I forbindelse med nytt sykehjem ønsker derfor kommunen å vurdere løsninger knyttet til å bruke deler av det gamle sykehjemmet til tiltak med et lavere omsorgsnivå, f.eks. en type trygghetsavdeling eller bofellesskap.

Kommunen melder om et godt tilbud innen hverdagsrehabilitering, med et hverdagsrehabiliterings-team som drar rundt til brukere. Tilbudet er veldig populært og kommunen opplyser om lange ventelister med om lag 8 ukers ventetid. Kommunen ønsker å videreføre denne satsingen.

Andre tiltak som savnes er mer individuelt tilpassede tiltak for brukere med funksjonsnedsettelse, og for brukere innen rus og psykiatri.

Vedtak

Informantene i kommunen forteller om flere endringer i hvordan vedtakene gjøres. Generelt opplever de at det har blitt mer ryddige rutiner på grunn av endringen som har blitt iverksatt i forbindelse med SIO-prosjektet. I prinsippet kunne disse endringene også blitt gjort uten SIO, men forsøket har ifølge flere fungert som en pådriver for denne typen endringer.

«SIO-prosjektet tvang oss til å gjøre en del ting vi uansett måtte gjort.»

For det første har vedtakene blitt mye tydeligere på hvilke mål som er satt for brukeren. De ansatte har gått på kurs knyttet til hvordan de skal ordlegge seg i vedtakene for at de skal bli mest mulig presise.

For det andre fattes det mange flere vedtak enn tidligere. Spesielt gjelder dette innen hjemmebaserte tjenester. Tildelingsenheten følger en intern regel om at vedtakene skal endres dersom tjenestene som ytes avviker mer enn 25 prosent (positivt eller negativt) fra det gjeldende vedtaket. Selv om kommunen revurderer vedtakene ofte, varsles brukere kun ved vesentlige endringer. Konsekvensen av det blir tydeligere når ressurstimer ikke samsvarer med vedtakene. Kommunen kan nå hente ut hvor mange timer de bruker og hva de har tilgjengelig.

For det tredje har kontrollen med at vedtakene stemmer overens med det som faktisk utføres blitt skjerpet betraktelig. Vedtakene blir kontrollert av revisor hver tredje måned, for å sikre at vedtakene stemmer bedre overens med det som blir gjort. Dette krever større grad av dokumentasjon fra tildelingsenheten.

For det fjerde benyttes det nå riktige koder, som gjør det lettere å få en oversikt over tjenestebildet. Tidligere kunne ikke vedtakstillene stoles på i samme grad. Samlet sett opplever nå informantene at det er godt samsvar mellom vedtak og utførte tjenester. Det eneste unntaket er rus og psykiatri hvor det trekkes frem at det ofte skjer uforutsette ting som ikke fanges opp av vedtakene.

Vedtakene beskrives imidlertid fortsatt som ganske runde ut mot bruker, i form av at de ikke spesifiserer ressursbruk.

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

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

De fleste informanter trekker fram at tildelingsenheten har fungert godt lenge, og har blitt ytterligere styrket som følge av SIO. Kapasiteten i tildelingsenheten har økt med halvannen stilling, noe som trekkes fram som positivt, i tillegg til at de ansatte har fått økt kompetanse innen saksbehandling.

Tildelingsenheten har også fått inn en ergoterapeut, noe som beskrives som positivt for den faglige sammensetningen av gruppen. Denne kompetansen verdsettes høyt i tildelingsarbeidet:

«Skulle gjerne hatt en ergoterapeut til [i tildelingsenheten], de ser dette med funksjonsnivå på en helt annen måte.»

Økonomiavdelingen har blitt trukket mye tettere inn i arbeidet med tildelingen, og fremhever dette som en viktig læring.

«Vi [Økonomiavdelingen] har blitt tvunget til å sette oss mye bedre inn i tjenestene. Hva er denne tjenesten? Hvorfor er denne brukeren plassert her? Hvor mange jobber der? Og så videre. Det hadde vi aldri fått til uten SIO.»

Av kompetanse som savnes nevnes det at tildelingsenheten gjerne skulle hatt en lege, og en person med kompetanse på barn og unge.

Samarbeidet mellom tildelingsenheten og utførerene beskrives som godt av begge parter. Selv om tildelingsenheten skal gjøre all kartlegging og tildeling, kommuniserer de daglig og supplerer hverandres perspektiver på brukeren. Det trekkes fram at forholdet er basert på tillitt og involvering. Noen informanter hadde på forhånd fryktet at SIO-prosjektet skulle gjøre samarbeidet mer formalistisk og stivbent, men dette har ikke vært tilfelle. Tildelingsprosessen innen psykiatri beskrives som styrket etter at den ble innlemmet under tildelingsenhetens ansvarsområde. Samarbeidet med andre – slik som fastlege, PPT, barnevern, oppvekst – beskrives også som godt. Imidlertid gir de fleste informanter inntrykk av at samarbeidet har fungert godt lenge og slik sett ikke kan tilskrives SIO-prosjektet.

Brukermedvirkning

De ansatte på tildelingskontoret forteller om økt bevissthet rundt hva som er viktig for brukeren, selv om dette også var noe de spurte brukeren om tidligere.

«Vi stiller ofte spørsmålet 'Hva er viktig for deg?'. Vi gjorde det litt før også, men det er mer fokus på det. Nå går vi oftere ut med to personer på kartlegging. En skriver og en snakker. Man oppdager kanskje litt mer når man går to og to. Vi tar ofte med oss hverdagsrehabilitering. Man får vite mer om personen. Kanskje graver vi for mye, fordi vi må gjennom skjemaet.»

De ansatte ved tildelingsenheten beskriver denne tilnærmingen som mer faglig krevende, fordi de i tildelingen presses til å sette seg dypere inn i brukerens situasjon og være mer kreative i hvordan tjenesten settes sammen.

«Tidligere spurte vi ofte 'Hva trenger du hjelp til?', noe som var lettere for oss. Nå har man gjerne et møte på 45-60 minutter. Vi må ofte ha flere møter for å komme gjennom alle spørsmålene. Mange ganger kommer også brukerne på flere ting etter møtet er ferdig.»

Også utførerenheten forteller om økt bevissthet rundt brukermedvirkning og fokus på hva som er viktig for brukeren. På sykehjemmet har de blant annet startet med brukermøter for å styrke dialogen med brukerne.

Rutiner og verktøy

Samtaleguiden oppleves som veldig detaljert, noe som gjør at de ansatte på tildelingsenheten stiller flere spørsmål enn de gjorde tidligere. Svarene dokumenteres i fagsystemet via sjekklister.

En ansatt innen rus og psykiatri forteller at samtaleguiden har bidratt til å gjøre tilnærmingen mer aktiv, for eksempel ved å spørre om brukeren har gjort sin del av avtalen. Dette har fått i gang en annen type dialog i hjelper-bruker forholdet.

En annen informant mener på den annen side at den nye samtaleguiden ikke alltid er like treffende:

«For eksempel er ikke rus tema [i samtaleguiden], men ernæring er inkludert. Rart å snakke om ernæring når man sitter med en ruset person foran seg.»

Søknadsskjemaet som tidligere var avkrysning har nå blitt erstattet av en mer kvalitativ beskrivelse av brukerens situasjon og bistandsbehov.

«Det er spennende nå [med nytt søknadsskjema], brukeren beskriver funksjonen sin og så må vi sy sammen tjenesten. Vi har mye å tilby, men pasienten skriver gjerne at de vil på sykehjemmet. Ofte er det de pårørende som ønsker dette.»

Sjekklisten beskrives generelt som lite nyttig, og benyttes ifølge flere informanter kun fordi det er et krav. Kommunen benytter selv ikke informasjonen som fylles inn i sjekklister.

Økonomi og finansieringsmodell

Overgangen fra rammefinansiering til enhetspriser innebar en stor endring av kommunens finansiering av helse- og omsorgstjenester. Økonomiavdelingen hadde før forsøket kommet fram til at enhetsprisene i forsøket var for lave, noe som man antok kunne føre til at kommunen kunne få et negativt økonomisk resultat av forsøket.

Den nye finansieringsmodellen ble iverksatt som planlagt. Innføringen av forsøket innebar imidlertid en stor 'opprydding' med omkodning av vedtak, økt presisjon i rapporteringen og nye metoder for budsjettering av tjenestene. Her trekker flere informanter særlig frem et Excel-basert verktøy – som ble utviklet av en ansatt på økonomiavdelingen – som sentralt for å forstå økonomien i tjenestene.

Etter denne oppryddingen har kommunen fått et oppdatert bilde på det reelle utgiftsnivået knyttet til de ulike tjenestene. Gjennom dette arbeidet har det kommet frem at enhetsprisene i Os er relativt lave. Kommunen forventer derfor et overskudd i 2017 som kan benyttes til mer langsiktige tiltak.

Flere informanter har understreket at de er svært bevisst den underliggende risikoen for overforbruk som ligger i en enhetsprismodell. Kommunen har derfor vært opptatt av å ikke pådra seg langsiktige forpliktelser i forsøksperioden, siden disse forpliktelsene vil måtte finansieres av kommunens egne budsjetter når forsøket avslutter. De understreker at den veksten som har vært i

vedtak det siste året først og fremst skyldes demografiske endringer, og ikke endring i tildelingspraksis. Utførerenhetene har fått budsjetter som dimensjoneres på samme måte som tidligere. Som nevnt tidligere følger det heller ikke penger (til utførerenhetene) med vedtakene, slik at et eventuelt overskudd forvaltes sentralt.

Eventuelle merinntekter som måtte komme fra forsøket planlegges derfor å brukes på tiltak som gir langsiktig kvalitetsheving og effektivisering av tjenestene, uten å skape kostnader som må bæres i årene etter forsøket er avsluttet. Eksempler på slike investeringer er kompetanseheving/videreutdanning, velferdsteknologi og en videreutvikling av kommunens tiltak innen hverdagsrehabilitering. Det var imidlertid ikke tatt noen endelige beslutninger knyttet til dette.

Velferdsteknologi

Os beskriver sitt eget forhold til velferdsteknologi som aktivt, men avventende. De ønsker ikke å gå først, men har prøvd ut enkelte løsninger slik som et styringssystem på Luranetunet sykehjem som styrer dørlåser, tilganger mv. Systemet er wifi-basert og er designet for å benyttes også på andre typer løsninger. I forbindelse med kommunesammenslåingen med Fusa er det fattet vedtak om at det skal satses sterkere på velferdsteknologi.

Dette er imidlertid initiativer som er igangsatt før SIO, og som ikke kan tilskrives forsøket. To informanter trekker fram at SIO legger beslag på mye av utviklingsressursene i kommunen, slik at velferdsteknologi må prioriteres ned mens forsøket pågår.

«SIO har tatt så mye av utviklingskraften vår at det har tatt fokus fra annen utvikling [innen velferdsteknologi].»

Forankring av SIO-prosjektet i organisasjonen

Inntrykket fra intervjuene er at alle i organisasjonen er relativt samstemte når det gjelder hvordan SIO har påvirket kommunen. Forsøket beskrives først og fremst som positivt, gjennom en økt profesjonalisering av tildelingsprosessen. Her trekker mange informanter fram økt kapasitet, bedre arbeidsmetoder og -verktøy og bedre dokumentasjon som de mest sentrale endringene.

Før forsøket startet var administrasjonen skeptiske til forsøket, og anbefalte kommunestyret å ikke delta. Deltagelsen til Os kommune ble vedtatt likevel. Når først avgjørelsen var tatt forteller flere informanter at de var fullt ut lojale til vedtaket og satte seg som mål å få mest mulig ut av de mulighetene det ga.

«Administrasjonen var i utgangspunktet negativ [til deltagelse i SIO], men da det først ble vedtatt gikk vi all-in. Vi har fått veldig mye ut av det.»

I ettertid har alle informantene uttrykt at de har vært positivt overrasket over hvordan forsøket har utviklet seg. De er også veldig fornøyd med samarbeidet de har hatt med Helsedirektoratet underveis.

Ledere og ansatte er også tilfreds med det økonomiske handlingsrommet som følger av forsøket, selv om forbruket i hovedsak har fortsatt som tidligere.

4.1.4 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket Os?

Generelt virker det som de fleste i kommunen mener forsøket har bidratt til en positiv utvikling i kommunen. Den viktigste endringen som trekkes frem er en profesjonalisering av tildelingsprosessen, som er knyttet til en rekke forhold:

- ▶ Vedtakene har blitt forvaltningsfaglig sterkere, revurderes oftere og setter tydeligere mål for brukeren.

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

Samtidig trekker flere fram at forsøket i større grad enn tidligere krever administrative ressurser, som til en viss grad også kan gå ut over andre satsinger, som f.eks. velferdsteknologi. De ansatte i kommunen opplever ikke at det er noen spesiell endring i omfanget av de ulike tjenestene som følge av forsøket.

4.2 Stjørdal

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

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

4.2.1 Status før forsøket

I vår nullpunktanalyse av Stjørdal i 2016 ble det gjort en rekke vurderinger av status i Stjørdal kommune før forsøket. Hovedintrykket var at Stjørdal var en veldrevet kommune på dette området, med svært effektiv drift og mange tiltak langt ned i omsorgstrappen. I det videre følger en nærmere omtale av status i Stjørdal kommune før forsøket.

Tildelingen: Regionalt tildelingskontor

Forvaltningsfunksjonen i Stjørdal kommune er en del av Forvaltningskontoret i Værnesregionen. Informantene er i rimelig grad tilfreds med kompetansen i forvaltningsfunksjonen som består av sykepleiere, sosionom og vernepleiere. Noen informanter etterspør imidlertid en bredere kompetanse som eksempelvis ergoterapi, mens andre stiller spørsmåltegn ved om kompetansen i tilstrekkelig grad er praksisnær nok.

Dagens tjenester: En langvarig satsing på hjemmetjenester

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

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

Fremtidens tjenester: SIO-prosjektet som drahjelp

Stjørdal kommune bruker lite ressurser til helse og omsorg. Det kommunen primært ønsker å få ut av SIO-prosjektet er en «økonomisk muskel» til ytterligere utvikling, spesielt med hensyn til læring i

organisasjonen. Det er menneskene som utfører tjenestene og dersom tjenestene skal utvikle seg må de ansatte utvikle seg, dette trenger kommunen drahjelp til. Ut fra dette trenger kommunen i en periode å bruke mer ressurser på hverdagsrehabilitering.

4.2.2 Innføring av forsøket

Ryddejobben

I løpet av 2016 har kommunen gjennomgått alle tidligere vedtak. Mange vedtak er blitt justert og endret. Det er utviklet kartleggingsverktøy, sjekklister og samtaleguide.

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

Stjørdal har også etablert sammenhenger mellom omfang i vedtak og tilgjengelige ressurser i utførelsenhetene, her er det blitt avdekket til dels store avvik mellom de tjenestene som er tildelt og den tiden den enkelte virksomhet har til disposisjon. Dette misforholdet er blitt rettet opp.

SIO som grunnlag for forbedring

SIO-prosjektet synes å ha ført til en rekke forbedringstiltak i Stjørdal. Kommunen har fått et økt fokus på vedtak og behovsvurdering, nye verktøy og rutiner har ført til likere tildeling.

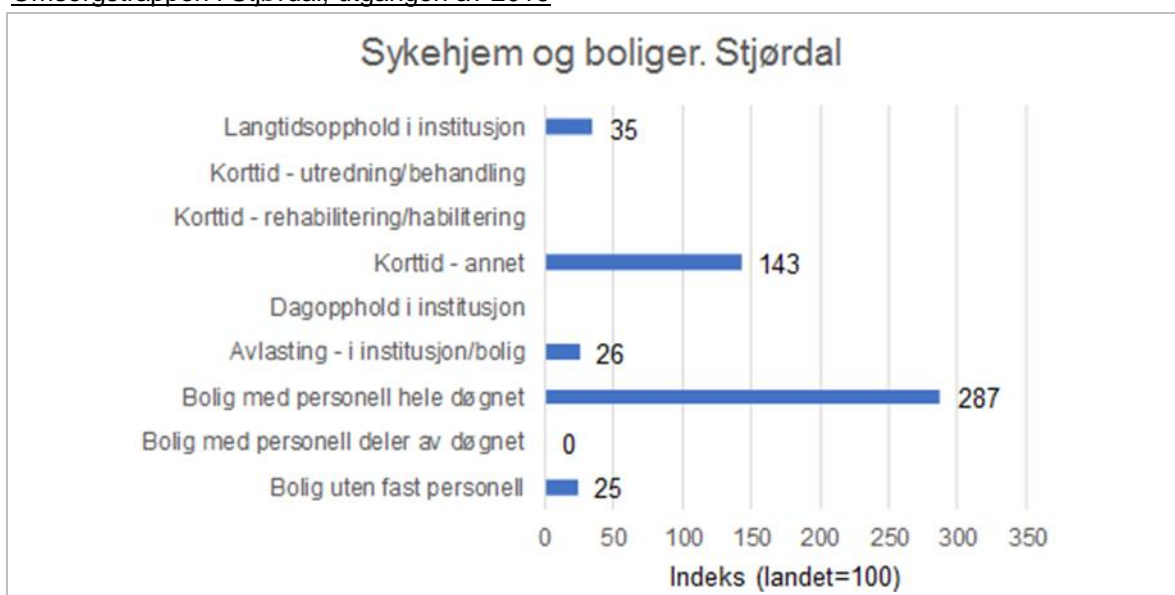
Stjørdal har innført et hverdagsmestringsteam som gjør at kartleggingen av brukerne er blitt grundigere.

«Nå kartlegges det over en 14-dagers periode. Før tok det en dag.»

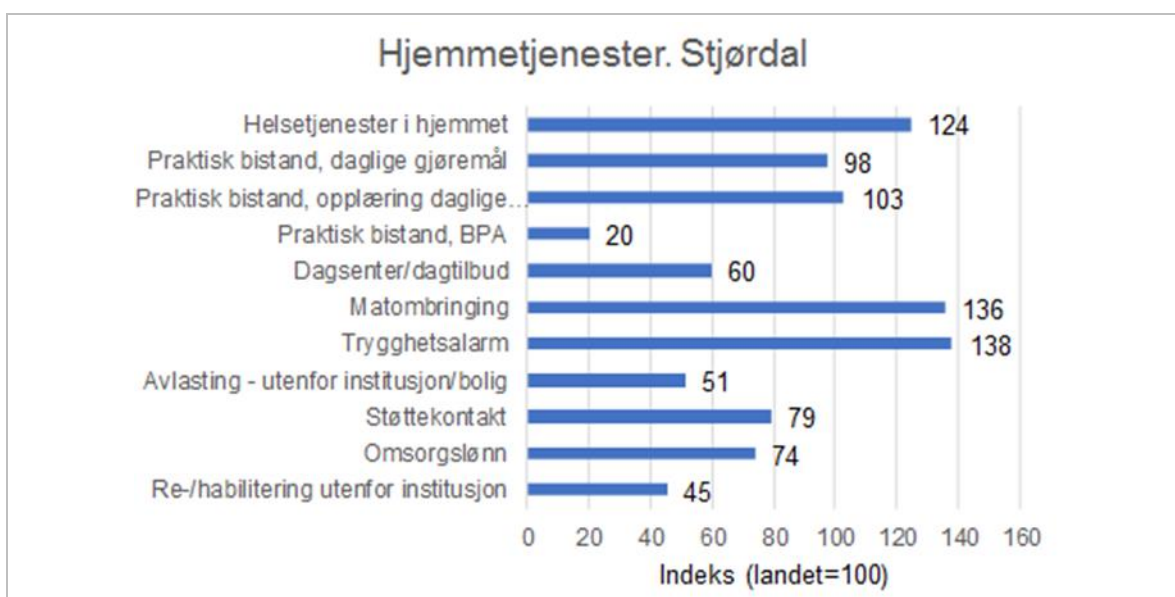
Kommunen oppgir at de gjennom SIO-prosjektet har opparbeidet seg en innsikt i egen virksomhet som de ikke hadde tidligere og som kan brukes til en bedre styring og mer hensiktsmessig budsjettering av virksomhetene. Det synes å være finansieringsmodellen for A-kommunene som har «tvunget» Stjørdal til å opparbeide seg denne innsikten.

Innsikten har også ført til at man nå kan se sammenheng både mellom tildelte og utførte tjenester og omfang i vedtak og bemanningsbehov i utførertjenestene.

Omsorgstrappen i Stjørdal, utgangen av 2016



Figur 4-3 Antall brukere med ulike sykehjems- og boligtilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet



Figur 4-4 Antall brukere med ulike hjemmebaserte tilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet

4.2.3 Kvalitativ beskrivelse av endringer i kommunen

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Informantene opplever at omsorgstjenestene innen de fleste områder dekker brukernes behov på en god måte og hevder at SIO ikke har ført til endret tjenestevolum.

Den viktigste endringen det siste året synes å være etablering av Hverdagsmestringsteamet. Teamet yter noen tjenester selv, men driver mest med avklaring og behovsvurdering. Så å si alle

nye brukere i kommunen behandles av Hverdagsmestringsteamet og de følges opp over lengre tid før vedtak fattes. Effekten er ifølge informantene riktigere tjenestetildeling.

En annen viktig endring er Trygghetsambulerende team som har «bygget» en bro mellom sykehus og hjem. Brukere som kommer fra spesialisthelsetjenesten og som tilbakeføres til eget hjem, følges opp av teamet før vedtak om hjemmesykepleie fattes.

Hverdagsmestringsteamet (HMT) og Trygghetsambulerende team har ført til at kommunen kan jobbe lenger nede i omsorgstrappen. Hverdagsmestringsteamet har bidratt til at kommunen har fått et økt fokus på forebygging og rehabilitering. Et typisk utsagn er:

«Vi jobber godt med dette. Tar tak i ting tidlig. Stopper ofte lavt i omsorgstrappen. HMT har avlastet hjemmetjenesten. Uten HMT ville det ikke blitt like godt kartlagt, det ville ha blitt større tjenestevolum.»

Informantene peker også på at det etter hvert har utviklet seg et tett samarbeid mellom forvaltning og hverdagsmestring med hensyn til hjemmebesøk.

Informantene beskriver at det er stadig «tyngre» brukere som skrives ut til eget hjem, noe som krever mer sammensatt kompetanse nå enn tidligere. Kommunen har det siste året satt inn Trygghetsambulerende team som skal ha fokus på disse brukerne. Teamet deltar på første konsultasjon med fastlege etter retur fra sykehuset.

SIO synes å ha gitt kommunen muligheter til å utvikle dette området. Selv om det finnes et distrikt-medisinsk senter i Stjørdal som tar unna mye og til tross for at antall korttidsplasser har økt, dekker det ifølge informantene fortsatt ikke behovet. Kommunen hadde 300.000 kroner i dagbøter for overbelegg pr. juni 2017. Omfanget for hele 2016 var 780.000 kroner, noe som fikk enkelte informanter til å konkludere: «Antall korttidsplasser må økes.»

Vedtak

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

Kommunen har nå, ifølge informantene, enda bedre behovskartlegging enn tidligere som følge av etablering av Hverdagsmestringsteamet. Dette fører til riktigere tjenestetildeling.

I løpet av 2016 har kommunen gjennomgått alle tidligere vedtak. Mange er blitt justert og endret. Ved denne gjennomgangen fremkom det at kommunen hadde mange gamle vedtak. Nå revurderes de fortløpende. Evalueringsdatoen blir brukt aktivt, i tillegg endres vedtakene fortløpende når en bruker klarer seg mer eller mindre selv.

Med hensyn til sammenhengen mellom tildelte og utførte tjenester, viste gjennomgangen av vedtakene at mange brukere hadde mottatt mer tjenester enn vedtaket tilsa, mens på andre områder, eksempelvis innen helsetjenester i hjemmet, ble det i noen grad gitt mindre enn vedtaket forutsatte.

Nå fremkommer all relevant informasjon i tjenestebildet og informantene opplyser at de har stort fokus på å ajourholde dette. For å kontrollere at brukerne får den tildelte tjenesten kan man sammenligne tjenestebildet med arbeidslistene.

Når det gjelder sammenhenger mellom tildelte ressurser til utførerenhetene og omfanget av vedtakene synes det som om SIO har gitt kommunen et verktøy for å analysere dette. Med SIO publiseres det ukentlige utskrifter av vedtak som kan sammenholdes med tilgjengelige ressurser i

utførerenehetene. Slike oversikter fantes ikke tidligere. Dette har gitt de ansvarlige bedre forståelse av egen virksomhet, men hevdes også å ha ført til økt stressfølelse da ressursene oppleves som knappe.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Dialogen oppleves å ha blitt bedre. Både Hverdagsmestringsteamet og Primærhelseteamet som var nyetablerte ved oppstarten av SIO, synes nå å ha funnet sin form. Forvaltningskontorets rolle er blitt noe redusert, noe som illustreres ved det faktum at rundt 40 prosent av de som kartlegges av Hverdagsmestringsteamet ikke tildeles tjeneste.

Kompetansen som er tilgjengelig i tildelingsprosessen består i tillegg til Forvaltningskontoret, Hverdagsmestringsteamet og Primærhelseteamet også av demensteamet (som er en del av Hverdagsmestring).

Enkelte informanter opplever likevel at det er noe knapt med kapasitet i tildelingsprosessen.

Samarbeidet mellom de ulike instanser oppleves som bra og viktig, og som en informant sier:

«Vi må jo snakke sammen for å finne de beste løsningene.»

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

Andre peker på at det har blitt økt fokus på brukers oppfatning. Siden det ikke søkes om tjenester, men kun formuleres behov, blir kartleggingsbesøk og bruk av kartleggingsverktøyet svært viktig. Det samme gjelder sjekklister og samtaleguider. Sjekklisten fra Helsedirektoratet var ifølge enkelte informanter ikke brukbar, og de har i stedet tatt i bruk sjekklisten fra Os kommune.

På spørsmål om i hvilken grad tildelingsprosessen er enkel å administrere, fremkommer det at systemene er blitt mer omfattende, det er mye informasjon som skal dokumenteres, og det er blitt noe mer papirarbeid.

«Tidligere kunne vi ta en telefon og bli enige om endring.»

Noen informanter oppfatter også det at to til tre instanser er involvert i tildelingsprosessen, kan gjøre prosessen noe tungvint.

Brukermedvirkning

Informantene oppfatter at Stjørdal kommune over tid har vært flinke til å involvere brukere og pårørende, men at de nå som en følge av SIO er blitt enda bedre takket være nye rutiner og nytt kartleggings skjema. Det at brukere beskriver behov og ikke søker på tjenester gjør at man blir mer fokusert på den enkelte. Den økte dokumentasjonen fører også til at dialogen med pårørende er blitt mer konstruktiv.

Hva er viktig for deg? spørres alltid, men som en informant sier:

«Det fungerer ofte ikke like godt å starte samtalen med dette spørsmålet.»

Brukermedvirkningen dokumenteres i vedtakene. Brukers eller pårørendes oppfatning skal synliggjøres.

Økonomi og finansieringsmodell

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

Årsakene synes å være at:

- ▶ kommunen kommer gunstig ut av finansieringsmodellen
- ▶ midlene øremerkes noen bestemte prosjekter
- ▶ SIO har ført til økt innsikt

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

Disse merinntektene kunne, som en av informantene uttrykker det:

«Blitt brukt til frislipp, staten dekker jo alle utgifter»

Kommunen har imidlertid i liten grad styrket den løpende driften. Merinntektene settes av i fond og øremerkes til å finansiere enkelte helt sentrale satsinger som Hverdagsmestring, Trygghetsambulerende team, demensteam og investeringer i bygg. I tillegg satses det på videreutdanning av ansatte. Samlet sett brukes ressursene til å sikre endret praksis.

SIO har ført til økt innsikt i egen drift, noe som gir et bedre grunnlag for beslutninger om kapasitet og prioriteringer. Kommunen har også fått god oversikt over koblingen mellom behov, tjenester og ressursbruk.

Velferdsteknologi

Flere informanter gir uttrykk for at Stjørdal til nå i SIO-forsøket har primært hatt fokus på tjenesteomlegging. Velferdsteknologisatsing har kommet litt i skyggen.

Imidlertid ble en stor satsing lansert før sommeren; Responssenteret hvor alle velferdsteknologi-alarmer er blitt samlet på et sted.

Forankring av SIO-prosjektet i organisasjonen

Gjennom intervjuene fremstår SIO-prosjektet som godt forankret. Informantene har langt på veg en felles oppfatning av hvordan fremtidens helse- og omsorgstjenester i Stjørdal skal se ut, hvordan veien dit er og ikke minst, hvilken rolle SIO-prosjektet har i å realisere denne «visjonen».

4.2.4 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket Stjørdal?

Informantene gir gjennomgående uttrykk for at kommunens deltagelse i prosjektet har gitt stort læringsutbytte. Det som trekkes frem er effekten av:

Mer utfyllende fokus på vedtak og behovsvurdering

Som et resultat av forsøket er det innført nye og bedre verktøy for å fatte vedtak. Samtidig er alle tidligere vedtak revidert. Å gjennomføre disse prosessene har krevd mye refleksjon og har vært bevisstgjørende. En effekt av dette er at det er etablert en enhetlig praksis rundt tildeling av tjenester, noe som gir en likere og mer rettferdig praksis og bedre behovsdekning. En annen effekt er at tildelingsprosessene er i vesentlig grad blitt systematisert, dokumentasjonen er blitt bedre og vedtakene begrunnes på en mer tilfredsstillende måte.

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

En ytterligere effekt er at brukermedvirkningen og brukerorienteringen har økt fordi man fokuserer på brukernes behov og ikke tjenester. Derved må man finne individuelle måter å løse den enkelte brukers behov på.

Økt innsikt

«Vi har en innsikt som vi ikke har hatt før.»

Økt innsikt er et forhold mange informanter snakket mye om. Den finansieringsmodellen A-kommunene har måttet forholde seg til har ført til at kommunene for å følge med på utviklingen av utgifter og inntekter har måttet skaffe seg en helt annen og langt mer detaljert innsikt i egen virksomhet enn det de har hatt tidligere. Utgangspunktet for dette var behovet for å regne om de «standardprisene» som man får refusjon for vedtak på til Stjørdal-priser, altså hva tjenesten faktisk koster i kommunen. Dette er en innsikt mange kommuner mangler.

Effekten av dette er at det bidrar til forbedret styring av egne enheter og gir muligheter til å se den totale virksomheten under ett. Et viktig bidrag til økt styring i Stjørdal er innføring av arbeidslistene og muligheten til å sjekke dette opp mot tjenestildelingen. Som en informant sier:

«Arbeidslistene er kommet for å bli. Neste skritt er håndholdte apparater for registrering.»

En annen vesentlig effekt er at dette har gjort det mulig å koble behov og ressursbruk. Nå kan kommunen se ressursbehov og brukerbehov i sammenheng. Man vet hva tjenesten koster og man vet hvilken bemanning en gitt virksomhet trenger for å yte tjenestene. Dette kan brukes som budsjettgrunnlag.

«Systemene for måling av ressursbruk og kobling mot brukerbehov er så bra at vi mener det bør videreføres uavhengig av SIO.»

Sammenheng mellom tildelte tjenester og utførte tjenester

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

Denne jobben har også vært motiverende:

«Registrering, ja du store. Tidligere fikk vi ikke vist hvor mye vi faktisk gjorde. Vi ble tilfredse når vi ser resultatet av den massive registreringen.»

4.3 Lillesand

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

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

4.3.1 Status før forsøket

I vår nullpunktanalyse av Lillesand i 2016 ble det gjort en rekke vurderinger av status i Lillesand kommune før forsøket. I det videre følger en nærmere omtale av status i Lillesand kommune før forsøket.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fremtidens tjenester: SIO-prosjektet som drahjelp for utvikling og styrkede hjemmetjenester

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

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

4.3.2 Innføring av forsøket

Ryddejobben

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

«Hadde Helsedirektoratet vært klar over hva SIO innebar burde de avventet slik at ting kunne kommet på plass.»

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

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

Flere opplever at de økonomiske sidene av prosjektet har krevd mer arbeid enn opprinnelig forventet. Enkelte oppfatter derfor at det burde være satt av mer ressurser til systemansvar og økonomiansvar slik at ryddejobben hadde blitt mer oversiktlig og mindre ressurskrevende for enkeltpersoner.

Inntekstpåslaget

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

Inntekstpåslag SIO	Beløp	Virkning
2016	4,3 mill.	8/12 virkning
2017	6,9 mill.	
2018	6,9 mill.	
2019	6 mill.	4/12 virkning 100 % + 8/12 virkning 80 %
2020	4,2 mill.	60 %
2021	2,8 mill.	40 %

Note: Det er planlagt en avviklingsperiode på 3 år (2019–2021). I avviklingsperioden vil kommunene motta en nedtrapping av inntekstpåslaget med hhv. 80 prosent (8 mnd. effekt), 60 prosent og 40 prosent i de tre årene. Se nærmere beskrivelse i IS-2392. Fra og med 2022 opphører inntekstpåslaget.⁵

Inntekstpåslaget skal benyttes innenfor følgende prioriterte områder innen omsorgstjenesten:

- ▶ Utvikling av omsorgstjenestene i Lillesand – innovasjon og kompetanse
- ▶ Helsefremmende tiltak
- ▶ Forebyggende/helsefremmende hjemmebesøk
- ▶ Bedre kartlegging av tjenestemottakerne
- ▶ Helhetlige pasientforløp og bedre oppfølging av brukere – herunder legemiddelgjennomgang
- ▶ Velferdsteknologi – E-helse og omsorgsteknologi som den nye normalen

⁵ Kilde: punkt 13 i Regelverk for tilskuddsordning:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/Fors%C3%B8ksordning%20med%20statlig%20finansiering%20av%20omsorgstjenester.pdf>

- ▶ Satsing på ernæring (innebærer også Høies forslag om middag til middagstid)
- ▶ Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

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

SIO som grunnlag for forbedring

Gjennom kommunebesøket har vi fått et forsterket inntrykket av at forsøket har blitt brukt til å få mer kraft i en endringsprosess som startet før SIO-prosjektet. Det som gjøres i SIO henger i stor grad sammen med utviklingsprosesser som ble startet før, og som er en del av tilsvarende endringer som skjer i andre kommuner. For evaluator har det ikke uten videre vært enkelt å skille mellom det som likevel ville skjedd og hva som er en effekt av SIO. Spesielt for SIO er samtaleguiden og tildelingskriteriene fra Helsedirektoratet og den endrede finansieringsmodellen som åpenbart er en direkte konsekvens av forsøket. Lillesand har brukt merinntektene (4–6 millioner kroner per år, se boks over) til ulikt prosjektarbeid som kanskje ellers ikke ville vært satt i gang. Tanken er at prosjektene skal kunne gi gevinster som kan høstes på sikt.

Flere informanter opplever et stort og uforløst potensial i tildelingskriteriene fra Helsedirektoratet. Synspunktene går på at disse bør konkretiseres og spisses for å ha verdi, blant annet for å skape enhetlig praksis mellom kommuner.

Samlet sett gir beskrivelsene fra de ansatte inntrykket av at mange av forutsetningene er til stede for at SIO-prosjektet skal gi grunnlag for forbedring. Gevinstene på flere plan, noen høster man allerede i dag, som økt forståelse for økonomien i tjenestene og en mer standardisert tildeling, mens andre effekter forventer man også i fremtiden. Vi opplever at det er et stort engasjement og tro på at SIO vil medføre positive virkninger for kommune. Slike holdninger kan åpenbart være med på å drive utviklingen fremover.

«Jeg var veldig negativ til SIO, men nå ser jeg at det har blitt et kvalitetsprosjekt.»

En informant mente at forsøket har gitt Lillesand muligheten til å drive arbeidet med utvikling på linje med det som blir gjort i større kommuner.

Kommunen forteller om stor nytte av impulsene både fra Helsedirektoratet og andre kommuner, kanskje spesielt mye fra andre kommuner.

«Staten gir oss oppmerksomhet, setter krav og bestillinger til kommunen. De møter oss og er i dialog med oss. Dette har vært veldig positivt.»

Når det gjelder økonomien er informantene tydelig på at noe av den største verdien har vært å få større innsikt i hva tjenestene koster og man kan se kostnadene i sammenheng som har medført at de ansatte snakker bedre sammen på tvers av avdelinger og ansvarsområder. Dette kan føre til bedre koordinering og styring.

«Tidligere snakket vi om at helse var en stor utgiftspost uten at vi kunne dokumentere de sprekke i budsjettet. Jeg opplever at helsesektoren ikke har fått andelen av kaka som man har trengt. Nå kan vi vise hvordan vedtaksvolumet påvirker utgiftene. For eksempel en pleietrengende pasient med store behov. Nå får vi finansiert dette, og når SIO slutter har vi systemer hvor vi kan se på fordeling av totalkaka på en bedre måte fordi vi har fått et helt annet forhold til dette. Jeg sier til utøverne at de nå kan se verdien av jobben de gjør på en bedre måte.»

Flere oppfatter at rammefinansieringen i små kommuner ofte er en utfordring fordi den totale rammen er sensitive mot svingninger i behovene. Flere trekker frem at stykkpris i så måte gir riktigere inntekter. Enkelte ansatte opplever allikevel usikkerhet om kriteriene for enhetspriser stemmer overens med virkeligheten og om de dermed stimulerer til riktig ressursbruk. Det har vært reaksjoner på misforholdet mellom ulike stykkpriser, og at systemet ikke er fleksibelt nok når nye tjenester/team kommer inn.

Det er også oppfatninger om at inntektspåslaget har betydning for flere områder i kommunen enn de konkrete tilbudene eller stillingene som er blitt opprettet, fordi det kan være smitteeffekter mellom sektorer ved at man får etablert standarder og forutsigbare retningslinjer. SIO kan oppfattes som et innovasjonsprosjekt hvor det har vært stor oppmerksomhet på å utvikle omsorgstjenestene generelt.

«Det handler om små skritt. Inkrementell innovasjon. Vi finner på nye ting, små forbedringer. Vi vil se en gevinstrealisering i fremtiden.»

Flere oppfatter også at tjenestene blir mer direkte knyttet opp til brukernes behov. Tverrfaglighet blir løftet frem som en årsak til dette, og flere fremhever at tverrfagligheten fører til at brukerne får andre typer tjenester.

Oppfatningene om virkningene i selve utførelsen av tjenestene er mer moderate. Oppmerksomheten om prosjektet har kanskje bidratt til forbedring av enkelte rutiner, men hovedinntrykket er at man fortsatt har til gode å se klare virkninger for tjenesteutførelsen.

Den standardiserte kartleggingen og de økte kravene til begrunnelse har medført et bedre dokumentasjonsgrunnlag.

En fallgrube som ansatte forteller om er at kommunen potensielt kan – bevisst eller ubevisst – dreie mot en praksis som øker utbetalingene.

4.3.3 Kvalitativ beskrivelse av endringer i kommunen

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Flere av informantene fremhever at det fortsatt er betydelige hull i omsorgstrappen. Spesielt mangelen på personell hele døgnet oppfattes som et problem. Resultatet er at det også blir for få langtidsplasser, og langtid brukere fyller dermed opp korttidsplassene. Dette medfører for eksempel at ressurser på rehabilitering og forebygging blir brukt på personer som egentlig burde være på langtidsplass. Det er spesielt risiko i pressede perioder hvor man må ta i bruk korttidsplasser. Flere frykter at volumet vil bli for stort.

«Omsorgstrappa har få trinn og det er høyt mellom trinnene - som er synd. Men vi skal bli bedre.»

«Det finnes en del tjenester for dem som trenger det mest som har blitt glemt en stund.»

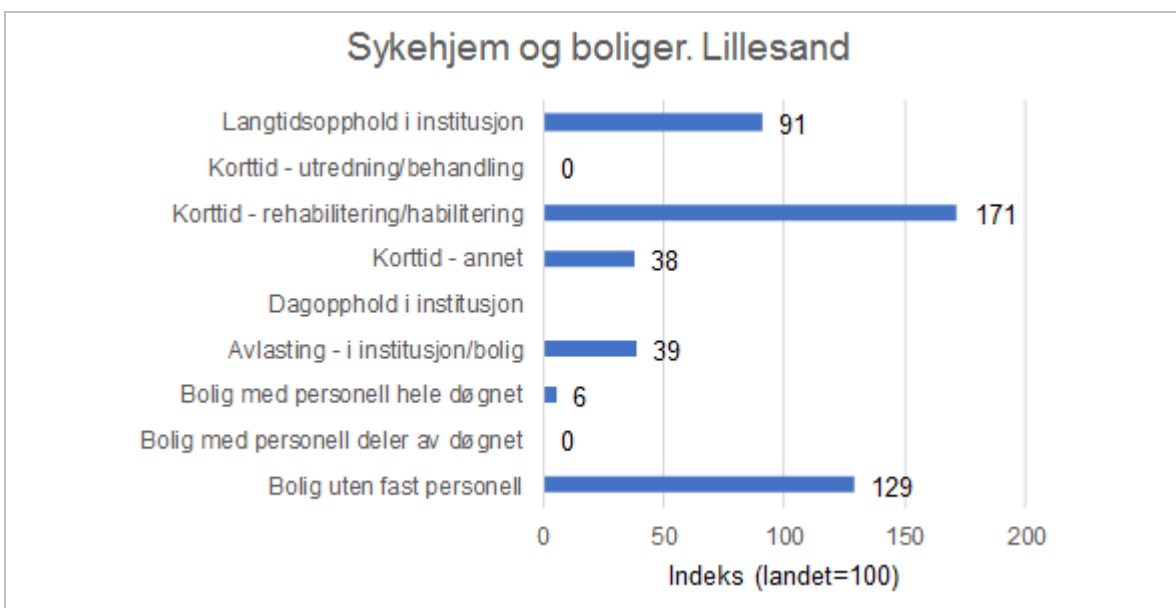
Planen er blant annet at hverdagsrehabiliteringsteamet i tildelingsenheten skal vris til et innsats-team med færre eksklusjonskriterier, som skal rykke ut hvis det kommer en søknad. Målet er at det ikke skal være nødvendig med funksjonsfall for å kunne utføre kartleggingen. Ansatte forteller at det i utgangspunktet er få som opplever plutselige funksjonsfall, det går gjerne gradvis, noe som betyr at kriteriene i det opprinnelige hverdagsrehabiliteringsteamet er lite hensiktsmessige. Ideen er basert på hverdagsrehabiliteringsteamet fra Stjørdal. Det er også mer fokus på frivillighetssentralen og friskliv enn tidligere.

Det er en generell oppfatning at det er et problem at SIO bare omfatter deler av tilbudet til personer med rusproblemer. Mange rusmisbrukere har også psykiske problemer, og det er dermed en utfordring at halvparten av vedtakene går inn under rus, som ikke finansieres i SIO, mens andre halvparten går inn under psykisk helse som er en del av SIO. Lillesand har også et arbeidsprosjekt som ligger utenfor SIO som omhandler denne problemstillingen.

Mange fremhever at de ansatte gjennom prosjektet har blitt langt mer bevisst på hvilke tjenester de leverer til innbyggerne. De ansatte forteller om tilfeller hvor kartleggingen og samtaleguiden har medført færre tjenester og tjenester lavere i omsorgstrappen fordi det har kommet frem at brukeren egentlig har andre behov enn det som fremkommer i søknaden til kommunen. Det kan være

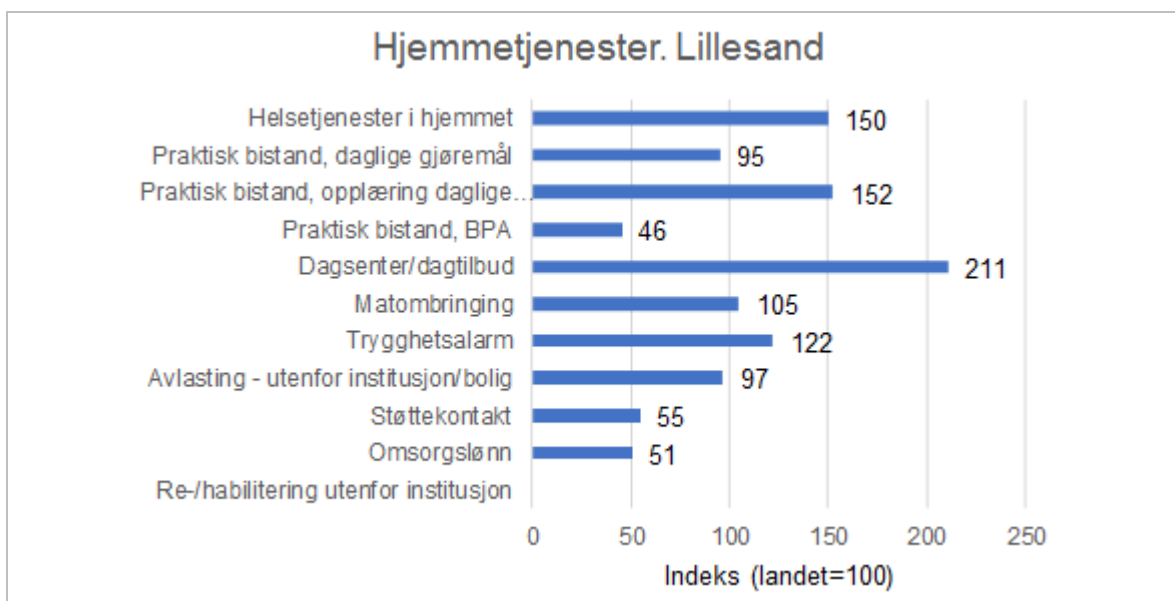
kontakt med folk og aktivisering i form av lavterskeltilbud. Frivillighetssentralen og friskliv er eksempler på slike. Her kan for eksempel innbyggere være med på trening, matlaging og mestringskurs, kanskje istedenfor å få hjemmehjelp eller bli flyttet på omsorgshjem eller sykehjem. Flere fremhever derfor at et slikt alternativt tilbud gjør omsorgstjenestene billigere, og ikke dyrere som mange forventet i forkant av prosjektet.

En analyse av tjenestene basert på statistikk fra IPLOS for 2016 viser at Lillesand ligger forholdsvis nærme landsgjennomsnittet når det gjelder langtidsopphold på institusjon, mens de ligger høyt når det gjelder korttidsplasser for rehabilitering. Som de ansatte bemerket, kan dette skyldes få heldøgnbemannede boliger, slik figuren under viser. Normeringen er gjort ved å sammenligne det beregnede utgiftsbehovet i kommunen opp mot landet som helhet. Utgiftsbehovet er beregnet ut fra kriteriene i det statlige inntektssystemet. Merk at disse tallene viser til 2016 og slik sett tar med seg tjenester vedtatt både før og etter oppstart av forsøket.



Figur 4-5 Antall brukere med ulike sykehjems- og boligtilbud i 2016 korrigeret for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet

Når det gjelder tilbudet og fordelingen av hjemmetjenester viser figuren under at Lillesand har en forholdsvis god dekning, hvor spesielt dagtilbudet ligger langt over landsgjennomsnittet.



Figur 4-6 Antall brukere med ulike hjemmebaserte tjenester i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet

Vedtak

Den generelle tilbakemeldingen er at kartleggingen er bedre: den er blitt standardisert og 'hva som er viktig for deg' ligger sentralt i samtalen med bruker. Mange fremhever at kartleggingen er klart mer ressurskrevende, og at ansatte har måttet være løsningsorientert for å få det til. Flere fremhever at kartleggingen allikevel har gitt gevinster, blant annet gjennom vedtak som i større grad er tilpasset brukernes behov og mål, og trolig mer selvhjulpne brukere.

De ansatte er nødt til å begrunne vedtakene sine bedre nå enn før, som angivelig gjør dem mer bevisst på hva brukerne trenger. Flere fremhever at kravene til begrunnelse gjør at tilbudene blir riktigere og mer tilpasset brukernes faktiske behov. Ansatte forteller at før SIO var det gjerne tjenestene som sådan som definerte tilbudet til brukerne. Dette skapte lite fleksibilitet og tilpassede tjenester. Brukerne bestilte og kommunen leverte det de hadde ressurser til. I dag er det større rom for å differensiere mellom brukere etter behov, og at brukerne i større grad får en likestilt behandling av kommunen, fordi det er deres behov og egen målsetting som styrer, og ikke tilgjengelige ressurser og tjenester i kommunen.

«Det er slutt på tida hvor den enkelte tjenesteyter selv avgjør hva en person får av tjenester. Vi gir mer presise tjenester nå – og vi unngår å etablere en del tjenester. Vi er mer forutsigbare og tydelig i våre leveranser.»

Flere ledere for utførereneheten opplever at de har mindre kontroll over hvem som skal ha hvilke tjenester i dag. Før lå ansvaret for dette i utførereneheten. Enkelte trekker frem at de synes det er problematisk at de selv sitter på økonomiansvaret for enheten, men ikke med vedtaksmyndigheten. De opplever at det er en stor utfordring å ha kontroll på økonomien når tildelingskontoret fatter vedtak om tjenester som de selv har ansvaret for å utføre. De enkelte utførerenehetene får også i dag en økonomisk ramme (internt i kommunen) som de må forholde seg til, og bekymringen fra lederne av utførerenehetene er at tildelingskontoret vedtar tjenester som ikke står i stil med den tildelte rammen.

Det er ingen endringer når det gjelder hvordan timer registreres i vedtakene. For hjemmetjenester og institusjonstjenester som tilbys av de to distriktene fattes det ikke vedtak om timer. For hvert vedtak gjøres det likevel et anslag for antatt gjennomsnittlig tidsbruk som legges inn i tjenestebildet. Man er blitt bedt om å bruke estimert tid/ca.-tid for å ikke ha stoppeklokkepraksis. Tidsbruken legges også til grunn for kjørelistene. Hjemmetjenesten skriver inn endringer i et eget notat

(B-notat), som fanges opp av saksbehandler ved store avvik. Det som blir utført blir skrevet opp i en dagsplan som man kan følge med på underveis i arbeidsdagen.

Det foretas ingen registrering av faktisk tidsbruk, som betyr at man ikke har mulighet til å vite den presise overensstemmelsen mellom vedtakene som fattes og tiden som brukes. De ansatte oppfatter at selv om det i dag ikke er praksis å sammenligne vedtatte og utførte timer gjør man kontinuerlige vurderinger og justeringer av timetilbudet. Hvis utfører merker at de bruker mer tid enn det som er avsatt, justerer man vedtaket. Man har også fått inn målene for bruker i vedtakene, og disse brukes som et sammenligningsgrunnlag for å ha kontroll på omfanget på vedtak og utførelse. Psykiatri og habilitering fatter timer i vedtak som gir grunnlag for betaling. Tildelingskontoret har også faste møter med hjemmetjenesten for å sikre sammenheng mellom vedtak og utførte tjenester.

Enkelte oppfatter at det er motstridende signaler om når og hvordan de skal registrere timer i vedtakene.

«Noen sier timer, men SIO sier ikke stoppeklokke. Men enkelte tjenester krever klokke.»

Revurdering av vedtak skjer i tilknytning til ukentlige møter. Møtene er kommet i stand som en følge av SIO. Mange revurderingssaker oppfattes som 'plankekjøring' og tas ikke med til møtet. De ansatte opplever at det er langt færre 'gamle vedtak' i dag enn det var tidligere. Revurderinger og evalueringer oppfattes som svært ressurskrevende og en del vedtak oppfattes som lite hensiktsmessige. Enkelte savner en funksjon i saksbehandlingssystemet som gir varsel om tidspunkt for evaluering.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Ansatte ved tildelingskontoret forteller om utstrakt tverrfaglig samarbeid. Blant annet er det utstrakt møteaktivitet hvor ulike fagområder sitter sammen på daglig basis og vurderer tjenestene og saksbehandlingen. Dette er ressurskrevende, men de ansatte oppfatter at det skjer mye læring i møtene. Sammen med brukermedvirkningen i kartleggingen er det oppfatninger blant de ansatte om at tverrfagligheten gjør at de avdekker nye og relevante momenter for saksbehandlingen.

«Tverrfaglighet virker som en katalysator for ting som man har snakket om i mange år.»

«De på økonomi kommer inspirert til oss i enhetene og har forslag for tjenestene. Det er veldig bra. Vi får ulike profesjoner til å bidra til tjenesteutvikling.»

En informant oppfatter at tverrfagligheten handler om noe mer enn bare endring av administrative prosesser, men også en endring av kultur og holdninger i organisasjonen. Man prøver derfor å ha bevissthet om å utfordre den rådende tenkningen i organisasjonen.

Den generelle oppfatningen er at kompetansesammensetningen er god. Det er enhetene innen rus og psykisk helse som er mest kritisk. De opplever mange nye brukere og behov. Helse- og omsorgstjenestene i Lillesand er plassert på Helsehuset, som deles av andre helserelaterte tjenester i kommunen. Delingen av lokaler oppleves som veldig bra. Helsehuset kom i stand før SIO og det er ulike kompetansegrupper på huset, som gjør at spesielt saksbehandlingen under ferieavvikling går mye bedre.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkningen i Lillesand dekkes først og fremst på individuelt nivå, gjennom kartleggingen av bruker. De ansatte opplever at de er mer lydhøre overfor brukere og pårørende nå enn før. Brukere får være med på å lage målet for tjenesten(e) som også støttes av brukerne selv. Et styrende prinsipp er å bruke brukernes egne ressurser og få dem til å forstå hva som er det beste tiltaket for dem selv. Denne prosessen oppfattes å være nyttig også for ansatte, og har medført økt refleksjon rundt egen tjenesteutøvelse.

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

Flere pårørende av beboere på spesielt Dovre sykehjem gir uttrykk for at de i for liten grad blir involvert i tilbudet til den aktuelle beboer på sykehjemmet. Det ser ut til å være mer systematisk oppfølging av pårørende innen psykisk helse og for habiliteringstjenesten.

Lillesand er dessuten med i et prosjekt sammen med alle Agder-kommunene, som går parallelt med SIO, hvor man skal identifisere forbedringer i pasientforløpet. Sentralt i dette nettverket er å utvikle 'hva er viktig for deg-tankegangen'.

Pårørende forteller om både positive og negative opplevelser med omsorgstjenestene, men klarer i liten grad å knytte vurderingene sine til SIO-prosjektet. Enkelte forteller at de i liten grad opplever at kommunen er opptatt av brukernes behov og flere forteller også om enkelthendelser hvor tjenestene har vært av lav kvalitet.

Rutiner og verktøy

En av de tydeligste endringene som en følge av SIO er den nye samtaleguiden med oppfølgingen av spørsmålet 'hva er viktig for deg'? Svarene innebærer at brukeren kanskje ender opp med andre tjenester enn hva vedkommende hadde tenkt, og tjenestene blir mer oppmerksomme på hva som er viktig for brukeren. Tidligere spurte de i større grad om hva de kunne gjøre for brukerne og hvilke tjenester brukeren hadde behov for. Den nye tilnærmingen innebærer en endring av kultur og holdninger. Flere fremhever at rutinene som har etablert seg som følge av SIO-prosjektet har ført til både standardisering av tjenester og læring i organisasjonen.

Økonomi og finansieringsmodell

Statlig finansiering innebærer at kommunale politikere får reduserte muligheter til å prioritere mellom ulike tjenesteområder. På den andre siden oppfattes sektoren av enkelte som en fragmentert sektor, med store forskjeller mellom kommuner. Stykkprisfinansiering kan derfor gi likere tjenester på tvers av kommuner. Valget mellom de ulike finansieringsregimene oppfattes som et dilemma. En informant trekker også frem at finansieringsmodellen gir en annen maktfordeling mellom stat og kommune til fordel for staten. Vi har inntrykket av at selv om de fleste i Lillesand er godt fornøyd med utfallet av stykkprisfinansieringen, sitter det langt inne for dem å akseptere at de selv ikke kan prioritere innenfor en ramme. En annen fordel ved stykkprisfinansieringen som løftes frem, er at helse- og omsorgssektoren oppfattes av flere som en sektor som ofte blir nedprioritert. Ved å skjerme sektoren fra andre kommunale oppgaver sikrer man at kommunen ikke må kutte i tilbudene.

I tillegg til inntektspåslaget har forsøket gitt merinntekter for Lillesand på drøyt 1 million kroner i 2016. Disse er satt på fond. Merinntektene utgjør en halv prosent av de samlede inntektene. Informantene oppfatter at det ikke er gitt at det blir et positivt resultat også de neste årene. Man regner allikevel å gå med et så stort overskudd at man ikke trenger å bruke merinntektene til å dekke underskudd i driften.

Selv om kommunen har innført statlig stykkprisfinansiering, blir enhetene i kommunen fortsatt rammefinansiert. De statlige inntektene skal imidlertid få betydning for rammene for de ulike enhetene. Kommunen har i liten grad drøftet om det kan være fornuftig å etablere en kommunal stykkprisfinansiering slik Kristiansand har hatt i mange år. En informant mente det ville kreve flere administrative ressurser å etablere en tilsvarende ordning som Kristiansand.

Ryddejobben oppfattes å ha gitt mye kunnskap om forholdet mellom vedtak og bemanning. Økonomi oppfatter allikevel at det er mange faktorer som spiller inn som gjør det komplisert å få riktig avstemming. Både sykefraværet, brukerbehovene og turnusordningen trekkes frem som viktige komponenter. For eksempel vil to brukere som går bort føre til kutt i inntektsstrømmen. Spørsmålet er da hvordan man skal omplassere resursene, og ansatte oppfatter at det å få organiseringen, turnusene og vedtakene til å fungere sammen er en utfordring. Ansatte på

økonomi oppfatter at denne måten å drive økonomi på er et helt eget fagfelt, og uten regnearket fra Os oppfatter ansatte i Lillesand at de hadde stått på bar bakke.

«Uten SIO hadde man aldri analysert egne tall.»

Lillesands egne analyser tilsier at de burde hatt høyere kostnader og at de derfor kanskje har vært underbemannet. Når de med SIO får finansiert på det reelle tjenestenivået gir dette mer penger.

Velferdsteknologi

Et område for å utvikle tjenestene i kommunene på sikt er å investere i velferdsteknologi. Det er lite som har skjedd i Lillesand på velferdsteknologi, men kommunen er i prosess for å ansette en velferds koordinator. Ansettelsen skal finansieres av SIO-penger.

«SIO har fungert som et spark bak når det gjelder velferdsteknologi.»

Forankring av SIO-prosjektet i organisasjonen

Aktørene vi har snakket med forteller noenlunde den samme opplevelsen av SIO-prosjektet. De ulike aktørene opplever i hovedsak forsøket som positivt. Det ser ut til at knapt noen er imot prosjektet, verken i de politiske miljøene eller blant den strategiske eller operative delen av tjenesten.

Det ser med andre ord ut til at prosjektet er godt forankret i de ulike delene av organisasjonen og at man har lyktes å skape entusiasme til tross for at noen i utgangspunktet var skeptiske. Flere personer fremstår som svært dedikerte, og ønsker å realisere gevinstene som ligger i forbedring av tjenestene og forvaltningen. Dette på tross av at prosjektet har medført stor belastning på organisasjonen, med nye oppgaver, nye rutiner og, for en del av de ansatte, betydelig overtidsarbeid. Politikernes støtte fremstår som grunnleggende for at prosjektet anses som vellykket foreløpig. Enkelte forteller om en del skepsis i starten av prosjektet, men at dette i stor grad har snudd, og at de fleste nå beveger seg i samme retning.

4.3.4 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket Lillesand?

Mye av det de ansatte opplever som endringer i tjenestene og forvaltningen av dem, er vanskelig å knytte direkte til SIO. Bortsett fra verktøyene fra Helsedirektoratet og økte inntekter som følge av inntektspåslaget, er mye av innovasjonen i denne perioden forsterkninger av utviklingsprosesser som har pågått i kommunen over tid. Et resultat vi derimot ser er en utstrakt ryddejobb for å få oversikt over økonomien. Dette ser ut til å ha gitt kunnskap om tjenestene som man ellers ikke ville hatt.

Arbeidet med stykkprisfinansieringen har krevd store ressurser og har til tider vært uoversiktlig, og flere oppfatter at forberedelsene til prosjektet burde vært gjort bedre. Læringen som foregår mellom kommunene har vært avgjørende for fremdriften av prosjektet. Det gjenstår fremdeles en del systemarbeid før man har oversikt over de ulike komponentene i finansieringsregimet. Man forventer at dette vil ha betydning for hvordan kommunen organiserer tjenestene videre.

Vi oppfatter at det i hovedsak er stor oppslutning og engasjement for å få gevinster som følge av SIO-prosjektet, både blant politikere og de ansatte i kommunen. Mange er positive til stykkprisfinansieringen, men det sitter samtidig langt inne for mange å ønske seg å beholde en slik ordning i fremtiden. At kommunen skal kunne gjøre egne prioriteringer mellom tjenester står sterkt.

Kartleggingen som gjøres av tildelingskontoret og oppmerksomheten om å gi tjenester lavere i omsorgstrappen ser ut til å dreie holdninger vekk fra omfattende tjenester og mot lavterskeltiltak. Tildelingskontoret ønsker blant annet å etablere et innsatsteam med få eksklusjonskriterier som skal kunne igangsette lavterskeltilbud raskt. De ansatte oppfatter at omsorgstrapp fortsatt har vesentlige mangler for å kunne gi et riktig tilbud til alle brukere.

Oppsummert er inntrykket av at forutsetningene er til stede for at SIO-prosjektet skal fungere som et viktig utviklingsprosjekt for Lillesand kommune.

4.4 Hobøl

Hobøl kommune i Østfold er en av A-kommunene i forsøket. Tildelingsteamet består av 3.1 årsverk (4 personer) der 2,6 årsverk er knyttet til saksbehandling innen pleie- og omsorgstjenesten. Teamet er direkte underlagt Rådmann, med juridisk rådgiver som fagleder. Tjenestene som inngår i forsøket hører innunder to ulike utførerenheter:

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

Hobøl har fattet vedtak om å slå seg sammen med kommunene Askim, Spydeberg, Eidsberg og Trøgstad.

4.4.1 Status før forsøket

I vår nullpunktsanalyse av Hobøl i 2016 ble det gjort en rekke vurderinger av status i Hobøl kommune før forsøket ble igangsatt. Hovedinntrykket var at Hobøl hadde god kompetanse i tildelingsenheten. Samtidig var det enhetsleder som signerte vedtakene og hadde endelig beslutningsmyndighet. Kommunen så ikke ut til å ha rutiner som sikret at brukerne fikk antallet timer som var vedtatt. Samtidig var brukerne godt fornøyde og ingen klagde på for få timer.

Stor vekt på tilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming og få korttidsplasser

I 2015 var de korrigerede utgiftene til pleie og omsorg generelt i Hobøl nest høyest i sammenligningen. Hobøl var SIO-kommunen som brukte mest på helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Antall timer tildelt til praktisk bistand er svært mye høyere enn i de øvrige kommunene. Tilbudet i Hobøl var i stor grad preget av høye kostnader til personer med psykisk utviklingshemming, og lave utgifter til omsorgsboliger.

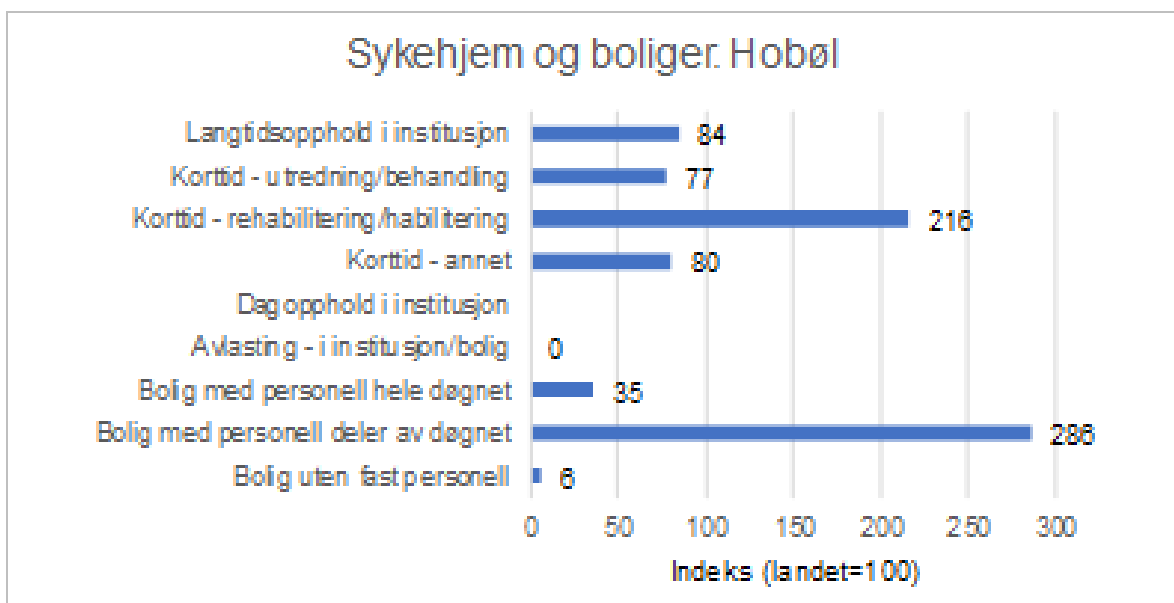
Hobøl hadde få korttidsplasser og lang gjennomsnittlig oppholdstid. Det kunne se ut som kommunen ikke klarte å utnytte disse plassene godt nok.

Andelen fagutdannede var noe lavere enn i landet som helhet og lavest blant SIO-kommunene, spesielt når det gjaldt andel høyskoleutdannede for Hobøl. Tilbudet om fysio- og ergoterapi på sykehjem var nesten dobbelt så høyt som landet og nest høyest blant SIO-kommunene, mens nivået på legetimer var lavest i sammenligningen. Utgiftene til hver sykehjemsplass var på linje med landet.

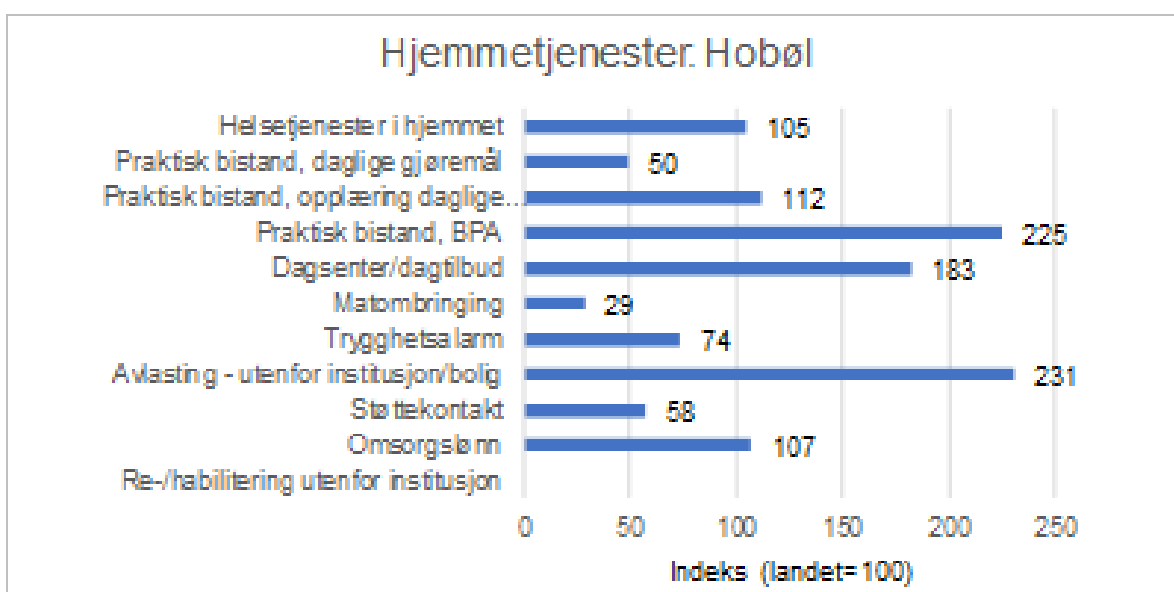
SIO-prosjektet som drahjelp til en mer funksjonell omsorgstrapp

Kommunens egenvurdering av omsorgstrappen var at tjenesteprofilen hadde sin hovedtyngde langt oppe i omsorgstrappen. Kommunen ønsket å jobbe for at flere kunne klare seg selv, for at tjenestene skulle bli bærekraftige i fremtiden. Kommunen så for seg mer fokus på dagsenter og dagtilbud for eldre, både demente og for psykisk utviklingshemmede. Videre ønsket de at innsatsen innen hjemmesykepleie skulle øke og at antall avlastningsplasser ble utvidet.

En nærmere analyse av tjenestene basert på statistikk fra IPLOS for 2016 bekrefter at Hobøl yter mange tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Normeringen er gjort ved å sammenligne det beregnede utgiftsbehovet i kommunen opp mot landet som helhet. Utgiftsbehovet er beregnet ut fra kriteriene i det statlige inntektssystemet. Merk at disse tallene viser til 2016 og slik sett tar med seg tjenester vedtatt både før og etter oppstart av forsøket.



Figur 4-7 Antall brukere med ulike sykehjems- og boligtilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet



Figur 4-8 Antall brukere med ulike hjemmebaserte tilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet

4.4.2 Innføring av forsøket

Antallet stillinger formelt knyttet til tildelingen har økt 40 prosent i forbindelse med forsøket. Økonomiavdelingen bistår med regnskap, økonomi og prognoser tilknyttet SIO.

Ansatte i kommunen beskriver innføringen av forsøket som ressurskrevende. Fagsystemet har ikke kunnet gi den støtten som var nødvendig og kommunen slet med sykemeldinger i tildelingsteamet. Dette gjorde at innføringen samlet sett ble opplevd som krevende.

«Vi får ikke til teknologien helt og må gjøre en del manuelt. Men vi mener at dette kommer seg. Målet er å komme i gang med alt vi er tiltenkt å gjøre [iht. kriteriene i SIO]»

Omkodingen av vedtakene beskrives også som krevende. I forbindelse med innføringen av forsøket måtte alle vedtakene telles og registreres inn manuelt i systemet. Dette tok anslagsvis et ukesverk i 2016.

Samtidig trekker mange det frem som positivt at SIO-prosjektet har gitt ny informasjon om tilstanden og ressursbruken i kommunen. Flere viser også til et stemningsskifte der flere har blitt mer positive til forsøket etter hvert.

«Det har vært en innkjøringsperiode – vi har gått fra skepsis til skikkelig yes!»

4.4.3 Kvalitativ beskrivelse av endringer i kommunen

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Når det gjelder tjenestetilbudet har ikke SIO medført veldig store endringer. Ettersom Hobøl er ROBEK-kommune er kommunen generelt tilbakeholden med å pådra seg økonomiske forpliktelser.

«Vi kan tildele tjenester vi ikke har kunnet gi før. Men det misbrukes ikke.»

Samtidig opplever flere at SIO har gitt mer økonomisk handlingsrom. Det oppleves at det er lettere å gi riktigere tilbud. For eksempel har det vært mulig å opprette gruppesamtaler for unge innen rus/psykiatri.

Vedtak

Noen informanter trekker fram at kommunen har blitt bedre på å fatte vedtak. Vedtakene oppdateres også mer fortløpende, og de ansatte er blitt mer bevisst på å si fra hvis de må gjøre noe ekstra. Som regel blir tjenestene økt, heller enn redusert. Men de ansatte prøver å bli flinkere til å kutte. Ofte settes det inn mye ressurser i starten, som kuttes etter hvert.

Det er imidlertid ofte ansatte hos utførerenheter som selv gjør revurderingen, da de er tette på brukeren.

De fleste opplever samsvar mellom vedtakene og det som faktisk ble utført. Men det trekkes fram at dette er vanskelig å kontrollere, på grunn av manglende uttrekksmuligheter i fagsystemet, kompleksitet rundt turnus/sykemeldinger osv.

Innen rus/psykiatri trekkes det fram at det er veldig personavhengig. Hvis ikke timeantall er spesifisert kan noen bruke flere timer, mens andre får langt kortere tid.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Tildelingsteamet har ifølge flere informanter hatt kapasitetsproblemer og sykemeldinger, og derfor ikke kunnet påta seg den rollen de var tiltenkt. Selv om det ikke er faglig uenighet, trekker flere fram at tildelingsenheten ikke får gjort det de skal. Eksempelvis er det ofte utførerenhetene som har måttet gjøre kartleggingen av brukere. Enkelte opplever at det er utførerenhetene som i praksis tar beslutningene om hvilke tjenester brukeren skal få.

Utover det understrekes det at teamets kompetanse er bred og god. Det savnes imidlertid noe juristkompetanse.

Brukermedvirkning

De ansatte opplever ikke at det har skjedd noen endring med tanke på brukermedvirkning. De har også tidligere spurt hva brukeren trenger hjelp til, og forsøkt å nøste opp i brukerens motivasjon. Brukermedvirkningen blir imidlertid bedre dokumentert nå:

«Jeg er usikker på hvordan dokumentasjon av brukermedvirkning ble gjort før, men nå har vi et notat i journalføringen med rubrikk om bruker. Dette er litt mer utfyllende, ikke bare en bekreftelse på at det har blitt drøftet.»

Rutiner og verktøy

Når det gjelder samtaleguiden beskrives denne som bra. Søknadsskjema fungerer også greit, men det nevnes at noen brukere ringer og lurer på hva de skal fylle inn. Sjekklister oppleves derimot som vanskelig å bruke og lite relevant.

Tavlemøter trekkes fram som et nytt verktøy som har blitt tatt i bruk i forbindelse med tildelingen. Her settes det mål og frister for å nå disse målene. Denne metodikken er imidlertid ikke relatert til SIO.

Økonomi og finansieringsmodell

I likhet med de andre A-kommunene understrekes det at finansieringsmodellen ikke kom ordentlig i gang før i 2017. Flere er tilfredse med at forsøket har gitt bedre oversikt over økonomien i kommunen, og hva de ulike tjenestene koster.

«Det var et inntrykk av at Hobøl var veldig tunge på institusjon – men det var feil – vi er visst ikke det likevel.»

Som Robek-kommune er de ansatte i kommunen bevisste på å ikke pådra seg unødvendige kostnader:

«Vi vet at vi skal ut av prosjektet – det kan ikke være en sovepute som gir oss kostnader på lang sikt.»

Finansieringsmodellen gir en ny måte å tenke på, der man får betalt for aktivitetssøkning. Det gir ifølge en informant en bevisstgjøring på hva det er som påvirker kostnadene. Samtidig gir det en trygghet for at man får dekket kostnadene dersom det for eksempel kommer innflyttere med store behov. Videre trekkes det fram at det kan gi de andre sektorene ro, siden man unngår at pleie og omsorg belaster sine uforutsette kostnader over på andre.

Kommunen har forsøkt å budsjettere med nøysomhet, og forventer at de vil gå med et lite overskudd på den nye finansieringsmodellen.

Velferdsteknologi

De fleste informantene mener kommunen har kommet relativt kort når det gjelder velferdsteknologi, og kan ikke komme på spesielle satsinger som har skjedd på dette området. De tekniske systemene kommunen har er derimot preget av et visst vedlikeholdsetterslep. Blant annet er det mangler ved alarmsystemet på sykehjemmet:

«Vi mangler [alarm-]knapper. Vi må gi bjelle til noen. På dobbeltrom har vi ikke alarmer til alle. Vi må være kreative selv og finne på løsninger. Vi får ikke reservedeler heller.»

En annen informant trekker fram at kommunen har nettbrett som egentlig skulle vært brukt for registrering. På grunn av dårlig nett i kommunen tar det angivelig ti minutter å logge seg på, og nettbrettene blir derfor ikke brukt.

Forankring av SIO-prosjektet i organisasjonen

Det fortelles at det var en sterk politisk vilje til å søke om deltagelse i forsøket. Nå som forsøket har pågått virker de fleste informanter positive og optimistiske med tanke på hvordan SIO skal utvikle seg framover. Det overordnede inntrykket er at de fleste i kommunen er enige om at den generelle profesjonaliseringen av tildelingsprosessen forsøket innebærer, vil være positivt for kommunen på

sikt. Det innvendes imidlertid fra flere at fram til nå har ikke Hobøl klart å utløse det fulle potensialet som ligger i dette.

4.4.4 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket kommunen?

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

- ▶ Kommunen har i større grad enn tidligere fått innsikt i egne tjenester og ulike kostnadsdrivere forbundet med disse.
- ▶ Økonomisk sett har forsøket gått bedre enn forventet. Kommunen opplever både økonomisk handlingsrom til å innføre enkelte lavterskel-tiltak, samtidig som at kommunen gjennom finansieringsmodellen går i overskudd.
- ▶ Tildelingsteamet har så langt ikke tatt en like fremtredende rolle som enheten har vært tiltenkt, pga. lav kapasitet. Slik sett oppleves det fortsatt at det er potensial for økt profesjonalisering av tildelingsprosessen.

4.5 Spydeberg

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

4.5.1 Status før forsøket

I vår nullpunktanalyse av Spydeberg i 2016 ble det gjort en rekke vurderinger av status i Spydeberg kommune før forsøket, som er nærmere omtalt her.

Tildelingsprosessen ved inngangen til SIO: Fra tildelingsteam til tildelingsenhet

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

Før forsøket var det enhetsleder som signerte vedtaket og hadde det siste ordet i tildelingen. Etter forsøket startet er beslutningsmyndigheten gitt til tildelingsenheten.

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

Tjenester ved inngangen til SIO: Høye kostnader og sterk prioritering av mennesker med nedsatt funksjonsevne

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

Andelen fagutdannede i Spydeberg var noe høyere enn landet, mens andelen med høyskoleutdanning var lavest blant SIO-kommunene sammen med Hobøl. Nivået var 6 prosentpoeng under

landet. Tilbudet om fysio- og ergoterapi på sykehjem var på et høyere nivå enn landet, det samme var nivået på legetimer.

Fremtidens tjenester: SIO-prosjektet som drahjelp for profesjonalisering

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

4.5.2 Innføring av forsøket

Ryddejobben

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

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

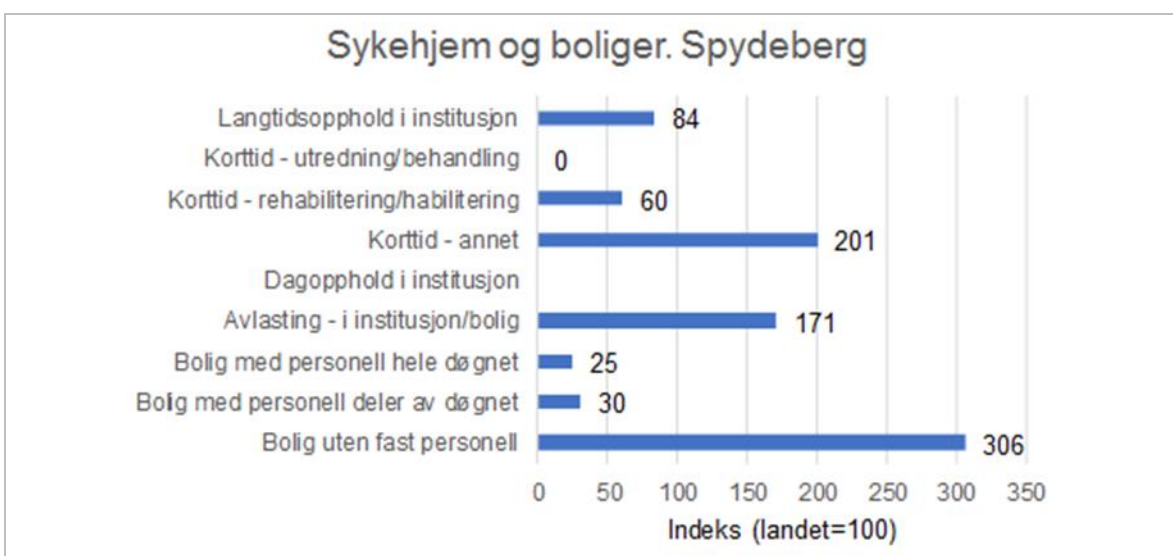
En annen effekt er at budsjettet er bygget om. SIO er nå budsjettet som ett område og utgjør en rapporteringsenhet. Dette gir et helhetlig system som medfører en vesentlig forenklet rapportering.

SIO som grunnlag for forbedring

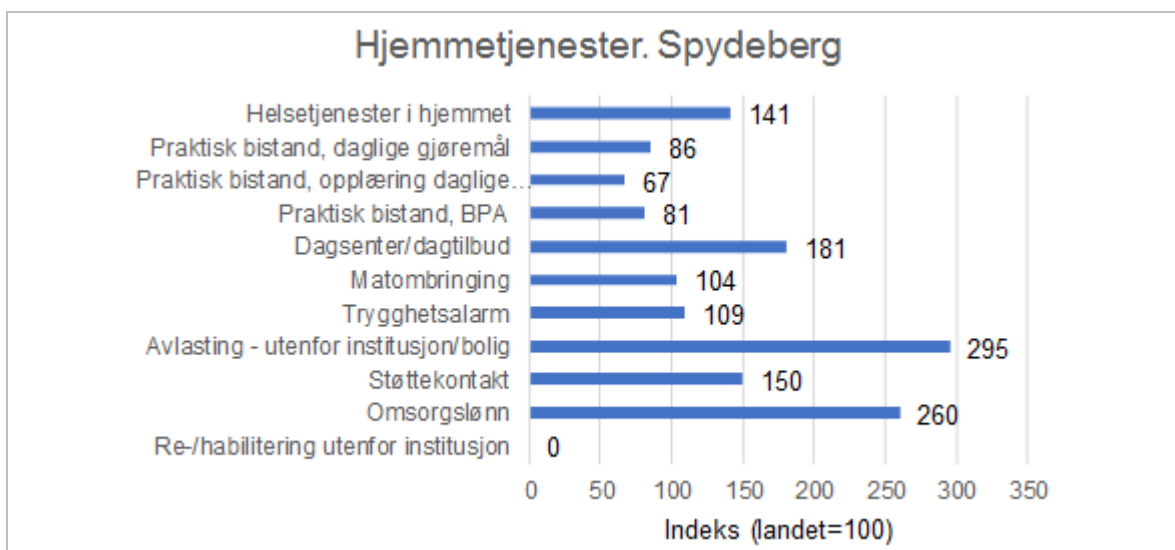
Informantene anser i hovedsak den utviklingen som har skjedd det siste året som en helt naturlig og planlagt utvikling som ville ha skjedd uavhengig av SIO. Innføring av tildelingsenhet, profesjonalisering av kartleggingsfunksjonen og en dreining fra institusjonstjenester til tjenester i hjemmet var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

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

Omsorgstrappen i Spydeberg



Figur 4-9 Antall brukere med ulike sykehjems- og boligtilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet



Figur 4-10 Antall brukere med ulike hjemmebaserte tilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet

4.5.3 Kvalitativ beskrivelse av endringer i kommunen

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Flere informanter hevder at situasjonen ved inngangen til SIO var preget av et høyt tjenesteomfang og mange tilbud langt oppe i omsorgstrappen. Nå jobber kommunen med å ta ned tjenesteomfanget, og de nye vedtakene beskrives som å være mindre omfattende enn tidligere vedtak.

Omleggingen innebærer også en forskyvning av ressurser fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. Den 1. mai år stengte kommunen 5 plasser på sykehjem og overførte ressurser til hjemmetjenesten.

Informantene beskriver behovsdekningen i hovedsak som god, men bildet nyanseres. Flere er av den oppfatning at kommunen håndterer somatiske helseutfordringer på en tilfredsstillende måte. Av tilbud til eldre trekkes sykehjemstilbudet frem som det med høyest behovsdekning.

På spørsmålet om i hvilken grad kommunen prioriterer forebygging og hverdagsrehabilitering tyder svarene på at dette er et av de områdene som informantene synes å se det største forbedringspotensialet på. Kommunen er i ferd med å opprette et tilbud om hverdagsrehabilitering, men informantene beskriver mangel på ergoterapeuter, fysioterapeuter, demenskoordinator og kreftkoordinator som begrensende faktorer.

Tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne beskrives i hovedsak som tilfredsstillende selv om kommunen mangler ambulant team som kunne gitt et lavterskeltilbud.

Det er fortsatt utfordringer knyttet til håndtering av psykisk helse og rus. Dette gjelder manglende institusjonsplass for psykisk syke samt manglende miljøarbeidertjeneste.

Den viktigste endringen siste år synes å være at etablering av kartlegging og tiltaksavdelingen har ført til at kommunen har fått likere praksis. Kriteriesettet som er tatt i bruk som en del av SIO-prosjektet betyr at man vurderer behovene annerledes nå enn tidligere. Dette illustreres med utsagnet under.

«Før pusset vi sølvtøy, det gjør vi ikke nå.»

Vedtak

Det er utarbeidet et nytt kriteriesett som kommunen anser å være i tråd med Helsedirektoratets veileder. Det er også utarbeidet et kartleggings skjema, men ikke en samtaleguide.

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

Informantene oppfatter at vedtakene har endret seg i løpet av det siste året. De har blitt mer presise og målrettede. Nå inneholder ikke vedtakene ressurser, bortsett fra tjenester til ressurskrevende brukere hvor vedtakene inneholder bemanningsfaktor.

En annen endring er at det fattes vedtak om fysioterapi. Før forsøket startet hadde kommunen kun fattet 8 slike vedtak, ved forrige årsskifte var antallet kommet opp i 235.

Informantene opplyser også om at kommunen nå revurderer vedtak. Praksisen er skjerpet. For noen vedtak settes revurderingsdato i saksbildet, andre vedtak revideres en gang i året. I tillegg har alle brukere en primærkontakt som melder til tildelingsenheten når det er endringer i behov.

Kommunen har hatt mange store og omfattende vedtak særlig overfor personer med nedsatt funksjonsevne. Disse vedtakene opplever informantene at det er vanskelig å få endret på. Selv om vedtakene revideres, revurderes de i mindre grad. I nye vedtak er behovene vurdert etter de nye kriteriene.

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

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Etter at tildelingsenheten ble etablert har informantene opplevd at både kompetansen og kvaliteten i tildelingsprosessen har økt.

Nå beskrives kompetansen som bred og saksbehandlingen som betryggende. Tilmåling av tjenester er blitt likere, tjenestene blir evaluert og kravene til dokumentasjon blir ivarettatt. Tildelingsenheten har tatt i bruk både kartleggingsverktøy og tildelingskriterier.

De fleste opplever kompetansen i tildelingsprosessen som god. Tildelingsenheten har verne- og sykepleierkompetanse, de har kompetanse på psykisk helse og rus. I tillegg har de helserett- og saksbehandlerkompetanse. Det som etterlyses er ergoterapi og kompetanse på NAV-oppgaver.

Informantene beskriver situasjonen i tildelingsenheten i stor grad som travel men tilfredsstillende. De ansatte jobber effektivt og har i tillegg til å utføre nye oppgaver som bolig og startlån også gjennomført en omfattende ryddejobb.

Samarbeidet mellom utførerenheter og tildelingsenheten beskrives som bra. Noen informanter oppfatter at en konsekvens av samarbeidet med tildelingsenheten er at også samarbeidet mellom de ulike utførerenhetene er blitt bedre.

Med hensyn til samhandlingsreformen beskriver informantene situasjonen til dels som krevende og gir inntrykk av at kommunen stadig får flere krevende pasienter som krever mer spesialisert kompetanse. Håndteringen av utskrivningsklare pasienter hevdes å ha blitt bedre etter at tildelings-enheten ble etablert.

Kommunen har ikke registrert endring i antall dagbøter. Bruken av helsehuset har gått ned. Det betyr i praksis at kommunen håndterer flere pasienter i egen regi.

Brukermedvirkning

Informantene hevder at de er opptatt av brukermedvirkning og at tjenesten må være i tråd med brukers behov. De prøver å ivareta både brukeres og pårørendes behov.

Spydeberg bruker en egen variant av 'hva er viktig for deg'-spørsmålet nå de kartlegger ved at de spør «*Hvordan vil du ha det om tre måneder?*».

Midlertid sier flere informanter at dette er krevende fordi: «*Vi har så lett for å tenke tjenester.*»

Økonomi og finansieringsmodell

For B-kommunene innebærer forsøket en endring fra rammefinansiering til øremerket finansiering. Spydeberg hadde 8 måneders effekt av forsøket i 2016.

På spørsmålet om hva denne endringen har betydd i praksis svarer informantene at effekten er at tjenestene som er berørt av SIO er skjermet for de pågående effektiviseringsprosessene som berører resten av kommunen.

«*Effekten er at SIO er blitt beskyttet.*»

Fordelen med finansieringsmodellen oppleves nettopp å være at de berørte virksomhetene blir skjermet noe som gir forutsigbarhet og handlingsrom for å legge om tjenestene slik at det kan gi ønskede effekter på sikt.

Utfordringen er at det er frustrerende for de øvrige virksomhetene i kommunen at SIO er et fredet område, slik at de selv må håndtere alle innsparinger.

Enkelte peker på at konsekvensen av at rammen er låst er at det ikke er mulig å ha overforbruk. Forventningene om at budsjettammen skal overholdes oppleves som svært tydelig.

Flere informanter peker på at finansieringsmodellen er i overkant rigid. Det eksemplifiseres med at kommunen har hatt en svært ressurskrevende bruker som har flyttet. Kommunen ønsker å trekke disse midlene ut fra de øremerkede midlene. Det har ikke Helsedirektoratet gått med på, noe som har ført til en viss frustrasjon i kommunen.

Den statlige finansieringen har verken gitt mer eller mindre inntekter enn forventet, avviket i 2016 ble på kr 1 000.

Velferdsteknologi

Informantene beskriver satsingen på velferdsteknologi som å være i startgropen. Spydeberg er med i Smart City-nettverket, noe som gir dem tilgang på ny teknologi. I 7 nye leiligheter satses det på å integrere «det som finnes på markedet».

Av igangsatte prosjekter nevnes bruk av mobilt pasientjournalssystem innendørs (Gerica).

Forankring av SIO-prosjektet i organisasjonen

Utover selve finansieringsmodellen synes ikke organisasjonen som sådan å ha et svært aktivt forhold til SIO-prosjektet.

4.5.4 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket Spydeberg?

Den største påvirkningen SIO-forsøket så langt har hatt på kommunen synes å være opprettelsen av tildelingsenheten og da de følgekonskvensene det har medført. Som det fremgår av teksten

over er ikke dette ubetydelige endringer. Informantene oppfatter imidlertid i stor grad at dette er endringer som ville ha kommet uansett. Det samme gjelder effekten av dreiningen av tilbudet fra institusjon til tjenester i hjemmet. Dette var ved inngangen til SIO en igangsatt prosess.

Det synes å være for tidlig å si noe om effekten av selve finansieringsordningen da kommunen foreløpig har satt merinntektene på fond.

4.6 Selbu

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

Tildelingsfunksjonen i Selbu kommune er en del av Forvaltningskontoret i Værnesregionen. Forvaltningskontoret har ansvar for å ta imot søknader og henvendelser, avklare bistandsbehov og ta beslutninger om tjenester til brukerne for de fire kommunene Meråker, Tydal, Stjørdal og Selbu. For Selbus del ville deltakelsen i forsøket ikke medføre noen formelle endringer når det gjaldt tildelingen eller finansiering av relevante tjenester, men siden Stjørdal, som er A-kommune, inngår i samme forvaltningskontor var det grunn til å forvente at Stjørdals erfaringer og praksis kunne få betydning for tildelingen av tjenester i Selbu.

Den opprinnelige modellen på forvaltningskontoret innebar at kontoret skulle motta søknadene, gjennomføre hjemmebesøk, fatte vedtak og sende vedtaket til utførerene, som skulle iverksette. De gikk imidlertid bort fra en rendyrket bestiller-utførermodell, hovedsakelig fordi forvaltningskontorets vedtak ville vært svært førende for ressursbruk og dermed sektorens og kommunens økonomi. Selv om det formelle ansvaret for tildeling ligger på forvaltningskontoret, skjer tildeling nå i dialog med ledere og koordinatorene i utførerene. Denne modellen fungerer, men har vist seg å være utfordrende ettersom dialogen og kommunikasjonen mellom forvaltningskontoret og utførerene ikke har fungert optimalt.

I Forvaltningskontoret var det kommunens representant i kontoret som i utgangspunktet skulle saksbehandle alle søknader fra kommunens innbyggere, med assistanse fra den øvrige kompetansen på kontoret. I ferieperioder og ved fravær skulle andre ved kontoret kunne overta saker. Den ansvarlige sitter i utgangspunktet 4–2 dager per uke i Sektor HS i Selbu, og ellers på kontoret i Stjørdal. Kontoret har som mål at alle ansatte skal kunne svare på alle typer av henvendelser. Det betyr at alle ansatte på kontoret skal kunne håndtere saker som berører innbyggerne i Selbu kommune.

Før SIO-forsøket startet opp hadde Selbu 1,5 årsverk i tildelingsenheten og 107,5 årsverk i utførerene. Verken tildelingskontoret eller utførerene har økt antall årsverk vesentlig etter innføringen av SIO.

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

4.6.1 Innføring av forsøket

De ansatte som har vært involvert i oppstarten av SIO og i kontakt med Helsedirektoratet opplever at informasjonen og dialogen med Helsedirektoratet har vært begrenset og mindre omfattende enn de hadde forventet og ønsket seg. Informantene som er intervjuet er tydelig på at de ser på prosessene som foregår i A-kommunene som attraktive, og spesielt kommunesamlingene og erfaringsspredningen som foregår i kontakten mellom A-kommunene.

Flere ansatte løfter frem at de ønsker mer informasjon fra Helsedirektoratet om hva forsøket innebærer for dem. De synes blant annet at det er uklart hva ekstramidlene de har fått gjennom SIO-prosjektet kan brukes til. Konkrete problemstillinger de tar opp er om midlene kan brukes som egenkapital i utbygging av kommunale omsorgsboliger, og når eventuelle oppsparte SIO-midler må brukes opp. De ansatte opplever at den manglende informasjonen har vært begrensende på utviklingsprosessene i kommunen.

De ansatte på økonomi oppfatter at det har vært flere uavklarte spørsmål når det gjelder rapportering, som de selv har måttet løse. Dette har vært ressurskrevende. Generelt ønsker kommunen klarere informasjon og instruksjoner fra Helsedirektoratet om hva konkrete detaljer i forsøket innebærer for dem.

4.6.2 Kvalitativ beskrivelse av endringer i kommunen

De ansatte i kommunen ser få sikre virkninger av deltakelsen i SIO på tildelingen og kvaliteten på tjenestene.

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

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Kommunens mangel på heldøgnbemannede omsorgsboliger er det tilbudet som flest ansatte trekker frem som problemområde. Flere brukere som i dag tildeles langtids sykehjemsplass kunne fått et bedre tilbud i langtidsbolig med døgnbemanning. Ekstramidlene som er kommet i stand som en følge av deltakelsen i SIO brukes nå i prosjektering av slike omsorgsboliger. De ansatte forteller at tilgangen på heldøgnbemannet omsorgsbolig vil gi en langt mer hensiktsmessig fordeling av tjenester i omsorgstrappen.

De ansatte opplever at det er utfordrende å gi gode pleie- og omsorgstjenester når det er flere tjenester som man ikke har, men er samtidig opptatt av å utforme et bærekraftig og rimelig tilbud for fremtiden og tydeliggjøre tilbudet overfor befolkningen i kommunen.

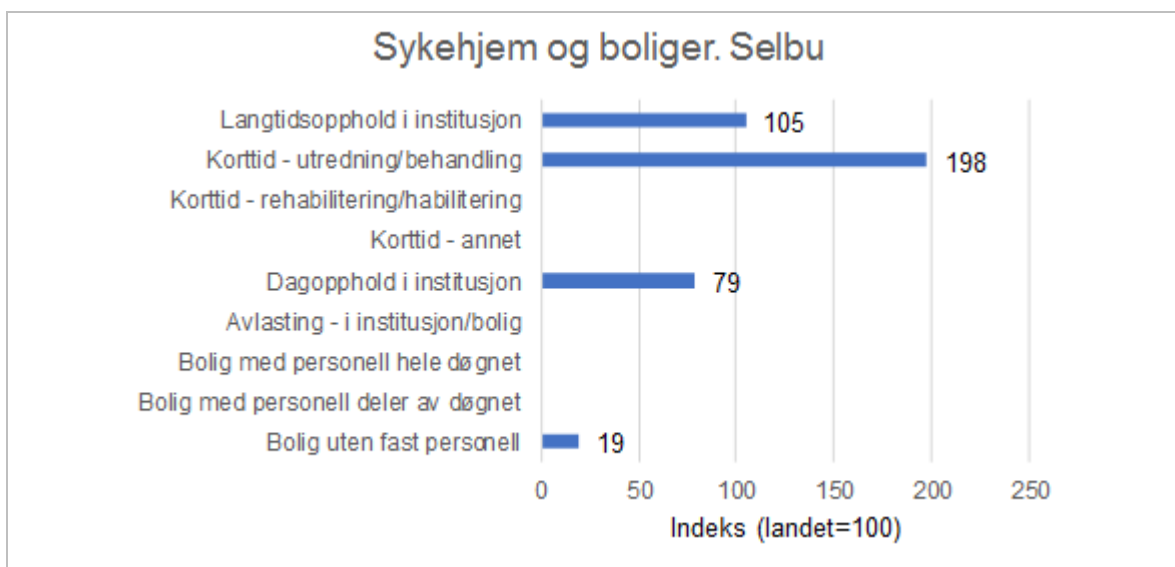
Selbu har sammen med de andre kommunene i Værnesregionen et interkommunalt samarbeid om Distriktsmedisinsk senter (DMS) i Stjørdal kommune. DMS har intermediære senger som mottar pasienter hjemmehørende i alle samarbeidskommunene og som blir utskrevet fra sykehus. DMS har sikrere tilgang på riktig kompetanse hos de ansatte, og har større legedekning enn sykehjemmet i egen kommune. Derfor er DMS et bedre tilbud for de sykeste og mest behandlingskrevende av pasientene som er skrevet ut fra sykehuset. De ansatte opplever dette som et godt tilbud til brukerne. Kommunens lovpålagte øyeblikkelig hjelp døgnopphold er også etablert som et interkommunalt samarbeid lokalisert ved DMS.

I februar 2017 begynte Selbu med hverdagsrehabilitering. Ansatte opplever å fortsatt være i oppstartfasen av tjenesten. Enkelte trekker frem at ved opprettelsen av nye tjenester kan man 'plutselig få mange aktuelle brukere', og ansatte opplever at det kan ta tid å få oversikt og passe tjenesten inn i det totale tilbudet. Generelt sett er det stor bevissthet om å holde igjen implementering av nye tjenester ettersom det er usikkert hvordan dette skal finansieres hvis rammen til sektoren går ned etter SIO.

«Vi bruker ikke mye ressurser på noe som blir tatt vekk.»

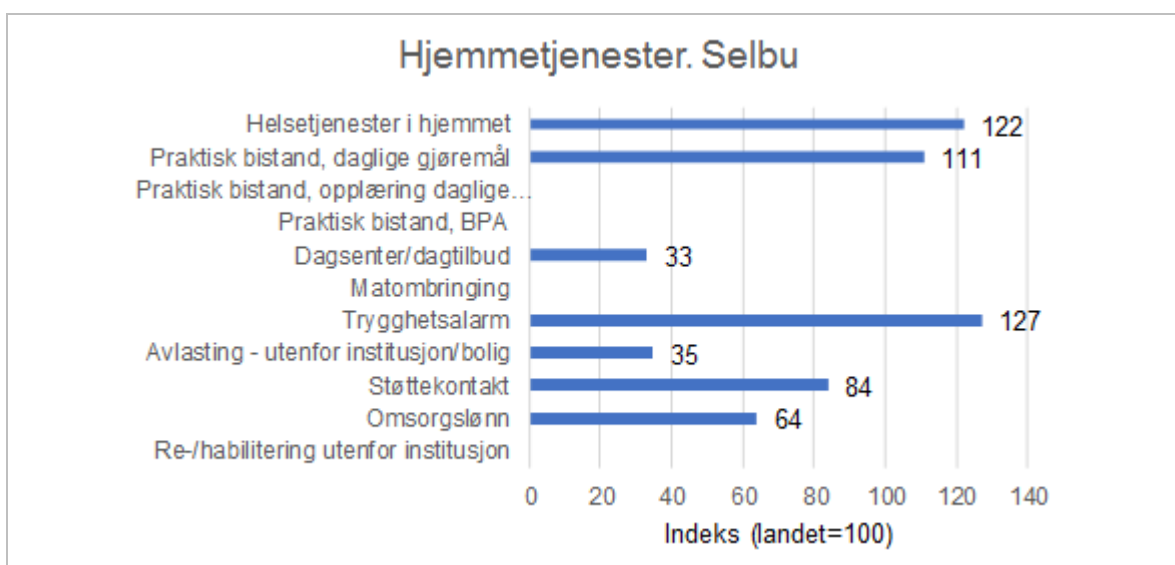
Kommunen har fått en 20 prosent stilling tilknyttet velferdsteknologi som er finansiert av SIO-midler, som de opplever 'gir litt ekstra trykk'. De ansatte opplever at bruk av velferdsteknologi øker jevnt.

Figur 4-11 og Figur 4-12 viser antall brukere på sykehjems- og botilbud og hjemmetjenester i Selbu. Oversikten viser at kommunen ligger rundt landsgjennomsnittet når det gjelder brukere på langtidsopphold på institusjon, og en god del høyere enn landet for øvrig for brukere på korttidsbehandling. Som figuren over brukere på sykehjem og i boliger viser, står kommunen uten tilbud om heldøgnbemannede boliger.



Figur 4-11 Antall brukere med ulike sykehjems- og boligtilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet

Figuren under viser omfanget av brukere på hjemmetjenester, og at det er enkelte tilbud kommunen ikke har, blant annet mangler de et eget tilbud om BPA. Kommunen ligger foreløpig lavt i antallet brukere på dagtilbud.



Figur 4-12 Antall brukere med ulike hjemmebaserte tilbud i 2016 korrigert for behovet for tjenester. Sammenliknet med landet som helhet

Vedtak

Tildelingskontoret for Selbu er som tidligere beskrevet delt mellom Selbu og tre andre kommuner. Intensjonen bak å organisere tildelingskontoret på denne måten var å utnytte synergiene som kunne ligge i et felles tjenestekontor, kunnskapsdeling mellom ansatte, samt at tildelingsprosessene ville være mindre sårbare for at ansatte blir borte i forbindelse med sykdom eller ferier. Det har vist seg at de ansatte på tildelingskontoret i liten grad jobber på tvers av kommunene. Tilgangen på tjenester er ulikt i de tre kommunene. Dessuten er datasystemene og de administrative prosessene forskjellige. Dette har gjort det vanskelig å ha felles saksbehandlingsprosesser på tvers av kommunene. Enkelte i utførelsen opplever at tildelingskontoret består av 'satellitter som jobber for seg selv', og at samlokaliseringen ikke oppfyller intensjonen.

Delingen av tildelingskontoret og utførerenheten i Selbu kommune er fortsatt en relativt ny ordning, og samarbeidet mellom tildelingskontoret og tjenesteenhetene oppleves av begge partene til tider som utfordrende. Begge parter forteller at samarbeidet er begrenset av manglende kommunikasjon og at det har tatt tid for enhetene å finne sin rolle. Typisk er det slik at tjenestekontoret opplever at tildelingskontoret ikke er i tett nok kontakt med brukerne og tjenestene til å gjøre tilstrekkelig tilpassede vedtak, mens tildelingskontoret opplever at utførerenhetene har vanskeligheter med å slippe rollen som tildeler av tjenester. Enkelte nevner at den tette kontakten med brukerne blant utførerenhetene kan stå i veien for gode tildelingsprosesser fordi det kan være vanskelig å ikke legge vekt på subjektive erfaringer. Leder av tildelingskontoret ønsker som et ledd i denne problemstillingen å styrke den juridiske kompetansen ved tildelingsenheten.

Selbu har ikke gjort noen endringer i spesifisering av ressurser i vedtakene. Ansatte opplever at det er en diskusjon om tidfesting av vedtak, men at det likevel er behovene som er i fokus og timesfestingen skjer etterpå. En informant fremhever at vedtakene er en rettsikkerhet for brukerne og at det er viktig å være forutsigbar. De opplever at diskusjonen om tidfesting med fordel kunne vært høyere på agendaen, ikke minst for å være edruelig i timeantallet som vedtas. Her opplever enkelte at man kunne lært mer av A-kommunene. Leder av tildelingskontoret oppfatter at vedtakene er bedre konkretisert i tiltak og målsettinger nå enn før. Det er typisk hjemmesykepleier som forteller om målet og kartlegger bistandsbehov i samarbeid med bruker og pårørende.

Det er fast praksis i kommunen å kartlegge alle nye henvendelser, og det er vanlig å dra hjem til vedkommende. Hvis brukere har konkrete ønsker om et tilbud, blir de informert om innholdet i tjenesten og ansatte assisterer dem med å fylle ut søknad. Utførerenheten deltar i drøfting av hvilket konkret tilbud brukerne får. De ansatte legger vekt på at det er brukerens behov som skal avgjøre, men enkelte forteller også at de kunne jobbet enda mer med dette. Etter møtet med utførerenheten gjør tildelingsenheten vedtak. Tjenestekontoret har ansvar for både det faglige og saksbehandlingen, og de opplever ingen vesentlige endringer i saksbehandlingen som følge av SIO. Enkelte forventer imidlertid at det kommer til å bli endringer fremover fordi er inne i omstillingsprosesser.

Utskrivningsklare pasienter fra sykehuset er som oftest kartlagt av sykehuset når tildelingskontoret mottar søknad, og kommunen opplever at dette stort sett fungerer, selv om det kan være uenighet mellom sykehus og kommunen i hvilken tjeneste brukeren skal få. Ansatte i kommunen opplever at sykehuset ofte mener at kommunen bør bruke sykehjem. Det er stort sett positive erfaringer med hjemmesykepleien.

Det gis sjelden avslag på søknad om lavterskeltiltak og man tar i hovedsak ikke opp slike saker på møtet mellom utførerenhetene og tildelingskontoret.

For revurderinger av vedtak er det lagt inn dato for evaluering av hver enkelt bruker. For å kontrollere sammenhengen mellom vedtak og faktisk utførte tjenester har kommunen faste møter hver uke hvor ansatte i utførerenhetene og tildelingskontoret diskuterer saker og informerer hverandre. Videre kontrolleres sammenhengen mellom vedtak og utførelse ved at forvaltning følger med på SUM-rapporter og utførerenheten ser på IPLOS-skår en gang i halvåret.

Ansatte opplever generelt sett at det har vært stort fokus på kvaliteten i vedtakene og prosedyrene siste året. Lederne bruker rapporter oftere enn før, både på system- og individnivå. Et langsiktig mål i PLO-prosjektet var å spesifisere vedtakene bedre, og flere opplever at dette har blitt bedre. Man har blant annet jobbet for å få mer bevissthet rundt vedtakene, både når det gjelder endringer og samsvar med utførelsen. Selv om arbeidet med vedtak ikke kan knyttes direkte opp til SIO opplever de ansatte at de økte ressursene har bidratt til en kvalitetsheving.

Gjennom SIO-prosjektet har Selbu kommune laget en statistikkbank. Dette er nytt og oppleves som verdifullt, og særlig for langsiktig planlegging.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Ansatte opplever et forbedringspotensial når det gjelder bruk av kompetanse og samarbeid i tildelingene. Som vi allerede har vært inne på, har det vært enkelte utfordringer med samarbeidet mellom tildelingskontoret og utførerenhetene. Flere opplever også at bruken av tverrfaglig kompetanse i møter ikke fungerer optimalt, selv om de har fått inn fysioterapeut på møtene.

Brukermedvirkning

Det er uklart i hvilken grad deltakelsen i SIO har påvirket brukermedvirkning. Ansatte bruker i utgangspunktet IPLOS og samtaleguiden i SIO som er utarbeidet av Stjørdal. Allikevel mener noen av informantene at tilgangen på tjenester og ressurser i stor grad er førende for hvilke omsorgstjenester brukeren får, og at behovene til brukerne i mindre grad er førende for tiltakene. Andre hevder derimot at kartleggingen i forbindelse med en ny søknad og spørsmålet om "hva som er viktig for deg" er gjeldende for hvilke tjenester som gis. Enkelte forteller at "hva som viktig for deg" prioriteres noe ulikt i tjenestene. Hverdagsrehabiliteringsteamet løftes frem som gode på brukermedvirkning, mens hjemmetjenesten har et forbedringspotensial. Enkelte oppfatter at brukermedvirkningen kan være tilfeldig.

På systemnivå oppfatter enkelte at brukermedvirkning kunne vært bedre. Det nevnes blant annet at det er en god stund siden kommunen gjennomførte en brukerundersøkelse. Kommunen har tatt med brukerrepresentanter, blant annet i prosjektet om bygging av omsorgsboliger. Råd for eldre og funksjonshemmede var invitert som informant for å fortelle om egne erfaringer med SIO, men følte de ikke hadde nok erfaringer for å kunne stille til intervju.

Rutiner og verktøy

Statistikkarbeidet oppleves som en av de sentrale effektene av SIO. Ansatte opplever at de kan ta ut relevant informasjon som gir oversikt over tjenestene som et grunnlag for styring.

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

Økonomi og finansieringsmodell

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

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

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

Kommunen er klar på at SIO har gitt sektoren mer midler enn de ellers ville hatt, som potensielt har hindret at de hadde måttet si opp folk. Som vi også har vært inne på oppleves det som utfordring å vite hva pengene kan brukes til, og kommunen ønsker tilbakemelding fra direktoratet på dette.

Flere forteller at det er fokus på at tjenesteutviklingen ikke skal føre til økte kostnader på sikt. SIO-prosjektet varer kun i en begrenset tidsperiode og kommunen har stor oppmerksomhet på at de ikke skal øke det generelle kostnadsnivået, noe som ville ført til vanskelige innsparinger når SIO-perioden er over.

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

4.6.3 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket Selbu?

«Vi gjør ikke mye annerledes som følge av SIO.»

Hovedinntrykket fra Selbu kommune er at SIO-prosjektet foreløpig har ført til mindre endringer i måten kommunen tildeler og utfører tjenesten på. Dette er heller ikke spesielt overraskende siden Selbu er en B-kommune, noe som innebærer mindre endringer i forvaltningen av tjenestene. En informant beskriver SIO-prosjektet i Selbu som stillestående.

Generelt framstår kommunen likevel som positiv til prosjektet, og skjermingen av sektoren og en økt ramme trekkes frem som årsaker. Mange fremhever også at SIO-prosjektet har gitt en ekstra stimulans til å drive utviklingsprosesser som allerede har vært satt i gang.

Ansatte på økonomi opplever klare fordeler ved utvikling av statistikkbanken som har vært en direkte konsekvens av SIO-prosjektet i kommunen. Dette har gitt bedre forståelse av tjenestene og kan gi gunstige effekter på sikt.

Ansatte som er ansvarlig for prosjektet i Selbu savner å delta i nettverksgrupper og på samlinger med andre kommuner som deltar i SIO, og opplever at de var forespeilet mer informasjon og deltakelse fra Helsedirektoratet.

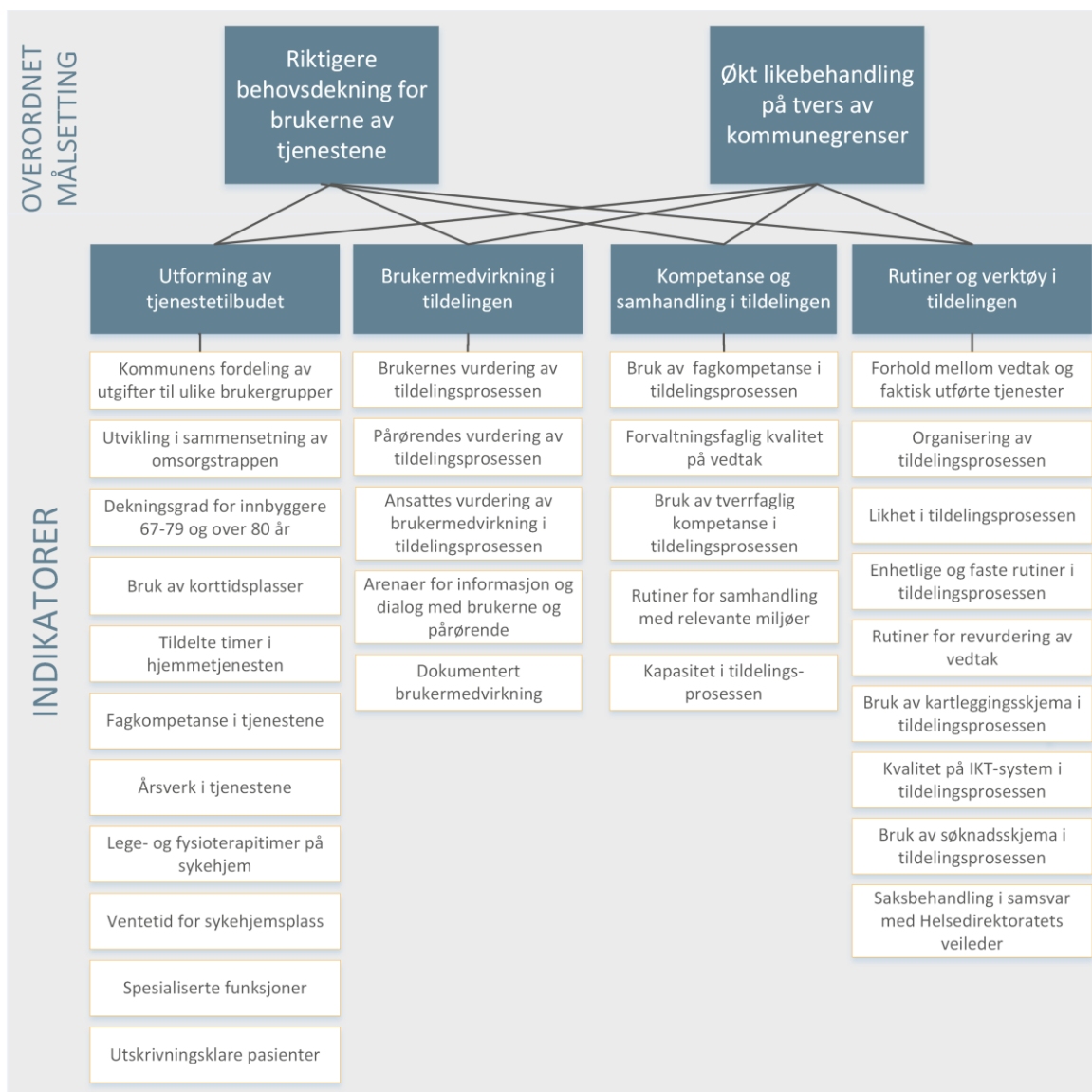
5 Indikatorer

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

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

I dette kapitlet presenteres først bakgrunnsinformasjon om kommunen i avsnitt 5.1. Deretter presenteres utformingen av tjenestetilbudet i de ulike kommunene i avsnitt 5.2,. Det har vært gjort enkelte korrigeringer sammenlignet med 2016-rapporten.

Avsnitt 5.3 sammenfatter indikatorene knyttet til brukermedvirkning, avsnitt 5.4 kompetanse og samhandling, mens avsnitt 5.5 gjennomgår rutiner og verktøy for tildeling. Begrunnelsen for bruk av hver indikator følger i hvert enkelt avsnitt.



Figur 5-1 Samlet indikatorsett

Det har vært enkelte endringer i operasjonaliseringen siden rapporten i 2016:

- ▶ «Utgifter over tid» har blitt flyttet til bakgrunnsinformasjon i kapittel 5.1, siden historiske data om kommunen ikke berøres av forsøket.
- ▶ Dekningsgrad for aldersgruppene 67–79 år og over 80 år er blitt slått sammen til én indikator for å lettere kunne presentere dem samlet.
- ▶ «Kommunenes fordeling av utgifter fordelt på hovedtjenester» og «Historisk utvikling i sammensetning av omsorgstrappen» har blitt slått sammen til «Utvikling i sammensetning av omsorgstrappen». Denne belyser sammensetning av omsorgstrappen ved hjelp av flere ulike kilder.
- ▶ «Fagkompetanse i tjenestene» er lagt til da dette bidrar til å belyse kvaliteten på tjenestene og eventuelle effekter på kompetansenivå.
- ▶ «Årsverk i tjenestene» er lagt til siden dette kan belyse i hvilken grad kapasiteten til å utføre tjenester faktisk øker.
- ▶ «Ventetid for sykehjems plass» er lagt til siden dette er et relevant kvalitetsparameter for tjenestene og speiler hvor godt dimensjonert tilbudet er i forhold til vedtakene som fattes.
- ▶ «Lege- og fysioterapitimer på sykehjem» er lagt til fordi dette er et ofte brukt kvalitetsparameter for kvaliteten på sykehjemstilbudet.

5.1 Bakgrunnsinformasjon om kommunene

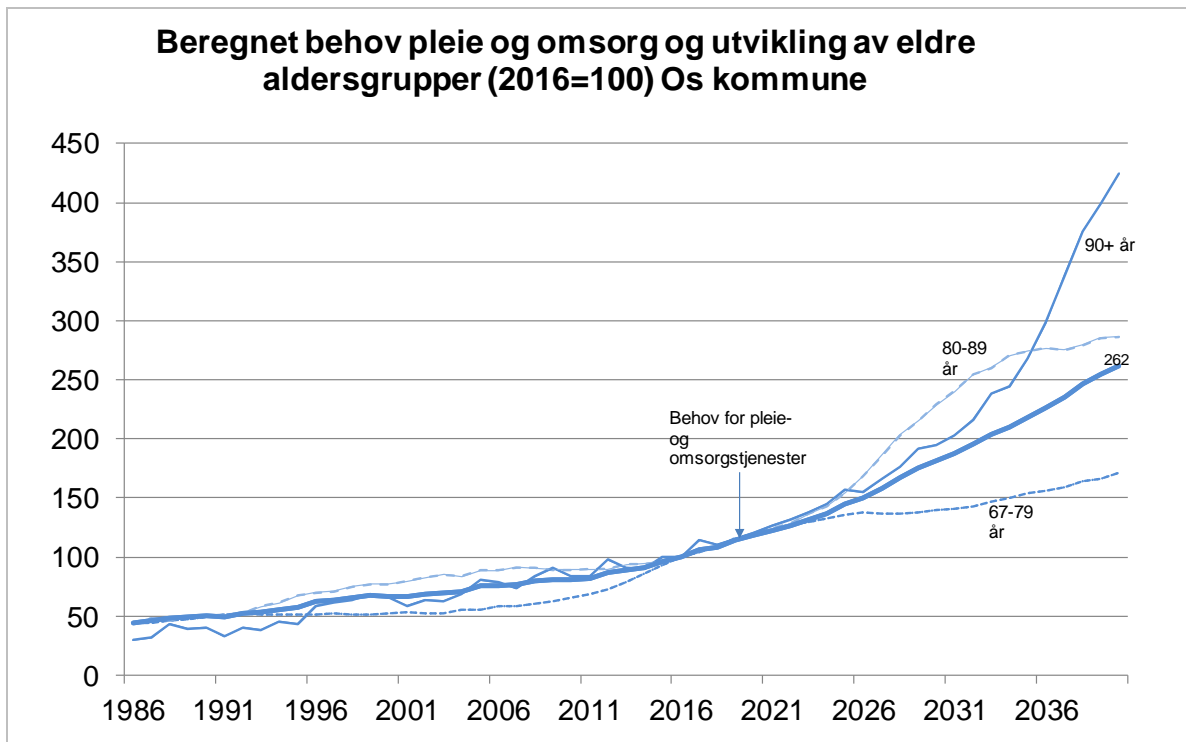
I dette avsnittet gis en kort beskrivelse av utviklingen i demografi og økonomi i forsøkskommunene. Dette er variabler som vil inngå i tolkningsgrunnlaget i denne rapporten og senere.

5.1.1 Demografi og behov

Vi har foretatt en beregning av behovet for pleie- og omsorgstjenester som følge av demografiske endringer for hele perioden fra 1988 til 2040. Beregningen tar utgangspunkt i de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet. Grunnlaget er utviklingen for aldersgruppene av betydning for behovet for pleie- og omsorgstjenester.

Vi har brukt statistikk for perioden 1988–2017 og framskrevet utvikling for perioden 2017–2040. Framskrivningen er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB). Denne framskrivningen bygger på en videreføring av registrerte trender for flytting og for dødelighet og fruktbarhet. Våre beregninger bygger på hovedalternativet til SSB. Alternativet «MMMM» innebærer middels utvikling for fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

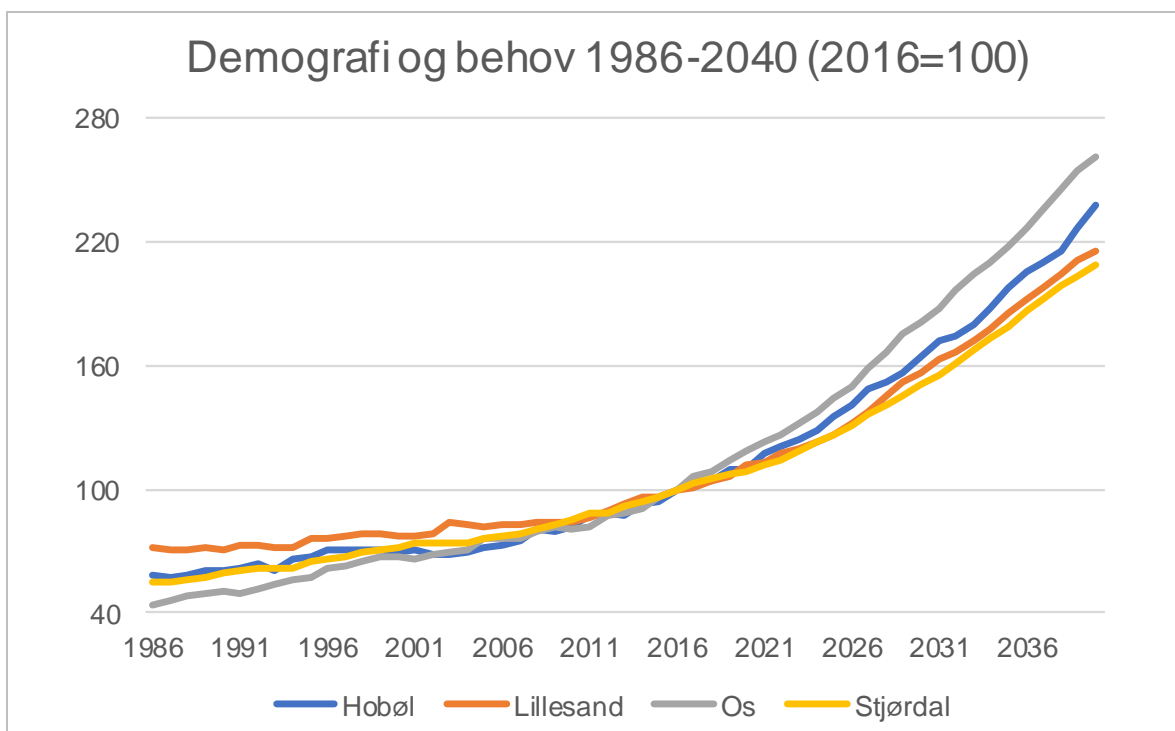
Resultatet av beregningene for Os er vist i figuren under. Den viser at behovet for tjenester omtrent har blitt doblet fra 1986 til 2016. I perioden frem til 2040 øker behovet for tjenester med mer enn 2,5 ganger. Gruppen mellom 80 og 89 år vokser sterkt til begynnelsen av 2030-tallet. Gruppen over 90 år vokser sterkt i hele perioden og særlig sterkt på 2030-tallet.



Figur 5-2 Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester (2016=100) i Os kommune og utvikling av tre aldersgrupper eldre (2016=100) som sentral del av grunnlag for beregning av behovet

Utviklingen i Os skiller seg fra det som er vanlig ellers i landet. For landet som helhet skyter veksten i gruppen mellom 80 og 89 først fart midt på 2020-tallet, som følge av at de store etterkrigskullene når denne alderen. Av samme grunn blir det særlig sterk vekst i gruppen over 90 år på 2030-tallet.

Os er kommunen med sterkest vekst i behovet som følge av demografi. Men også de tre andre A-kommunene har en sterkere vekst i behovet enn landet som følge av demografiske endringer. Resultatet av beregningene for de fire A-kommunene er vist i figuren under.



Figur 5-3 Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester 1986-2040 i de fire A-kommunene (2016=100)

For den enkelte kommune er det relativt store årlige forskjeller i veksten i det beregnede behovet (jf. tabellen under). Forskjellene henger nok sammen med tilfeldige variasjoner i størrelsen på årskullene som er brukt til å beregne behovet for pleie- og omsorgstjenester. Den gjennomsnittlige veksten for perioden 2014 til 2020 er kanskje derfor et bedre uttrykk for veksten enn utslagene for enkelte år som hopper opp og ned. For de fire kommune er veksten i denne perioden på 3,2 prosent i gjennomsnitt per år. Lavest nivå har Stjørdal med 2,5 prosent, og høyest nivå har Os med 4,2 prosent.

I 2016 er det en beregnet en realvekst på 4,6 prosent, som er den høyeste veksten i perioden.

Tabell 5-1 Beregnet årlig vekst 2014-2020 i beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester i de fire A-kommunene

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	S nitt 2014- 2020
Hobøl	6,1 %	0,8 %	6,5 %	3,6 %	0,9 %	5,3 %	0,0 %	3,3 %
Lillesand	3,6 %	0,9 %	3,4 %	1,2 %	3,2 %	2,2 %	4,4 %	2,7 %
Os	2,6 %	5,5 %	3,9 %	6,2 %	2,3 %	5,3 %	3,3 %	4,2 %
Stjørdal	2,7 %	1,9 %	4,4 %	2,4 %	3,0 %	1,8 %	1,2 %	2,5 %
S nitt per år	3,8 %	2,3 %	4,6 %	3,3 %	2,3 %	3,6 %	2,2 %	3,2 %

Oppsummering

De fire A-kommunene er preget av en sterk vekst i aldersgruppene som har behov for pleie- og omsorgstjenester. For de fire kommune er det i perioden fra 2014 til 2020 beregnet en vekst i behovet som følge av demografisk utvikling på 3,2 prosent i gjennomsnitt per år. Lavest nivå har Stjørdal med 2,5 prosent, og høyest nivå har Os med 4,2 prosent.

5.1.2 Utviklingen i utgifter fra 2012 til 2016

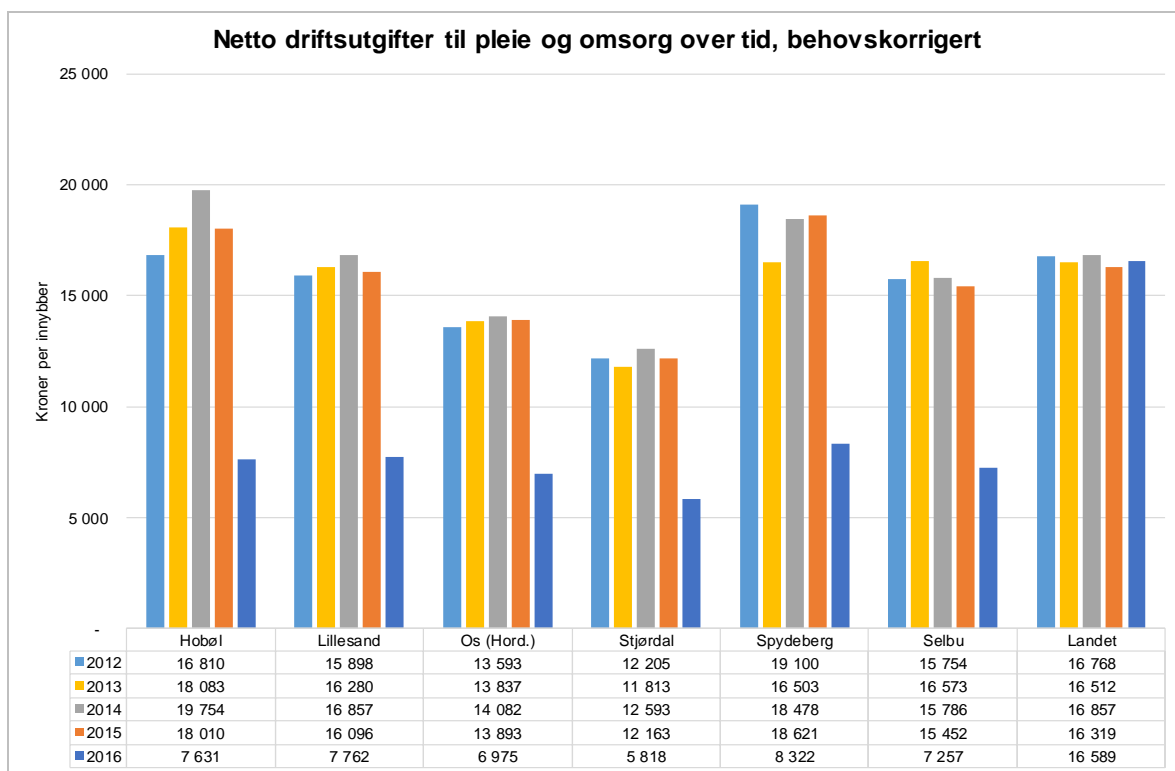
Netto driftsutgifter 2012-2016

For pleie- og omsorgstjenestene omfatter størrelsen «*brutto driftsutgifter*» alle driftsutgiftene knyttet til disse tjenestene. «*Netto driftsutgifter*» kommer man frem til ved å trekke fra inntektene knyttet til disse tjenestene. Viktige inntektsposter for pleie- og omsorgstjenestene er brukerbetalinger, tilskuddet fra staten for ressurskrevende tjenester og andre øremerkede statlige tilskudd. Netto-utgiftene blir finansiert av kommunens frie inntekter som består av skatteinntekter og det statlige rammetilskuddet. I den økonomiske styringen i kommunene er det mer vanlig å ta utgangspunkt i nettoutgifter enn bruttoutgifter.

Vi har beregnet kommunens nettoinntekter for perioden 2012-2016 korrigert for forskjeller i behov. Korrigeringen er gjort på grunnlag av kriteriene i det statlige inntektssystemet. Resultatet av beregningene vist i figuren under blir kommentert i det følgende:

- ▶ Det er store forskjeller i utgiftsnivået mellom kommunene. I 2015 var utgiftene i Spydeberg som lå høyest nesten 50 prosent høyere enn i Stjørdal som lå lavest.
- ▶ Kommunene har ulik utvikling i perioden fra 2012 til 2015. I Hobøl og Lillesand ble utgiftene redusert i 2015 etter å ha økt i perioden før. I Os og Stjørdal har det også vært en liten reduksjon i 2015, men her har nivået i årene før vært relativt stabilt. I Spydeberg var utgiftene på et noe lavere nivå i 2015 enn i 2012.⁶ I Selbu er utgiftene på omtrent samme nivå i 2012 og 2015.
- ▶ I 2014 ble det foretatt en ekstern gjennomgang av helse- og omsorgstjenestene i Hobøl kommune. Siktemålet var å peke på innstramninger som kunne bidra til at kommunen kom ut av ROBEK-registeret. Innsparingene ble gjennomført i 2015. Det har vært et mål for kommunen ikke å øke nivået på tilbudet som følge av deltakelsen i SIO-prosjektet. Begrunnelsen har vært at kommunen selv må betale utgiftene når forsøket blir avsluttet om noen år.
- ▶ I de seks kommunene har det vært en betydelig reduksjon i nettoutgiftene fra 2015 til 2016. Grunnen er deltakelsen i SIO-prosjektet som startet 1. mai 2016. Finansieringen i SIO-prosjektet omfatter både rammetilskuddet og tilskuddet til ressurskrevende tjenester. I 2017 gjelder finansieringen for hele året, og nettoutgiftene vil bli ytterligere redusert. For de seks kommunene er derfor ikke nettoinntektene lenger en interessant størrelse. Situasjonen for kommunene vil derfor bli analysert med utgangspunkt i bruttoutgiftene.

⁶ *Utgiftene i Spydeberg i 2013 skiller seg markert fra utgiftene i året før og etter, noe som kan tyde på at det er en feil ved regnskapet for dette året.*

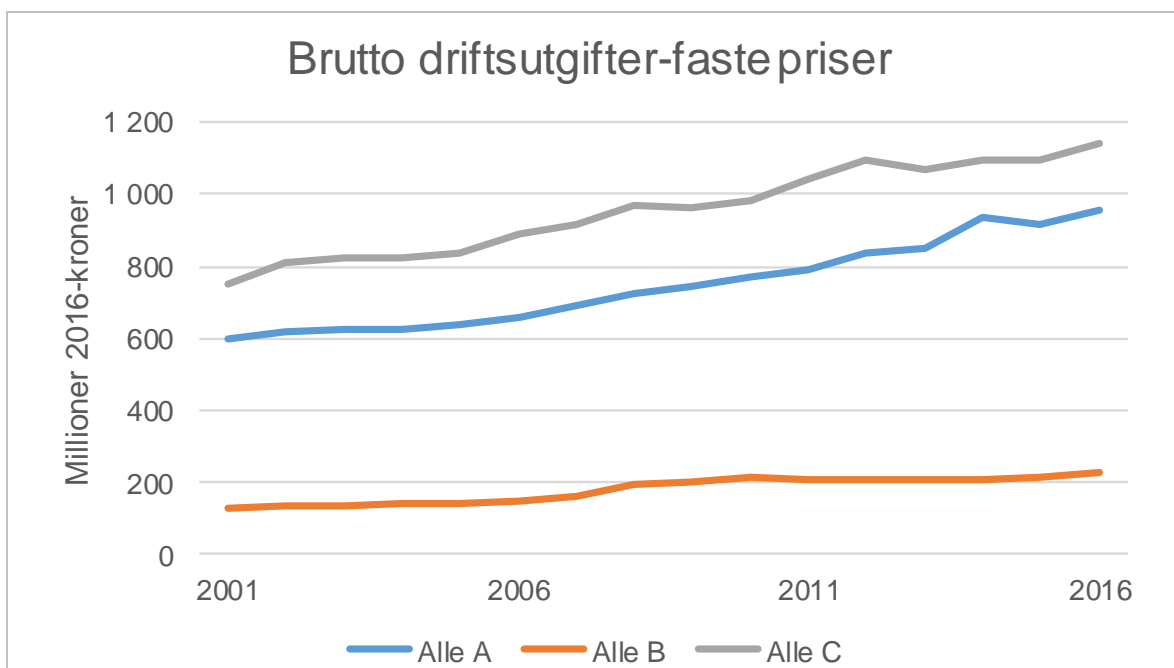


Figur 5-4 Netto driftsutgifter per innbygger 2012-2016 korrigert for behov. Kroner

Bruttoutgifter 2001-2016

Bruttoutgiftene målt i faste priser⁷ kan sies å gi et godt uttrykk for aktiviteten i kommunene. Målt på denne måten har aktiviteten i perioden fra 2001-2016 økt med 60 prosent i A-kommunene, 78 prosent i B-kommunene og 52 prosent i C-kommunene. Kommunene i alle de tre kategoriene har altså vært preget av en betydelig vekst i disse 15 årene. Figuren under viser hvordan veksten har vært gjennom perioden.

⁷ Omregningen til faste priser er gjort på grunnlag av kostnadsdeflatoren for kommunene vist i rapporten juni 2017 fra «Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU)»



Figur 5-5 Korrigerede brutto driftsutgifter 2001-2016 i faste 2016-priser samlet for A-kommunene, B-kommunene og C-kommunene

Utviklingen for de fire A-kommunene er vist i tabellen under. I perioden fra 2012 til 2016 har veksten i gjennomsnitt vært på 3,9 prosent. Den varierte mellom 3,1 prosent i Lillesand som lå lavest til 4,8 prosent i Hobøl som lå høyest. Det er langt større variasjoner i den årlige veksten for den enkelte kommune og for A-kommunene samlet.

Fra 2015 til 2016 har de samlede bruttoutgiftene i faste priser økt med 40 millioner kroner (=3,2 prosent). Tilsvarende økning for landet har vært 2,4 prosent. Veksten har vært sterkest i Os. I Hobøl har utgiftene blitt redusert med 1 million kroner. Reduksjonen av utgifter i 2015 har altså fortsatt i 2016. Innstramningen de siste årene henger trolig sammen med en sterk vekst i utgiftene i perioden fra 2012 til 2016.

Tabell 5-2 Samlede korrigerede bruttoutgifter til pleie- og omsorgstjenester i faste 2016-priser

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	s nitt 2010- 2016	2016
<i>Millioner kroner</i>								
Hobøl (A)	68	73	71	71	89	82	81	
Lillesand (A)	174	168	183	195	209	200	207	
Os (Hord.) (A)	209	218	227	238	260	266	287	
S tjørdal (A)	321	330	355	345	381	366	380	
I alt	773	789	835	849	939	915	955	
<i>Prosentvis årlig endring</i>								
Hobøl (A)	13,3 %	6,5 %	-2,8 %	0,1 %	26,4 %	-7,8 %	-2,0 %	4,8 %
Lillesand (A)	3,4 %	-3,2 %	8,6 %	6,8 %	7,1 %	-4,1 %	3,5 %	3,1 %
Os (Hord.) (A)	-1,1 %	4,1 %	3,9 %	5,1 %	9,2 %	2,4 %	7,7 %	4,5 %
S tjørdal (A)	5,3 %	2,8 %	7,4 %	-2,8 %	10,4 %	-3,8 %	3,7 %	3,3 %
S nitt A	5,2 %	2,6 %	4,3 %	2,3 %	13,3 %	-3,3 %	3,2 %	3,9 %

Økningen i bruttoutgifter i 2016 på 3,2 prosent har vært svakere enn den beregnede økningen i behovet som følge av demografiske endringer på 4,6 prosent (jf. avsnitt 5.1.1).

5.2 Utforming av tjenestetilbudet

5.2.1 Fordelingen av utgifter på tre brukergrupper

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

Hovedkonklusjoner regnskapet 2015

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

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

Hva har skjedd fra 2015 til 2016?

Det er naturlig å stille spørsmålet om regnskapet for 2016 viser like store forskjeller som regnskapet for 2015, eller om forskjellene har blitt større eller mindre. Dessverre er det ikke uten videre enkelt å svare på dette spørsmålet. Grunnen er at nivået på nettoutgiftene i stor grad blir påvirket av forsøket.

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

Spørsmålet har vært hvordan vi skulle håndtere disse endringene i våre analyser. I første omgang har vi gjort et forsøk på å beregne nettoutgifter for 2016 basert på de samme prinsippene som for 2015. Det er flere grunner til at dette viste seg vanskelig i praksis.

En grunn er at kommunene har ulik praksis for føring av tilskuddet fra SIO-prosjektet. Noen kommuner har fordelt tilskuddet på tjenester og KOSTRA-funksjoner, mens andre kommuner ikke har gjort denne fordelingen. For kommunene som ikke har fordelt tilskuddet, vil det ikke være mulig å beregne nettoutgifter etter samme prinsipp som for 2015. Videre vil det kunne bli reist spørsmål om det kan være feil eller unøyaktigheter for kommunene som har fordelt tilskuddet.

En annen grunn er at det er teknisk krevende å beregne nivået på nettoutgiftene etter samme prinsipp som i 2015. Det er ikke uten videre enkelt å beregne nivået på tilskuddet til ressurskrevende brukere i 2016 som i 2015. En annen utfordring er utbetalingen av tilskuddet, siden tilskudd for 2016 blir utbetalt i 2017. Det kan også være andre tekniske utfordringer som vi ikke helt overskuer.

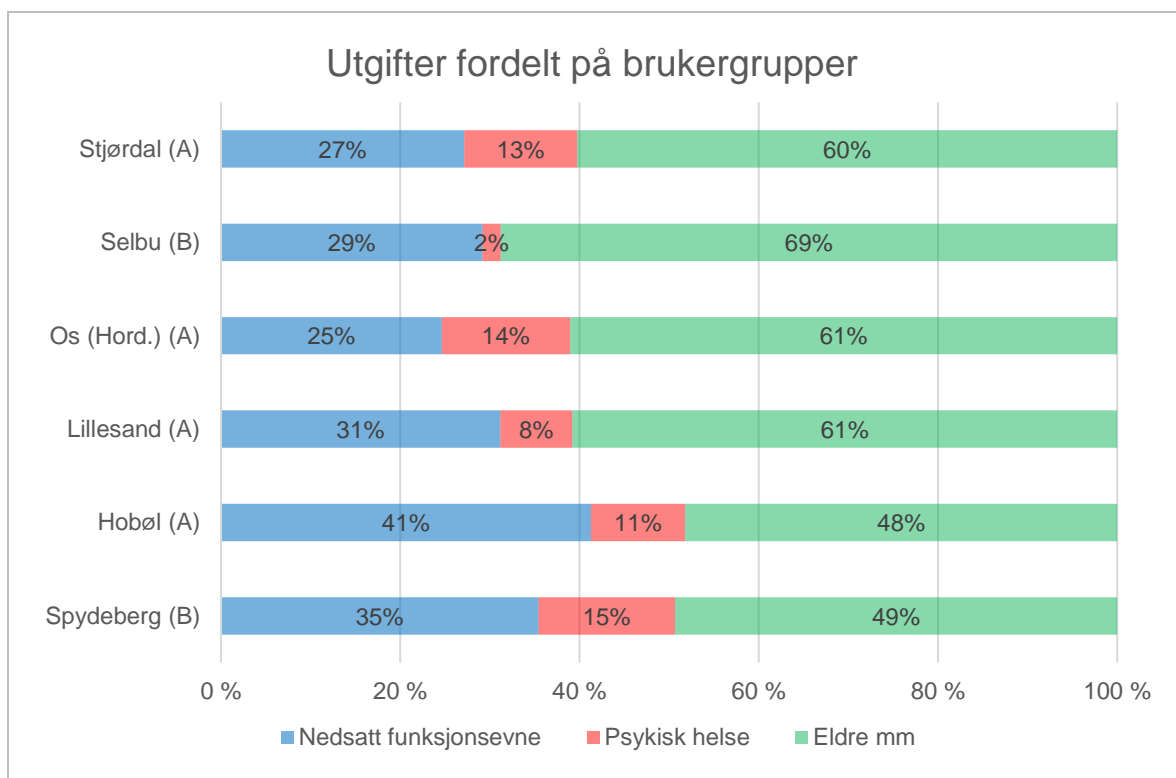
Det er altså betydelige utfordringer med å beregne nettoutgifter for 2016 etter de samme prinsippene som for 2015.

Et enklere alternativ kan være å studere utviklingen for bruttoutgiftene, en størrelse som gir et bedre uttrykk for aktiviteten enn nettoutgiftene. Noe av kjernen i forsøket er nettopp den aktivitetsbaserte finansieringen. Derfor kan bruttoutgiftene være en mer relevant størrelse enn nettoutgiftene.

Fordelingen av bruttoutgifter for 2015 og 2016 kan i stor grad baseres på arbeidet som allerede er gjort. Til en viss grad vil det være nødvendig å involvere økonomene i kommunene i arbeidet. Men det antas at omfanget av arbeidet vil være mindre enn å beregne nettoutgiftene for 2016 etter de samme prinsippene som for 2015. Vi anbefaler at arbeidet med å beregne bruttoutgifter for 2015 og 2016 blir gjort samtidig med fordelingen av regnskapet for 2017. Resultatet av regnskapet vil i så fall bli bruttoutgifter for de tre brukergruppene for alle de tre årene.

Fordelingen av nettoutgifter for 2016

Regnskapet for 2016 er fordelt på tre brukergrupper slik det er beskrevet over. Resultatet av fordelingen på tre brukergrupper er vist i figuren nedenfor.



Figur 5-6 Nettoutgifter 2016 (første halvår) fordelt på tre brukergrupper. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2016

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 49 prosent (Spydeberg) til 69 prosent (Selbu). Tilsvarende andel brukt på psykisk helse varierer fra 2 prosent (Selbu) til 15 prosent (Spydeberg). Andelen utgifter brukt på personer med nedsatt funksjonsevne varierer fra 25 prosent (Os) til 41 prosent (Hobøl).

Selv om forskjellene er store, kan det umiddelbart se ut som variasjonene er mindre enn tilsvarende forskjeller avdekket for 2015 (jf. nullpunktanalysen). Det er imidlertid mulig at utviklingen blir påvirket av at nettoutgiftene for de to årene ikke er sammenliknbare (jf. omtalen over). For å få mer presis informasjon om utvikling foreslår vi altså en fordeling av bruttoutgiftene for årene forsøket varer.

5.2.2 Utvikling i sammensetning av omsorgstrappen

Omsorgstrappen belyst med data fra KOSTRA

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

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

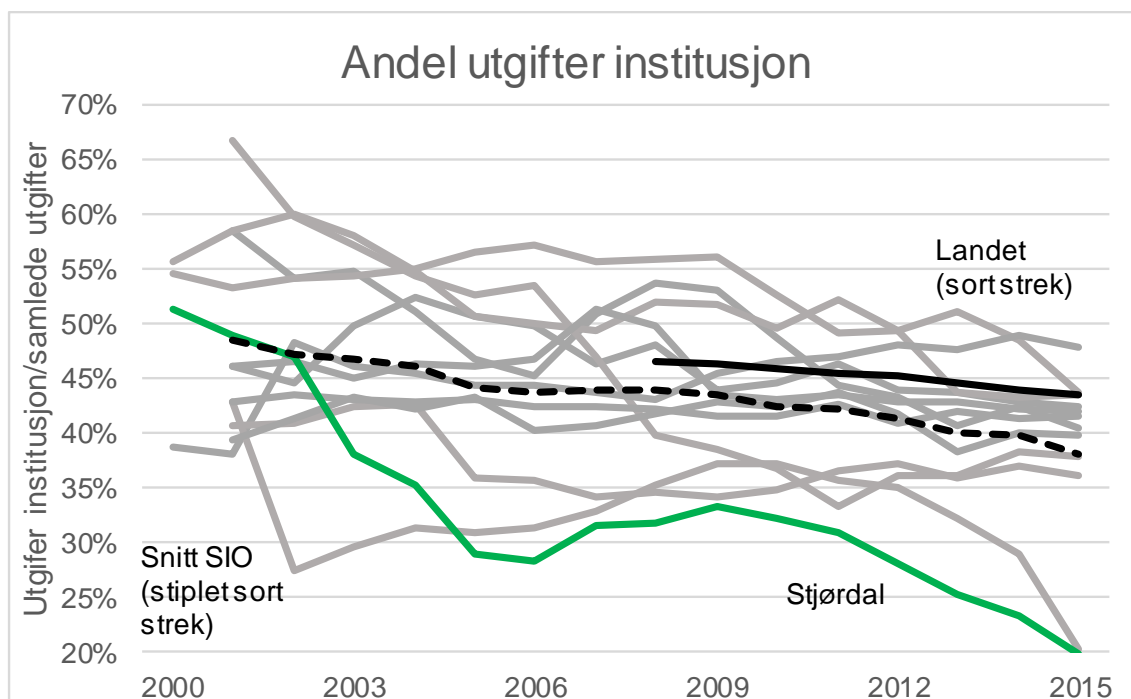
I Norge har det vært en vridning fra institusjon til bolig for funksjonshemmede. Dette skjedde gjennom den såkalte HVPU-reformen på 1990-tallet.

Utviklingen er i ferd med å snu også i Norge. De aller fleste kommuner satser mer på hjemmetjenester enn før, og dekningen for 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.

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

For SIO-kommunene har utviklingen i perioden vært preget av store forskjeller. I Stjørdal har andelen utgifter brukt på institusjon blitt redusert fra 50 til 20 prosent, mens den i Trøgstad har vært på rundt 40 prosent gjennom hele perioden. I 11 av 12 kommuner har det vært en reduksjon i andelen av utgifter brukt på institusjon. Den gjennomsnittlige reduksjonen har vært på 11 prosentpoeng.

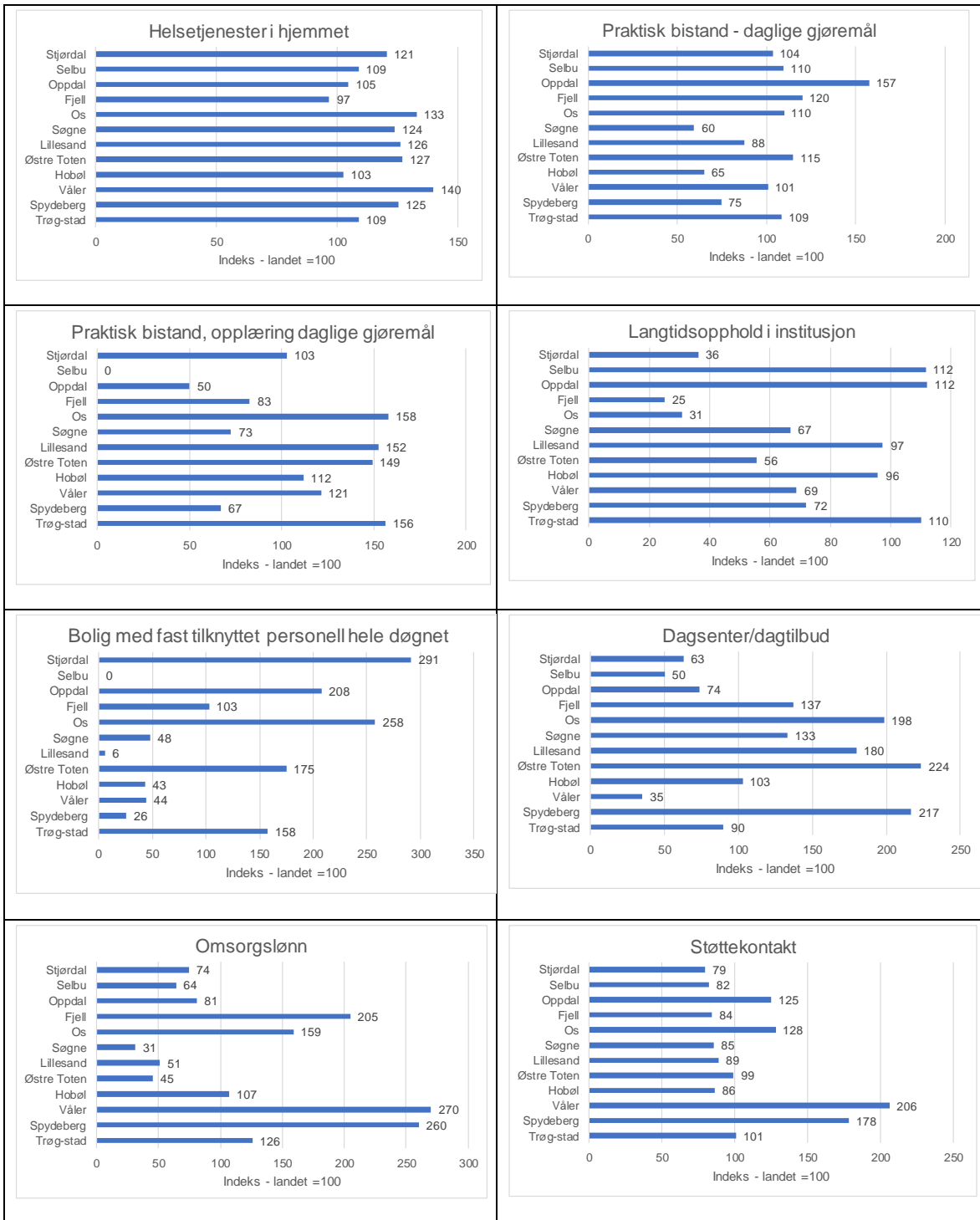
A- og B-kommunene har hatt en utvikling fra 2015 til 2016 som bryter med den langsiktige trenden. For fem av de seks kommunene har andelen utgifter brukt på institusjon økt. Den gjennomsnittlige økningen har vært på 0,7 prosentpoeng. Bare Stjørdal har redusert sin andel. Det blir interessant å se om utviklingen videre i forsøket bryter med den langsiktige trenden.



Figur 5-7 Andel av bruttoutgifter brukt på institusjon 2000-2016. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

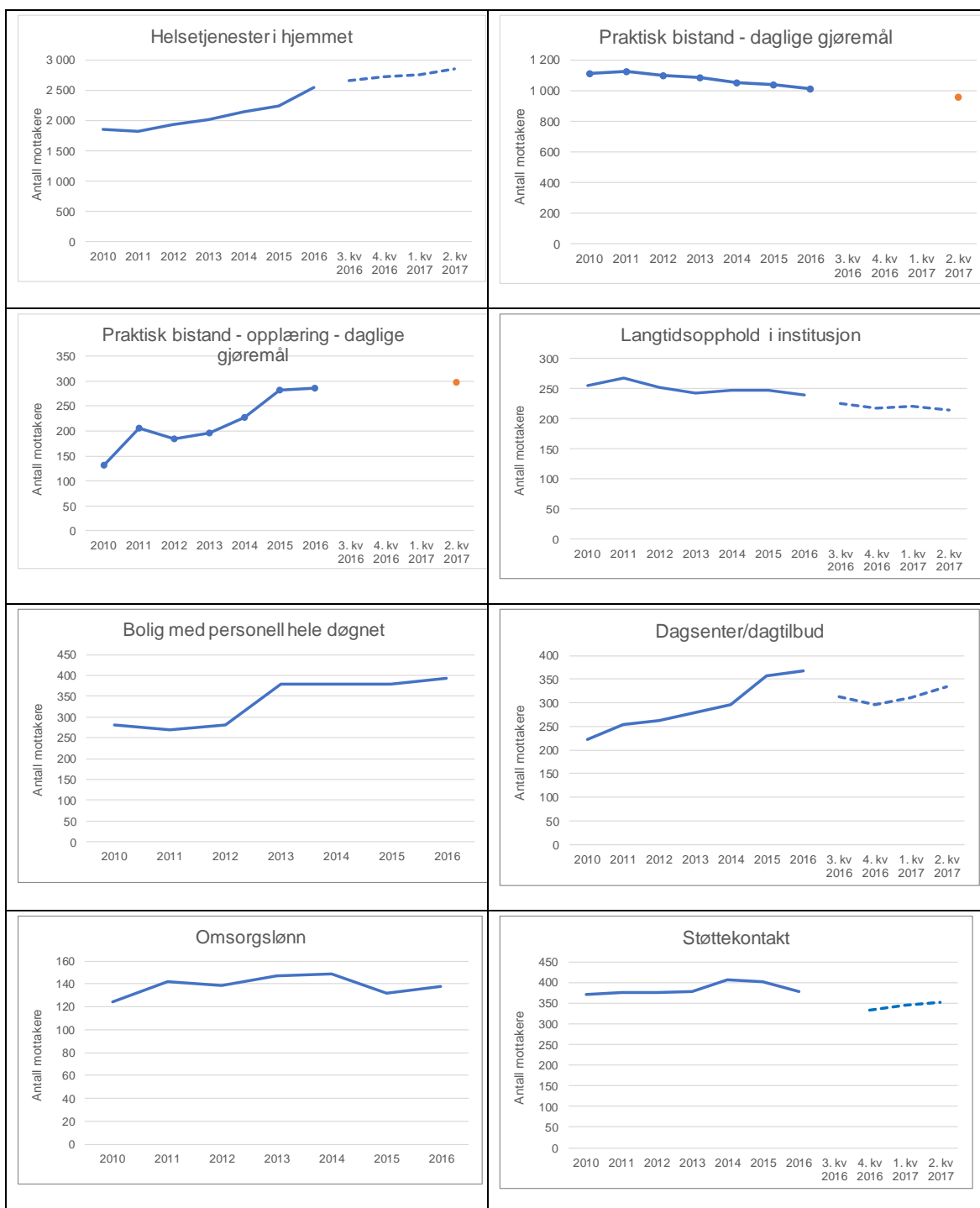
Omsorgstrappen belyst med data fra IPLOS og sumrapporter

Statistikken fra IPLOS gir et langt mer detaljert bilde av tilbudet av tjenester enn de tre KOSTRA-funksjonene omtalt over. Vi har sammenliknet tilbudet av tjenester i de 12 A-, B- og C-kommunene med landet som helhet. Det er beregnet en indeks for alle tjenestene i de 12 kommunene som viser om kommunen tilbyr mer eller mindre enn landet av den aktuelle tjenesten (landet=100). Denne normeringen er gjort ved å ta utgangspunkt i det samlede beregnede utgiftsbehovet for den aktuelle kommunen sammenliknet med landet som helhet. Utgiftsbehovet er beregnet ut fra kriteriene i det statlige inntektssystemet. Tilnærmingen gir et grovt og overordnet bilde av sammensetningen av omsorgstrappen i den enkelte kommune. En svakhet er at metoden ikke tar hensyn til forskjeller i sammensetningen av brukere i de ulike kommunene. Vi mener likevel at metoden er tilstrekkelig nøyaktig for vårt formål. De beregnede indeksene for 2016 for et utvalg tjenester er vist i Figur 5-8 under.



Figur 5-8 Antall brukere med ulike tilbud 2016 sett i forhold til behovet for tjenester sammenliknet med landet som helhet (landet=100)

Videre viser Figur 5-9 utviklingen samlet for de seks A- og B-kommunene for de samme tjenestene for perioden fra 2010 til 2017. Kildene er IPLOS-tall for perioden fra 2010 til 2016 og sumrapporter fra kommunene for utviklingen hvert kvartal det siste året. Registreringen per 31. desember 2016 stemmer nesten, men ikke helt mellom de to kildene.



Figur 5-9 Samlet antall brukere i A- og B-kommuner for utvalgte tjenester 2010-2016 (kilde: Ipløs) og utviklingen fra 3. kvartal 2016 til andre kvartal 2017 (kilde: sumrappporter fra kommunene)

En hovedkonklusjon er at det er store forskjeller mellom kommunene i sammensetningen av omsorgstrappen (Figur 5-8). En annen er at trendene for perioden fra 2010 til 2016 ser ut til å fortsette også etter at forsøket startet opp (Figur 5-9), i hvert fall for den korte perioden forsøket foreløpig har vart.

De ulike tjenestene i figurene blir kommentert i det følgende:

Helsetjenester i hjemmet: Med helsetjenester i hjemmet menes ulike helsetjenester som ytes til hjemmeboende. Disse tjenestene ble tidligere kalt hjemmesykepleie. Det nye navnet signaliserer at det nå er flere yrkesgrupper som tilbyr helsetjenester til hjemmeboende. For landet som helhet har

utviklingen siden 2009 gått i retning av at det er flere som får helsetjenester i hjemmet og færre som får praktisk bistand. Samlet har de 12 kommunene i vårt utvalg hatt den samme utviklingen. I 2016 har 11 av de 12 kommunene mer av disse tjenestene enn landet som helhet.

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

Praktisk bistand daglige gjøremål: Gjelder bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. Samlet har kommunene i vårt utvalg en reduksjon i antall som mottar tjenester, som altså er den samme trenden som resten av landet. Det er store forskjeller på hvor mye kommunene satser på disse tjenestene. I fire av kommunene er tilbudet mindre utbygd enn landet, og i de åtte andre er tilbudet mer utbygd.

Praktisk bistand – opplæring daglige gjøremål: Formålet med praktisk bistand – opplæring er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet, dvs. opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning og i forbindelse med måltider. Dette omfatter også boveiledning. Disse tjenestene utgjør en viktig del av tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne. Antall personer som mottar disse tjenestene har omtrent blitt doblet i perioden fra 2010 til 2016. I andre kvartal 2017 er nivået omtrent som ved utgangen av 2016. Det er store forskjeller mellom kommunene i omfanget av disse tjenestene.

Dagsenter/dagtilbud: Innhold og formål i tilbudet vil kunne variere, både ut fra hvilket bistandsnivå de som skal motta tilbudet har og lokale forhold. Lavterskeltilbud/åpne kommunale tilbud der personer gjøres oppmerksom på tilbudet og kan komme og gå uten avtaler, blir ikke registrert. Antall personer som mottar disse tjenestene har nesten blitt doblet i perioden fra 2010 til 2016. Veksten fortsetter i 2017. Den økte satsingen er i tråd med signaler fra statlige myndigheter. Imidlertid er det store forskjeller på hvor utbygd tilbudet er i kommunene. I A-kommunene er tilbudet mest utbygd i Os (indeksverdi 198) og Lillesand (180) og minst ubygd i Stjørdal (63).

Langtidsopphold i institusjon: Gjennom perioden har det vært en nedadgående tendens i antall personer som mottar tilbudet. Reduksjonen har skjedd samtidig med at det har blitt flere personer i de aktuelle aldersgrupper. Tilbudet er lite utbygd i Stjørdal, Fjell og Os. Samtidig har det vært en økning i andelen av utgiftene brukt på institusjon. Forklaringen kan være at det blir flere brukere av korttidsopphold. Vi tar sikte på å belyse utviklingen for ulike plasser mer detaljert i neste års rapport.

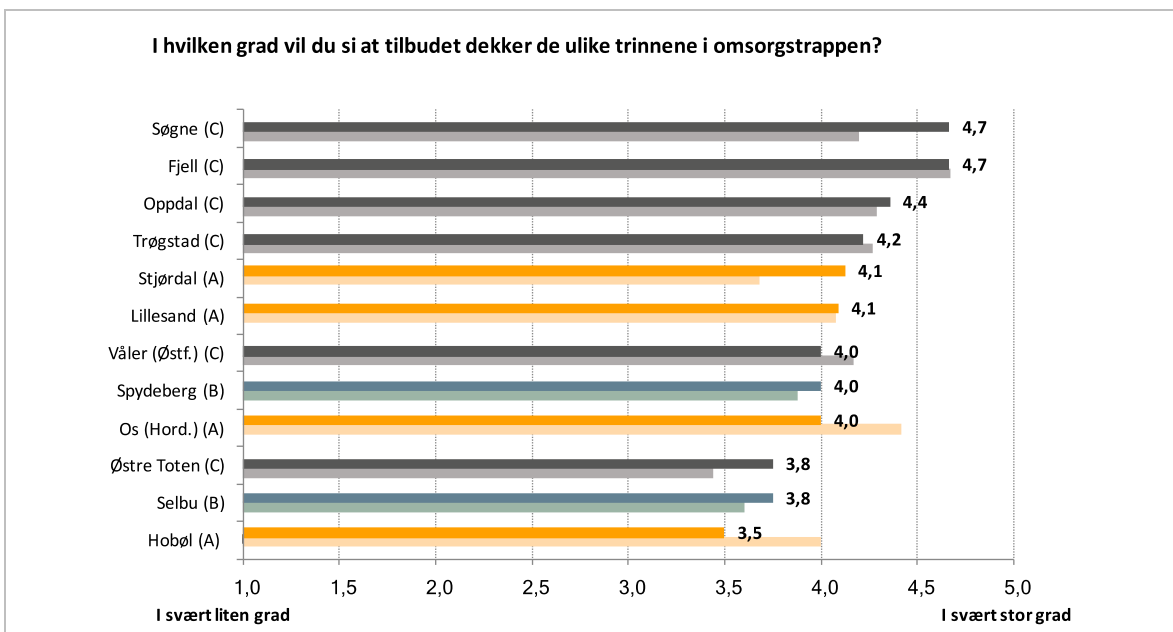
Bolig med fast personell hele døgnet: Det har vært en betydelig vekst i dette tilbudet, særlig fra 2012 til 2013. Stjørdal, Fjell og Os har satset på boliger med døgnbemanning hvor omfanget av pleie som gis er mer omfattende enn det som er vanlig andre steder.

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

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

Ansattes vurdering av omsorgstrappen i egen kommune

Figuren under viser de ansattes svar på hvorvidt de vurderer at kommunens tilbud dekker de ulike trinnene i omsorgstrappen. I de fleste kommunene svarer de ansatte at de oppfatter at kommunene i ganske stor eller stor grad dekker de ulike trinnene, med svarene viser at det er en del variasjon mellom kommunene. Overordnet scorer C-kommunene seg selv høyt. A og B-kommunene ligger noe lavere, mellom 3,5 og 4,1. Hobøl og Selbu gir seg selv lavest score. Når det gjelder A-kommunene, gir Stjørdal seg selv en god del høyere score i 2017 sammenlignet med 2016, mens Hobøl og Os gir seg selv en del lavere. Lillesand ligger stabilt.



Figur 5-10 Ansattes vurdering av i hvilken grad kommunens tilbud dekker de ulike trinnene i omsorgstrappen, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.2.3 Dekningsgrad for innbyggere 67-79 år og over 80 år

Dekningsgradene i tabellen under viser andelen innbyggere i de eldre aldersgruppene som mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvordan brukerne er fordelt på institusjon, kommunal bolig og eget hjem.

I gruppen mellom 67 og 79 år var det i 2016 8 prosent som mottok helse- og omsorgstjenester. I vårt utvalg varierte dekningen fra 7 prosent i Søgne til knapt 10 prosent i Os. For gruppen over 80 år varierte dekningen mellom 35 prosent i Hobøl til 53 prosent i Stjørdal. For denne gruppen var dekningen for landet som helhet på 45 prosent.

Dekningen er på omtrent samme nivå i 2015 og 2016 både for de enkelte kommunene og for gjennomsnittet av A- og B-kommunene. Det er på nåværende tidspunkt dermed ikke noe som tilsier at forsøket har påvirket hvor stor del av befolkningen som får tjenester fra kommunen.

Tabell 5-3 Andel personer som mottar pleie- og omsorgstjenester i aldersgruppe «67–79» og «over 80» i 2015 og 2016, fordelt etter boform

	A-kommuner				B-kommuner		S nitt A	S nitt B	Landet
	Hobøl	Lillesand Os	Stjørdal	Spydebe S elbu					
Andel over 80 år som mottar pleie og omsorgstjenester (2016)									
- i eget hjem	14 %	25 %	24 %	21 %	22 %	38 %	21 %	30 %	24 %
- i bolig	6 %	7 %	14 %	16 %	13 %		11 %	13 %	8 %
- i institusjon	15 %	12 %	7 %	5 %	13 %	15 %	10 %	14 %	13 %
- i alt	35 %	44 %	45 %	43 %	47 %	53 %	42 %	50 %	45 %
Andel over 80 år som mottar pleie og omsorgstjenester (2015)									
- i eget hjem	18 %	24 %	28 %	21 %	17 %	38 %	23 %	27 %	25 %
- i bolig	6 %	8 %	12 %	16 %	15 %	2 %	11 %	9 %	8 %
- i institusjon	16 %	12 %	6 %	5 %	13 %	14 %	10 %	14 %	14 %
- i alt	41 %	44 %	46 %	42 %	46 %	53 %	43 %	50 %	46 %
Andel over 67-79 år som mottar pleie og omsorgstjenester (2016)									
- i eget hjem	4 %	5 %	8 %	5 %	5 %	7 %	5 %	6 %	5 %
- i bolig		1 %	2 %	1 %	3 %		1 %	3 %	1 %
- i institusjon		1 %	1 %	0 %	1 %		1 %	1 %	2 %
- i alt		7 %	10 %	7 %	9 %		8 %	9 %	8 %
Andel over 67-79 år som mottar pleie og omsorgstjenester (2015)									
- i eget hjem	5 %	5 %	7 %	5 %	3 %	6 %	6 %	5 %	5 %
- i bolig		1 %	2 %	2 %	2 %		1 %	2 %	1 %
- i institusjon		2 %	1 %	1 %	1 %		1 %	1 %	2 %
- i alt		7 %	9 %	8 %	7 %		8 %	7 %	8 %

5.2.4 Bruk av 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 sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger 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 hadde definert bare 11 prosent av plassene som korttidsplasser i 2016. 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.

Nivået for andel korttidsplasser er omtrent uendret fra 2015 til 2016.

For korttidsplassene er det viktig at plassene i praksis fungerer som korttidsplasser, uavhengig av om de er definert som dette. Statistikken over gjennomstrømmingen 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. Gjennomsnittet for A-kommunene er på 21,6 døgn. Lengst oppholdstid har Lillesand med 27,1 døgn. Kommunene i forsøket lykkes altså ikke så godt med gjennomstrømmingen som det som ellers er vanlig. Fra 2015 til 2016 har det imidlertid skjedd en forbedring for alle de seks kommunene utenom Os. Størst

forbedring har Spydeberg og Stjørdal, som nå har en gjennomstrømming som er klart bedre enn for gjennomsnittet av landet

Tabell 5-4 Andel korttidsplasser og døgn per opphold for korttidsplasser i 2015 og 2016

	Hobøl	A-kommuner			B-kommuner		S nitt A	S nitt B	Landet
		Lillesand	Os	Stjørdal	Spydeberg	Selbu			
Andel korttidspl as s er (2016)		13 %	53 %	11 %	15 %	33 %	26 %	24 %	18 %
Andel korttidspl as s er (2015)		15 %	53 %	10 %	15 %	33 %	26 %	24 %	18 %
Døgn per opphold korttid (2016)	21,9	27,1	22,3	15,2	16,1	15,6	21,6	15,9	19,0
Døgn per opphold korttid (2015)	23,1	28,8	19,4	22,8	28,8	19,7	23,5	24,2	19,0

5.2.5 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 tabellene svært store forskjeller mellom kommunene. Det høye nivået i Hobøl kan være et resultat av at kommunen har mange mennesker med nedsatt funksjonsevne.

For A-kommunene har utviklingen fra 2015 til 2016 gitt flere timer per bruker for helsetjenester i hjemmet og færre timer for praktisk bistand. Samtidig er det altså også flere brukere som får helsetjenester i hjemmet og færre brukere som får praktisk bistand (jf. Tabell 5-5).

Tabell 5-5 Gjennomsnittlig tildeling av timer i hjemmetjenesten per uke 2015 og 2016

	Hobøl	A-kommuner			B-kommuner		S nitt A	S nitt B	Landet
		Lillesand	Os	Stjørdal	Spydeberg	Selbu			
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i hjemmetjenesten (2016)									
- praktisk bis tand	28,1	7,6	9,1	5,8	14,4	1,1	12,7	7,75	9,7
- hels etjenes ter i hjemmet	5,8	6	8,4	9,9	2,2	9,1	7,53	5,65	4,8
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i hjemmetjenesten (2015)									
- praktisk bis tand	43,3	9,5	10,8	6,6	18,6	1,5	17,6	10,1	9,5
- hels etjenes ter i hjemmet	3,7	3	10,7	7,8	4,1	9,8	6,3	7,0	4,6

Tildeling til eldre over 80 år belyst med data fra IPLOS

Så langt har vi sett på tildelingen til brukere i alle aldersgrupper. Data fra IPLOS gir oss anledning til å se nærmere på hva som kjennetegner tildelingen til personer over 80 år.

Tabell 5-6 Kjennetegn ved tre tjenester 2015 og 2016 gitt til eldre over 80 år

	Hobøl	Lille- sand	Os	Stjør- dal	S pyde berg	Selbu	Alle A	Alle B	Landet
<i>Antall brukere</i>									
Dagsenter/dagtilbud (2016)	10	16	37	13	14	2	76	16	
Dagsenter/dagtilbud (2015)	12	13	31	11	17	2	67	19	
Helsetjenester i hjemmet (2016)	36	108	224	338	62	89	706	151	
Helsetjenester i hjemmet (2015)	40	105	194	315	57	85	654	142	
Praktisk bistand - daglige gjøremål (2016)	19	58	163	210	41	64	450	105	
Praktisk bistand - daglige gjøremål (2015)	19	61	160	224	41	67	464	108	
<i>Samlet antall timer</i>									
Dagsenter/dagtilbud (2016)	157	174	330	144	275	10	805	285	
Dagsenter/dagtilbud (2015)	166	198	260	102	342	9	726	351	
Helsetjenester i hjemmet (2016)	115	386	2 113	3 777	133	339	6 392	472	
Helsetjenester i hjemmet (2015)	139	430	3 501	2 469	135	328	6 538	463	
Praktisk bistand - daglige gjøremål (2016)	10	35	284	275	116	49	604	165	
Praktisk bistand - daglige gjøremål (2015)	11	34	351	250	73	50	646	123	
<i>Gjennomsnittlig antall timer</i>									
Dagsenter/dagtilbud (2016)	15,7	10,8	8,9	11,1	19,6	5,0	11,6	12,3	8,9
Dagsenter/dagtilbud (2015)	13,8	15,2	8,4	9,3	20,1	4,5	11,7	12,3	8,9
Helsetjenester i hjemmet (2016)	3,2	3,6	9,4	11,2	2,2	3,8	6,8	3,0	4,4
Helsetjenester i hjemmet (2015)	3,5	4,1	18,1	7,8	2,4	3,9	8,4	3,1	4,3
Praktisk bistand - daglige gjøremål (2016)	0,5	0,6	1,7	1,3	2,8	0,8	1,0	1,8	1,4
Praktisk bistand - daglige gjøremål (2015)	0,6	0,6	2,2	1,1	1,8	0,8	1,1	1,3	1,4
<i>Median antall timer</i>									
Dagsenter/dagtilbud (2016)	15,8	6,0	5,0	6,0	25,0	5,0	8,2	15,0	6,0
Dagsenter/dagtilbud (2015)	12,0	12,0	10,0	12,0	25,0	4,5	11,5	14,8	6,0
Helsetjenester i hjemmet (2016)	1,0	1,8	3,6	5,5	1,2	3,5	3,0	2,3	2,3
Helsetjenester i hjemmet (2015)	2,2	1,8	4,5	4,5	1,0	3,0	3,3	2,0	2,3
Praktisk bistand - daglige gjøremål (2016)	0,5	0,5	1,0	1,0	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8
Praktisk bistand - daglige gjøremål (2015)	0,5	0,5	1,0	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8

Noen kommentarer

- ▶ *Dagsenter/dagtilbud:* I A-kommunene har det blitt flere brukere fra 2015 til 2016. Tildelingen til den enkelte bruker er på omtrent samme nivå disse to årene.
- ▶ *Helsetjenester i hjemmet:* Det har vært en markert økning i antall brukere i Os og Stjørdal, mens nivået er omtrent uendret i Lillesand og Hobøl. Stjørdal og Os⁸ skiller seg ut med en tildeling av mange timer per bruker. I de andre fire kommunene blir det tildelt færre timer enn landsgjennomsnittet. I Stjørdal har det vært en markert økning i antall timer som tildeles per bruker. I fire av kommunene har det vært en reduksjon i tildelingen fra 2015 til 2016.
- ▶ *Praktisk bistand – daglige gjøremål:* For A-kommunene utgjør samlet antall timer mindre enn en tidel av timene til helsetjenester i hjemmet. I disse kommunene har det vært en reduksjon i antall brukere og hvor mye som blir tildelt per bruker. I B-kommunene utgjør samlet antall timer mer enn en tredel av timene til helsetjenester i hjemmet. I disse kommunene har det vært en økning i tildelingen per bruker.

⁸ Det svært høye nivået for gjennomsnittlig antall timer i Os i 2015 skyldes kanskje en feil? eventuelt en eller flere enkeltbrukere som ikke lenger får tjenester?

5.2.6 Fagkompetanse i tjenestene

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

For landet som helhet var det i 2016 74 prosent med relevant fagutdanning i de brukerrettede tjenestene innenfor pleie og omsorg. Gjennomsnittet for A- og B- kommunene lå på henholdsvis 77 prosent og 81 prosent. Andelen har økt for fire av de seks SIO-kommunene.

Tabell 5-7 Andel årsverk i brukerrettede tjenester med relevant fagutdanning 2015 og 2016

	A-kommuner				B-kommuner		S nitt A	S nitt B	Landet
	Hobøl	Lillesand	Os	S tjørda	S pydeberg	S elbu			
Andel med relevant fagutdanning (2016)									
- videregående skole	44 %	43 %	34 %	42 %	50 %	49 %	41 %	50 %	40 %
- høyskoleutdanning	30 %	34 %	42 %	41 %	31 %	31 %	37 %	31 %	34 %
- i alt	74 %	77 %	76 %	82 %	80 %	81 %	77 %	81 %	74 %
Andel med relevant fagutdanning (2015)									
- videregående skole	43 %	43 %	35 %	41 %	48 %	47 %	41 %	48 %	39 %
- høyskoleutdanning	28 %	35 %	38 %	40 %	28 %	33 %	35 %	30 %	34 %
- i alt	71 %	78 %	73 %	82 %	76 %	80 %	76 %	78 %	73 %

5.2.7 Årsverk i tjenestene

Antall ansatte og årsverk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester er av vesentlig betydning for det tilbudet kommunen gir. Det er også en god indikator på omfanget av tjenester som faktisk ytes. Målinger av årsverk har vært gjort av kommunen selv, som har rapportert til evaluator på tre ulike tidspunkter. Tallene referer til faktisk arbeidet tid i den respektive måneden, målt i antall månedsverk. Det tas forbehold om enkelte feilkilder i tallene, siden de som rapporterer kan gjøre dette på ulike måter, og regne ulike typer stillinger inn i tjenesten. Det bemerkes også at flere av disse kommunene er relativt små. Det vil si at endringer i situasjonen til enkeltbrukere kan få synlige utslag på disse tallene.

Arbeidet som regnes i Tabell 5-8 er relatert til drift og støttefunksjoner for hele pleie- og omsorgssektoren i kommunen, dvs. KOSTRA-funksjonene 234, 253 og 254. Tildelingsenhetene medregnes ikke her, men fremstilles separat under punkt 5.4.5.

Tabellen viser at A-kommunene har hatt en gjennomsnittlig økning i antall årsverk som er høyere enn i B- og C-kommunene. Dette kan være en indikasjon på at aktivitetsnivået i A-kommunene øker mer enn i andre kommuner. Det er imidlertid uklart hvorvidt dette skyldes demografiske forhold eller er et uttrykk for endringer i kommunenes tjenestetildeling og -tilbud. Det er derfor for tidlig å si hvorvidt disse effektene kan tilskrives forsøket.

Tabell 5-8: Faktisk arbeidet tid målt i antall månedsverk. Kilde: egen rapportering fra kommunene

Kommune	2016		2017	Endring
	jan	sep	sep	jan 2016- sep 2017

A-kommuner

Hobøl	89,1	89,1	82,0	-8,0 %
Lillesand	251,0	252,7	260,9	4,0 %
Os	350,5	364,3	374,7	6,9 %

Stjørdal	404,1	416,6	427,3	5,7 %
A Totalt	1 094,6	1 122,6	1 144,9	4,6 %
B-kommuner				
Selbu	108,3	109,3	108,3	0,0 %
Spydeberg*	97,7	97,7	97,7	0,0 %
B Totalt	206,0	207,0	205,9	0,0 %
C-kommuner				
Fjell*	261,3	266,7	266,7	2,1 %
Oppdal	183,9	184,1	184,1	0,1 %
Søgne	181,9	199,8	204,7	12,5 %
Trøgstad	140,4	137,8	131,2	-6,6 %
Våler	95,6	97,8	97,7	2,2 %
Østre Toten	382,5	389,6	372,2	-2,7 %
C Totalt	1 245,6	1 275,7	1 256,6	0,9 %
Totalsum	2 546,2	2 595,3	2 577,8	1,2 %

* Forutsatt ingen endring i Spydeberg og Fjell grunnet ikke-sammenlignbare tall

5.2.8 Lege- og fysioterapitimer på sykehjem

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

Tabell 5-9 Lege- og fysioterapitimer per uke per beboer på sykehjem 2015 og 2016

	A-kommuner			B-kommuner		Snitt A	Snitt B	Landet	
	Hobøl	Lillesand	Os	Stjørdal	Spydeberg				Selbu
Lege- og fysioterapi på sykehjem (2016)									
- legetimer per uke	0,30	0,57	1,13	0,36	0,69	0,51	0,59	0,60	0,55
- fysioterapi per uke	0,79	0,41	0,43	0,1	0,79	0,33	0,43	0,56	0,43
Lege- og fysioterapi på sykehjem (2015)									
- legetimer per uke	0,28	0,41	0,86	0,36	0,71	0,52	0,48	0,62	0,53
- fysioterapi per uke	0,72	0,38	0,44	0,06	0,81	0,35	0,40	0,58	0,41

5.2.9 Ventetid sykehjems plass

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

På landsbasis i 2016 hadde 89,1 prosent av tjenestemottakerne mottatt sykehjems plass 0–15 dager etter vedtaksdato. Andelen er stabil over tid. I 2009 hadde 90,7 prosent mottatt sykehjems plass 0–15 dager etter vedtaksdato (jf. tabellen under). Det er store variasjoner mellom fylkene. I 2016 hadde Rogaland høyest andel med 94,7 prosent, mens Telemark hadde lavest andel med 70,6 prosent.

Noen av A- og B-kommunene har i noen av årene siden 2009 hatt problemer med å tilby langtidsplass innen 15 dager etter vedtak (jf. tabellen under). I 2016 lå andelen for kommunene mellom 88

og 100 prosent. Det ser med andre ord ut til at kommunene en stor del av tiden har nok langtidsplasser.

Tabell 5-10 Andel tjenestemottakere som har mottatt langtidsplass innen 15 dager etter vedtak

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

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

5.2.10 Spesialiserte funksjoner

Det å opprette egne tilbud knyttet til ulike brukergrupper kan gjøre at kommunen oppnår mer koordinerte og treffsikre tiltak overfor brukerne. Det kan i noen tilfeller også være en måte å jobbe aktivt med forebygging på (f.eks. hverdagsrehabilitering), som et ledd i å styrke de hjemmebaserte tjenestene.

Hvorvidt kommunene har disse funksjonene eller ikke er basert på et rapporteringsskjema som fylles ut av kommunen selv. I Tabell 5-11 er det angitt med farge dersom kommunen har en funksjon. Sterk farge betyr at kommunen nettopp har innført denne funksjonen og årstallet indikerer når innføringen skjedde.

Noen av kommunene har hatt utvidelser med tanke på nye tjenestetilbud. Det er imidlertid ingen klar sammenheng mellom dette og deltagelse i SIO-prosjektet.

Tabell 5-11 Spesialiserte funksjoner i kommunene pr. september 2017

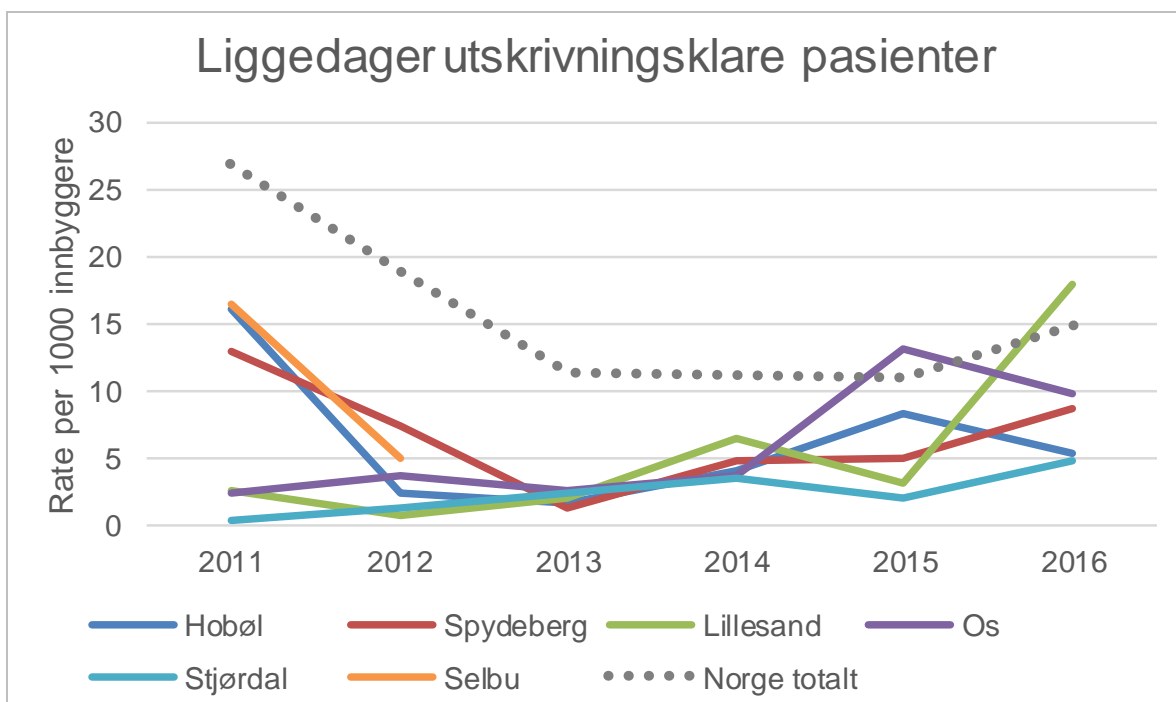
Har kommunen egne tilbud for:						
	Hverdags-rehabilitering	Palliasjon	Personer med demens	Personer med psykisk sykdom	Personer med nevrologiske lidelser	Andre grupper
<i>Stjørdal</i>						
<i>Lillesand</i>						*
<i>Os</i>						*
<i>Hobøl</i>		2016				
<i>Spydeberg</i>						
<i>Selbu</i>	2017					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

* - KOLS, diabetes, kreft, ROP-team

** - barneteam

5.2.11 Utskrivningsklare pasienter

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



Figur 5-11 Liggedager utskrivningsklare pasienter 2011–2016. Rate per 1000 innb. Kilde: Data fra nettsiden til Helsedirektoratet⁹, bearbeidet

I perioden fra 2011 til 2016 har de seks kommunene i forsøket jevnt over vært flinkere til å ta imot pasienter fra sykehuset enn landsgjennomsnittet. Fra 2015 til 2016 har raten økt for Lillesand, Spydeberg og Stjørdal og den har blitt redusert for Os og Hobøl. Det er med andre ord ingen entydig tendens, og ingen av kommunene har spesielt høye rater i 2016.

5.3 Brukermedvirkning

5.3.1 Brukernes vurdering av tildelingsprosessen

Siden utvalget er for lite til å gjøre generaliserbare slutninger om hvordan brukerne i kommunene oppfatter tildelingsprosessen, kommer vi nedenfor til å presentere absolutte tall og ikke prosenter. Grunnen er nettopp til å ikke gi et inntrykk av at dette er representativt for kommunene.

Brukerne er naturligvis mest opptatt av selve tjenesten de mottar, og mindre opptatt av selve tildelingsprosessen. Spesielt synspunkter på hvordan brukerne oppfatter kommunens egne prosesser er det få av. Mange av brukerne 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.

Etter samtaler med brukere om tildelingsprosessen er det typisk fire måter brukerne har kommet i kontakt med kommunens pleie- og 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 for en tjeneste, og selv tatt kontakt med kommunens helsetjenester og søkt om et omsorgstilbud, ofte med hjelp av pårørende.

⁹ Statistikken for landet som helhet 2012 og 2014 viser verdier som åpenbart ikke er riktige. I figuren er verdien for disse to årene basert på gjennomsnittet av året før og etter. For Selbu mangler data for perioden fra 2012 til 2016.

- 3) Brukerne er hos fastlegen som ser behov for pleie- og omsorgstjenester, og legen tar kontakt med kommunen.
- 4) Brukerne benytter seg allerede av et omsorgstilbud og har løpende kontakt med omsorgstjenesten, og justerer tjenestene regelmessig i dialog med kommunen.

Vi har også eksempler på hvor brukerne flytter fra en kommune til en annen, og hvor ansatte i kommunen som brukeren flytter fra tar kontakt med den nye bostedskommunen.

Av de 27 brukerne vi intervjuet, hadde 21 personer fått innvilget tjenesten de søkte på. 2 personer hadde fått avslag. Avslagene gjaldt omsorgslønn og støttekontakt. De resterende brukerne har enten ikke fått svar ennå eller fått endringer i tjenestene uten at de oppfatter at de selv har søkt om noe. En bruker beskriver for eksempel at kommunen økte summen for refusjon ved bruk av taxi fra 2000 til 20 000 kr. uten at vedkommende hadde fått informasjon eller veiledning om dette.

Et av de mest sentrale elementene når det gjelder brukerkontakten i SIO-prosjektet er at kommunen skal gjennomføre en kartlegging av bruker før man tildeler en tjeneste. Brukerne ble derfor på ulike måter spurt om hvordan de oppfattet at kommunen innhentet informasjon om deres situasjon og behov. De klart fleste av brukerne, 21 av 27, opplevde at kommunen på en eller annen måte innhentet informasjon om deres situasjon og behov, og hva som var viktig for dem, enten i direkte kontakt på hjemmebesøk eller på møte på tildelingskontoret, eller via sykehus/behandlingsinstitusjon, fastlege eller pårørende. Det klart vanligste var at brukerne fikk hjemmebesøk en tid etter søknad, hvor kommunens ansatte gjennomførte en kartlegging av brukers behov og bolig. Mange av brukerne opplevde disse kartleggingssamtalene som nyttige, og flere forteller at de følte seg godt ivaretatt. De fleste opplever at behovsavklaringen har vært en grei og ukomplisert prosess. Flere opplever at hjelpeapparatet har god oversikt over hvilke tjenester som er relevant.

Fem personer opplevde at kommunen *ikke* innhentet informasjon om deres situasjon. I et par av disse tilfellene oppfatter brukeren at kommunen ikke har tatt kontakt fordi de kjenner deres situasjon godt fra før, og at det derfor er unødvendig med en ny kartlegging. I kun ett tilfelle beskriver bruker at vedkommende/pårørende selv har måttet være pådriver overfor kommunen for at kommunen skal få nødvendig oversikt over situasjonen, og opplever at kommunen «ikke har vært på banen». Vedkommende utviklet demens og fikk diagnose for dette som angivelig ble kommunisert til kommunen, uten at kommunen iverksatte tiltak. Pårørende oppfatter i denne situasjonen at egne personlige relasjoner med hjelpeapparatet var nøkkel til iverksetting av tjenester. I de andre tilfellene hvor bruker ikke oppfatter at kommunen har innhentet informasjon om deres situasjon venter brukerne på at søknaden skal bli behandlet og har derfor foreløpig ikke vært i kontakt med kommunen.

De fleste av brukerne som ble intervjuet opplever at brukers egne behov ble vektlagt i søknaden. Sju brukere opplevde at kommunen ikke vektla deres situasjon i søknadsbehandlingen. I mange av disse tilfellene har brukerne mottatt tjenester over lengre tid og ønsket å øke omfanget, men fått avslag eller blitt innvilget et mindre omfattende tilbud enn de selv ønsket. Ingen av brukerne som opplevde at deres egne behov ikke ble vektlagt var nye brukere av pleie- og omsorgstjenester. En mulig tolkning av dette er at brukers misnøye er knyttet til omfanget av tilbudet de får og ikke direkte tilknyttet prosessen kommunene har for å innhente og ta hensyn til brukers behov. De klart fleste av brukerne vi intervjuet svarte at de opplevde å selv ha vært med på å fastsette målsettingen for tjenesten og opplever at tjenestene dekker deres behov.

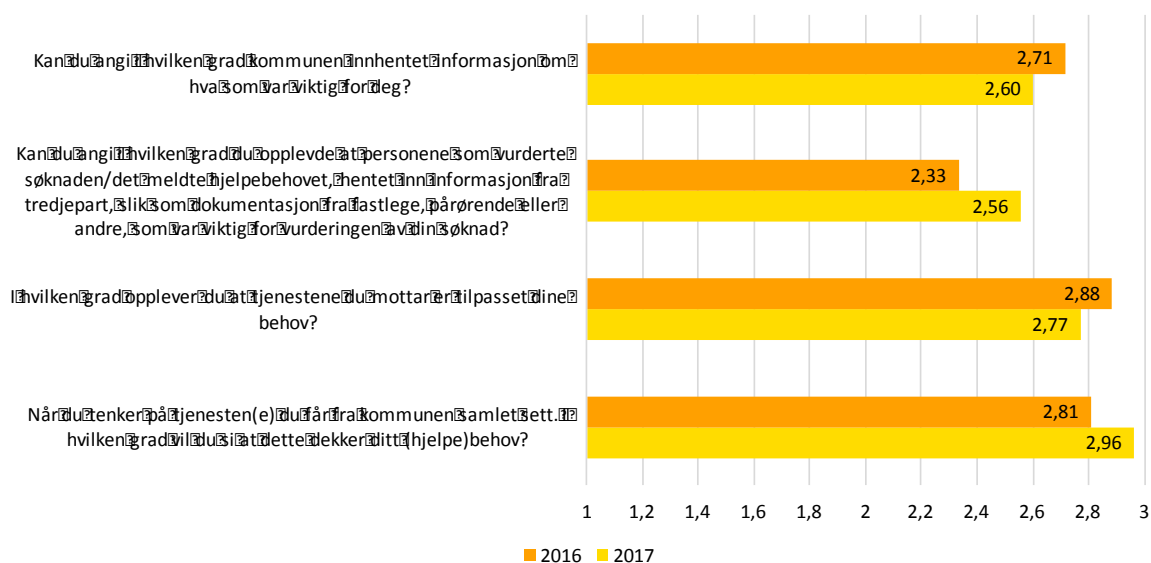
Vi spurte også brukerne om hvordan de oppfatter kompetansen til kommunens ansatte som deltok i tildelingsprosessen. Kun to brukere opplevde at de som behandlet søknaden ikke hadde den rette kompetansen. I begge disse tilfellene opplever brukeren at de ikke får det tilbudet de har behov for. De fleste andre forteller at de oppfatter at kartleggingsmøtene i hjemmet fungerer godt, og at de opplever personene som kompetente.

Figur 5-12 viser brukernes oppfatning om noen sider ved tildelingsprosessen og omsorgstjenestene de mottar. Respondentene kunne svare 1 = i liten grad, 2 = verken i stor eller liten grad og 3 = i stor grad. Svarene er fra 2016 og 2017.

På spørsmål om i hvilken grad brukeren oppfatter at kommunen innhentet informasjon om hva som var viktig for dem, svarer de fleste av brukerne i stor grad, med en gjennomsnittlig score på 2,6 i 2017. Det er på samme nivå som året før.

Vi ba også brukerne om å angi i hvilken grad de opplevde at personene hentet informasjon fra tredjepart. Her er den gjennomsnittlige scoren litt høyere i 2017 enn i 2016, hhv. 2,56 og 2,33. En god del av brukerne svarte *vet ikke* på dette spørsmålet begge årene.

Figur 5-12 Brukernes opplevelse av kommunenes tildeling og tjenester 2016–17



Brukerne gir i gjennomsnitt noe lavere score på spørsmål om tildelingsprosessen enn på hvordan de oppfatter selve tjenestene. Både på spørsmålet om i hvilken grad brukerne oppfatter at tjenesten de mottar er tilpasset sine behov, og på spørsmålet om de oppfatter at det samlede behovet er dekket, de to nederste spørsmålene i figuren, svarer nesten alle brukerne 'i stor grad', både i 2016 og 2017. Det ser altså ut som at brukerne generelt sett er godt fornøyde med tjenestene de får av kommunene.

At vi ikke ser noen tydelig forskjell i brukernes oppfatning av tildelingsprosessen eller tjenesten de mottar fra 2016 til 2017, er ikke overraskende ettersom prosjektet kun har pågått i ett år. Vi finner heller ingen overordnet trend i mer positive eller negative oppfatninger blant brukerne. Likheten i svarene i 2016 og 2017 gir grunn til å tro at brukerne ikke svarer helt tilfeldig på spørsmålene, og at man derfor i noen grad kan sammenligne over tid.

5.3.2 Pårørendes vurdering av tildelingsprosessen

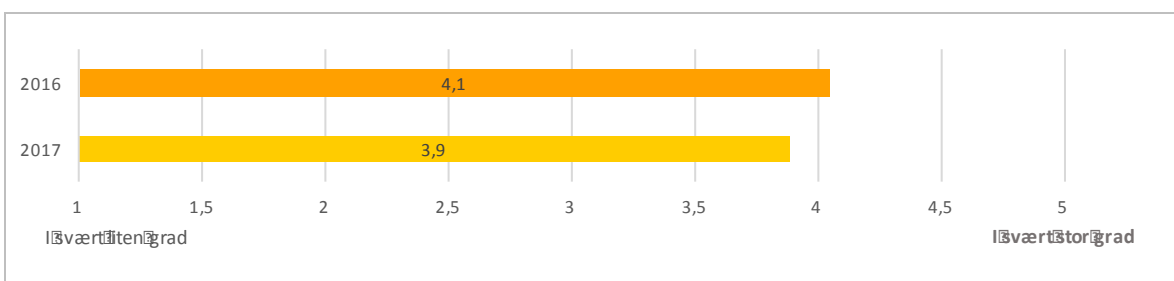
Pårørendes vurderinger kan være en viktig kilde til å forstå hvordan brukerne behandles i tildelingsprosessene. Under presenterer vi svarene fra et spørreskjema som pårørende kunne fylle ut.

Svarene som presenteres i denne underveisrapporten er fra A-kommuner ettersom vi kun innhentet informasjon fra disse kommunene i år. Kvalitative vurderinger blir presentert i kommunekapitlene. På grunn av lavt antall informanter presenteres resultatene samlet, i stedet for hver enkelt kommune.

Under sammenligner vi svarene fra 2016 og 2017, hvor henholdsvis 29 og 22 pårørende deltok i undersøkelsen. De pårørende ble bedt om å svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 tilsvarte «i svært liten grad» og 5 «i svært stor grad» på spørsmål om hvordan de oppfatter at kommunen håndterte konkrete forhold tilknyttet tildelingen av en pleie- og omsorgstjeneste. Respondentene kunne også svare «vet ikke». Disse svarene er tatt ut av resultatene som presenteres nedenfor.

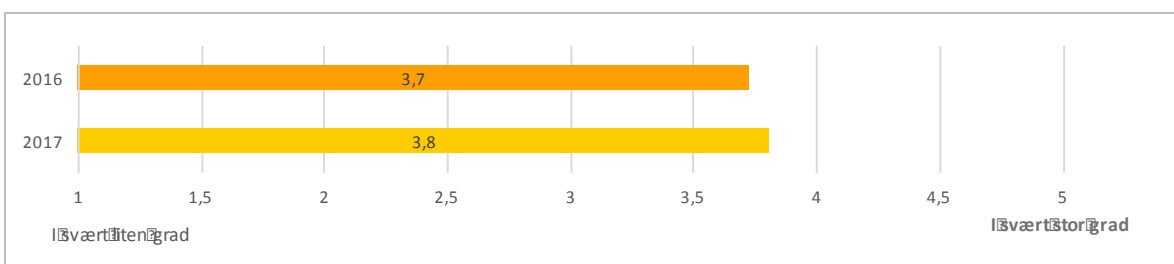
Vi gjør leseren oppmerksom på at utvalget av pårørende er forskjellig i 2016 og 2017. Det betyr at forskjeller i svarene ikke uten videre kan tolkes som en forbedring eller forverring, ettersom andre bakenforliggende variable, som for eksempel sykdomsforløp eller sosiale forhold, kan være systematisk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

Figur 5-13 viser i hvilken grad de pårørende opplever at kommunen innhentet informasjon om brukers situasjon og behov når de skulle vurdere søknaden. Det er en klar overvekt av positive svar begge år, altså at de pårørende opplever at kommunen innhenter behov om brukers situasjon og behov, og det er forholdvis liten forskjell i scorene som blir gitt i 2016 og 2017. Et flertall av respondentene gir allikevel ikke maks-score, som kan bety at de ligger et forbedringspotensial her.



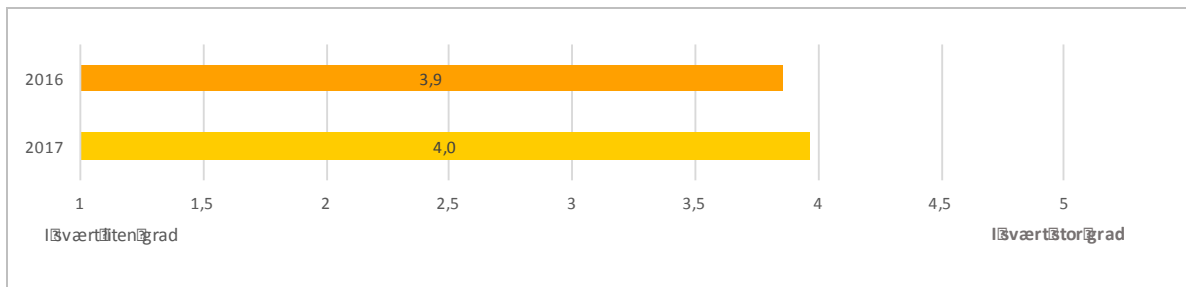
Figur 5-13 Pårørendes vurdering av tildelingsprosessen. Kan du angi i hvilken grad kommunen innhentet informasjon om brukers situasjon og behov?

Figur 5-14 viser pårørendes svar på om kommunen innhentet informasjon om hva som var viktig for bruker for å få dekket hjelpebehovet. Det er også her en overvekt av positive svar begge år og liten forskjell mellom dem. Selv om forskjellene er små, er totalsummen noe lavere på dette spørsmålet sammenlignet med det forrige, som viser at de pårørende oppfatter at kommunen er mer opptatt av å innhente informasjon om *bruker* enn informasjon om *hva som er viktig for bruker*.



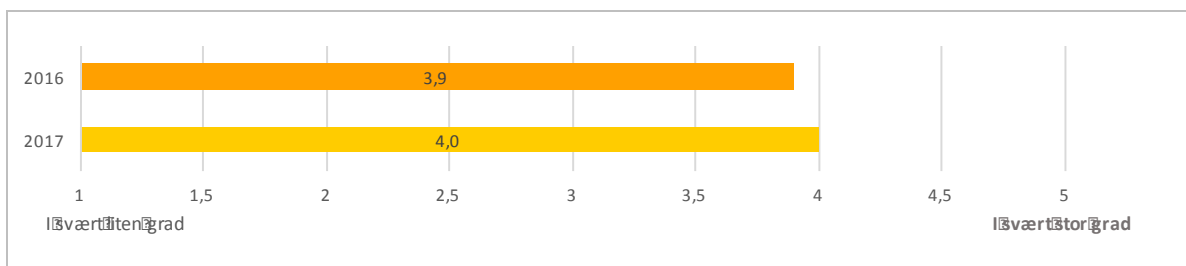
Figur 5-14 Kan du angi i hvilken grad kommunen innhentet informasjon om hva som var viktig for bruker/hvordan bruker ønsket å få dekket hjelpebehovet?

Figur 5-15 viser pårørendes svar på om de oppfatter at innspillene som ble gitt ble tatt med i kommunens vurdering av saken. Også på dette spørsmålet er en overvekt av respondentene positive begge årene og det er liten forskjell å spore i resultatene fra 2016 og 2017.



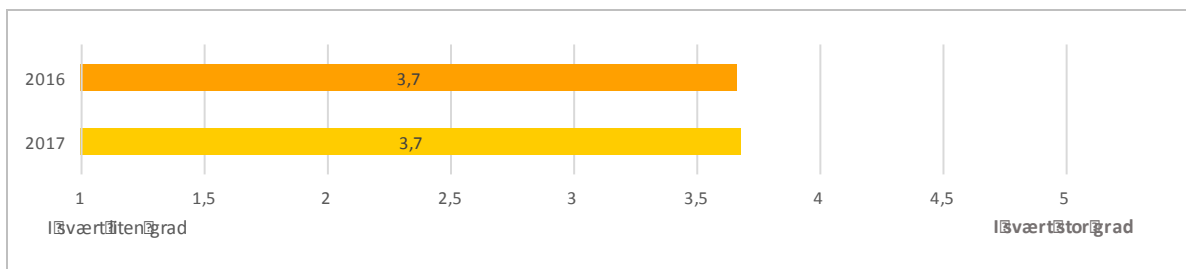
Figur 5-15 Kan du angi i hvilken grad innspillene som ble gitt om brukers situasjon og hva som var viktig for bruker ble tatt med i kommunens vurdering av saken?

Figur 5-16 viser pårørendes svar på om de oppfatter at kommunen innhentet informasjon fra en tredjepart som var viktig for vurderingen av søknaden. Et flertall opplever at kommunen i ganske stor eller i svært stor grad innhentet tredjepartinformasjon som var viktig for vurderingen.



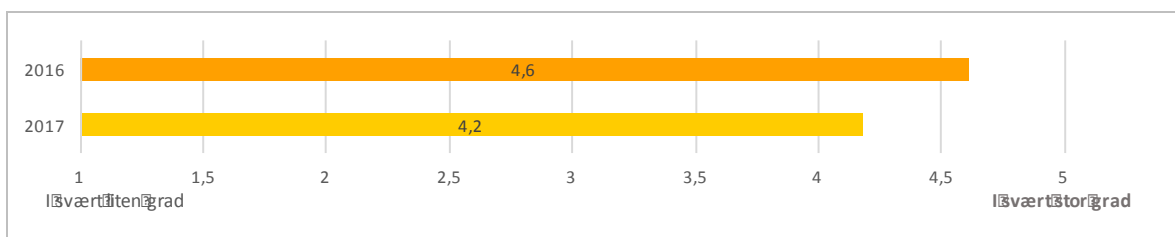
Figur 5-16 Kan du angi i hvilken grad du opplevde at personene som vurderte søknaden/det meldte hjelpebehovet, hentet inn nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart, slik som dokumentasjon fra fastlege, pårørende eller andre, som var viktig for vurderingen av søknaden?

Figur 5-17 viser respondentenes svar på om de opplever at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester, altså at like tilfeller behandles likt. Selv om de fleste opplever at kommunen ivaretar likebehandlingsprinsippet, er den totale poengsummen den laveste blant spørsmålene som ble stilt. Ganske mange svarer også "vet ikke", henholdsvis 37 prosent i 2016 og 30 prosent i 2017, noe som kanskje heller ikke er så overraskende med tanke på at mange pårørende trolig ikke har oversikt tildelingsprosessene for andre brukere.



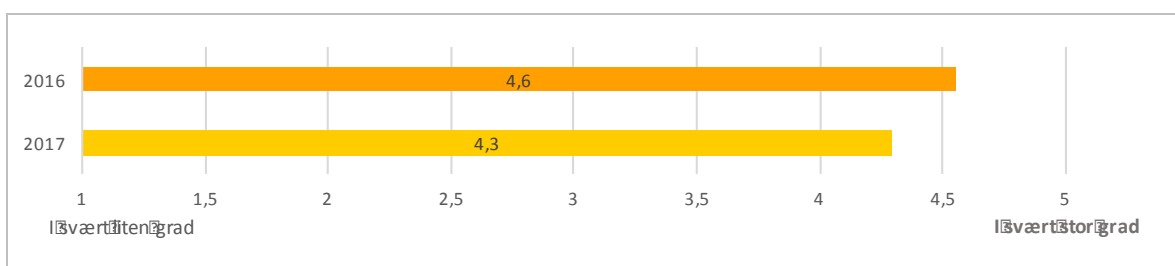
Figur 5-17 I hvilken grad mener du kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildelingen av tjenester?

Figur 5-18 viser pårørendes svar på om de opplevde at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen. Svarene som gis er blant de mest positive, og nesten alle respondentene oppfatter at de ansatte i ganske stor eller i svært stor grad hadde den rette kompetansen. Den totale poengsummen er litt lavere i 2017 enn i 2016. Rundt 20 prosent svarer 'vet ikke' begge år.



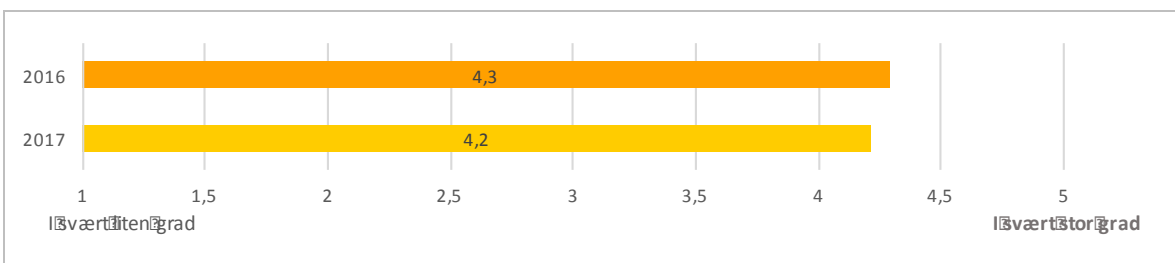
Figur 5-18 Siste gang du bistod brukeren med å søke om en tjeneste. I hvilken grad opplevde du at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen?

Figur 5-19 viser respondentenes svar på om de alt i alt er fornøyd eller misfornøyd med kommunens håndtering av brukerens siste søknad. Dette er spørsmålet hvor respondentene har gitt mest positive svar, hhv 4,6 og 4,3 for 2016 og 2017.



Figur 5-19 Alt i alt. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med kommunens håndtering av brukerens siste søknad?

Figur 5-20 viser de pårørendes svar på om de samlet sett synes kommunens tjenester dekker brukerens hjelpebehov. Også her har respondentene positive opplevelser av kommunen, og resultatene viser at de i stor grad opplever at behovet blir dekket.



Figur 5-20 Når du tenker på tjenesten(e) bruker mottar fra kommunen samlet sett, i hvilken grad vil du si at dette dekker brukers (hjelpe)behov?

På alle spørsmålene som ble stilt har et flertall av de pårørende positive opplevelser av kommunens håndtering. Ingen av spørsmålene får mer enn fire svar som er negative. Selv om resultatene ikke skal overdrives, har kommunene mulighet til å forbedre seg, spesielt med tanke på å ta hensyn til hva som er viktig for brukere og likebehandling av brukere.

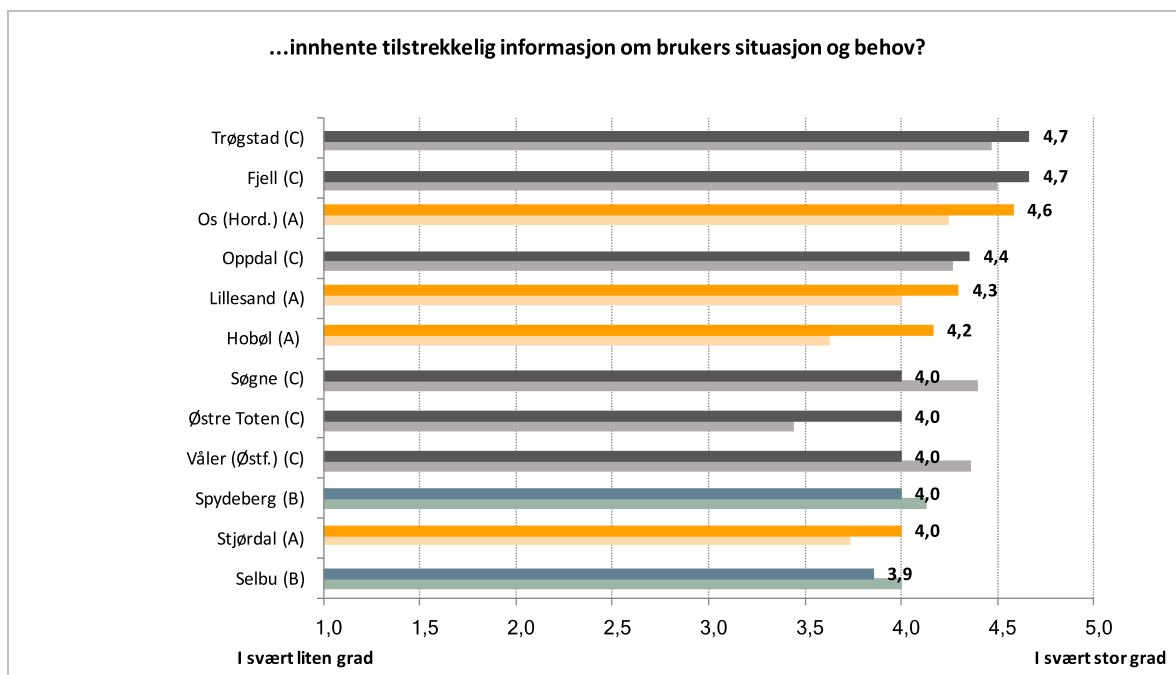
5.3.3 Ansattes vurdering av brukermedvirkning i tildelingsprosessen

I 2016 svarte et flertall av respondentene at de opplevde at kommunen i ganske eller svært stor grad innhentet informasjon om brukers situasjon og behov, og hva som var viktig for bruker, samt at de trakk inn pårørende når det var relevant.

Figur 5-21 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov. A-kommunene har fått gule søyler, B-kommunen blå søyler og C-kommunene grønne søyler. Den øverste søylen for hver kommune representerer

svarene fra 2017 med en poengsum som representerer en skala fra 1 = *I svært liten grad* til 5 = *I svært stor grad*.

Overordnet ser vi at de ansatte opplever at kommunene i ganske stor eller stor grad innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov. Poengsummene varierer mellom 4,7 og 3,9. Vi ser at samtlige av A-kommunene har en økt poengsum i 2017 sammenlignet med 2016. C-kommunene gir selv selv 4,0 poeng eller høyere, mens B-kommunene gir seg selv 4,0 eller lavere, og med en liten nedgang i 2017.



Figur 5-21 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

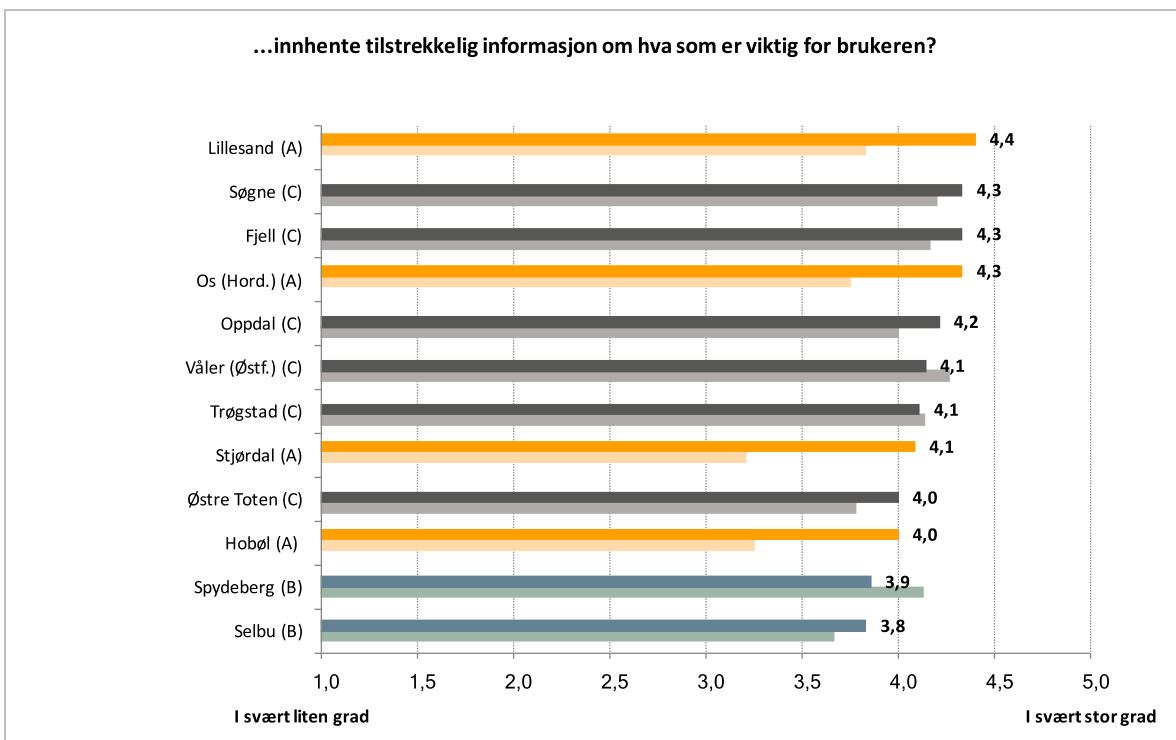
Vi stilte også spørsmål til de ansatte om hvor vanlig er det å ha minst ett møte/en samtale med nye brukere før de får tildelt den første pleie-/omsorgstjenesten. For de aller fleste av tjenestene vi listet opp, dvs. helsetjenester i hjemmet, plass på institusjon, brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn, avlastning, dag-/aktivitetstilbud, omsorgsbolig og tjenester for funksjonshemmede, svarer et klart flertall av de ansatte at de alltid eller som regel har et møte eller en samtale med nye brukere. Blant A- og B-kommunene skiller rehabilitering seg noe ut, hvor nesten 30 prosent svarer at de *av og til* eller *sjelden* gjør dette. Blant C-kommunene skiller dag-/aktivitetstilbud seg noe ut, hvor nesten 25 prosent svarer at de *av og til* eller *sjelden* gjør dette.

Informasjon om hva som er viktig for bruker

Spørsmålet om hva som er viktig for brukeren representerer ifølge flere informanter en ny måte å tenke tildeling av tjenester på. Der man tradisjonelt har bedt brukeren velge hvilken tjeneste han/hun ønsker å søke på, tas det utgangspunkt i hva som er brukerens egentlige behov. F.eks., hvis det grunnleggende problemet for en bruker er ensomhet, vil det kanskje 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.

Figur 5-22 viser svarene på om de ansatte oppfatter at kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for bruker. Jevnt over oppfatter de ansatte at kommunene i ganske eller stor grad gjør dette, og poengsummene varierer mellom 4,4 og 3,8, så det er

forholdsvis små forskjeller mellom kommunene. Samtlige A-kommuner gir seg en høyere poengsum i 2017 sammenlignet med 2016. B- og C-kommuner ligger stabilt sammenlignet med 2017.

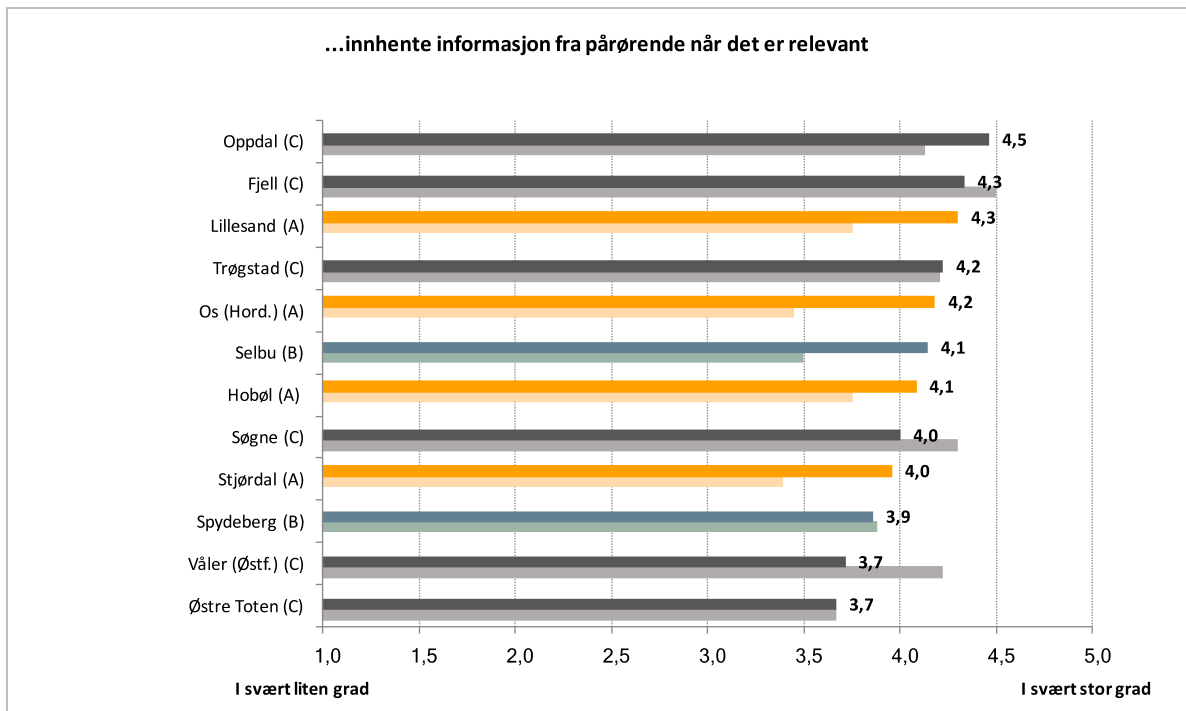


Figur 5-22 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for brukeren, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

Innhenting av informasjon fra pårørende

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

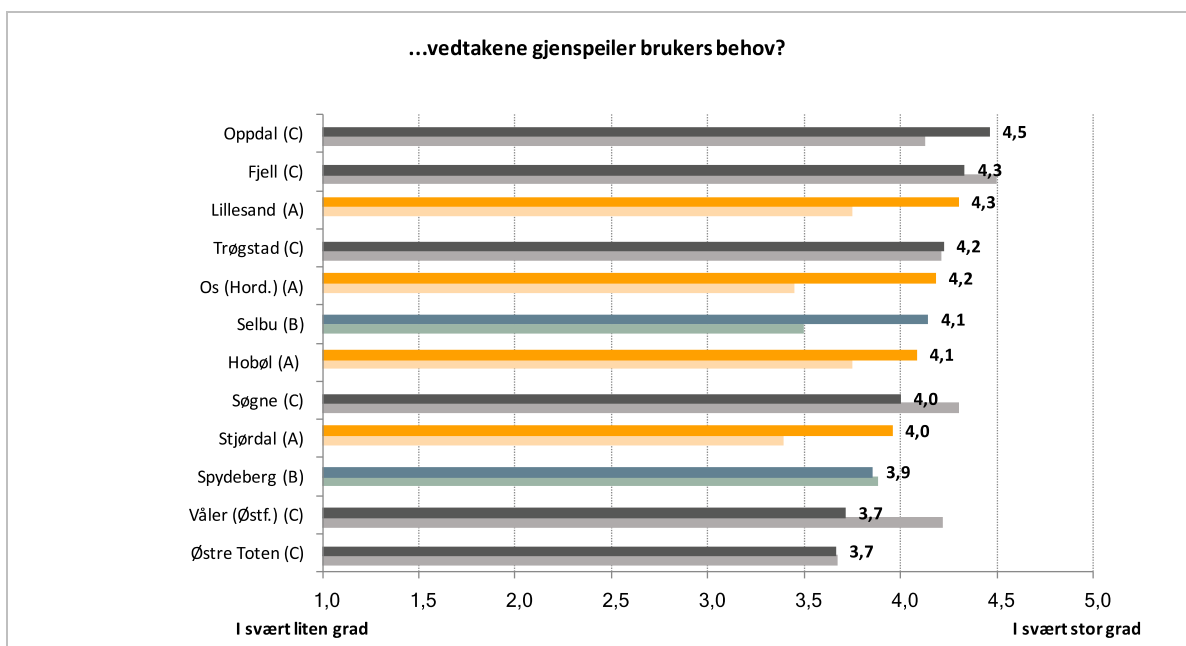
Figur 5-23 viser ansattes svar på hvorvidt de oppfatter at kommunen innhenter informasjon fra pårørende når det er relevant. Poengsummene varierer fra 3,7 til 4,5, som også er forholdsvis moderat variasjon. A-kommuner kommer en del bedre ut i 2017 sammenlignet med 2016. C-kommunene ser ut til å ha tapt noe av forspranget de hadde 2016 sammenlignet med de andre kommunene, og fordeler seg jevnt fra topp til bunn.



Figur 5-23 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen innhenter informasjon fra pårørende når det er relevant, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

Vedtak som gjenspeiler brukers behov

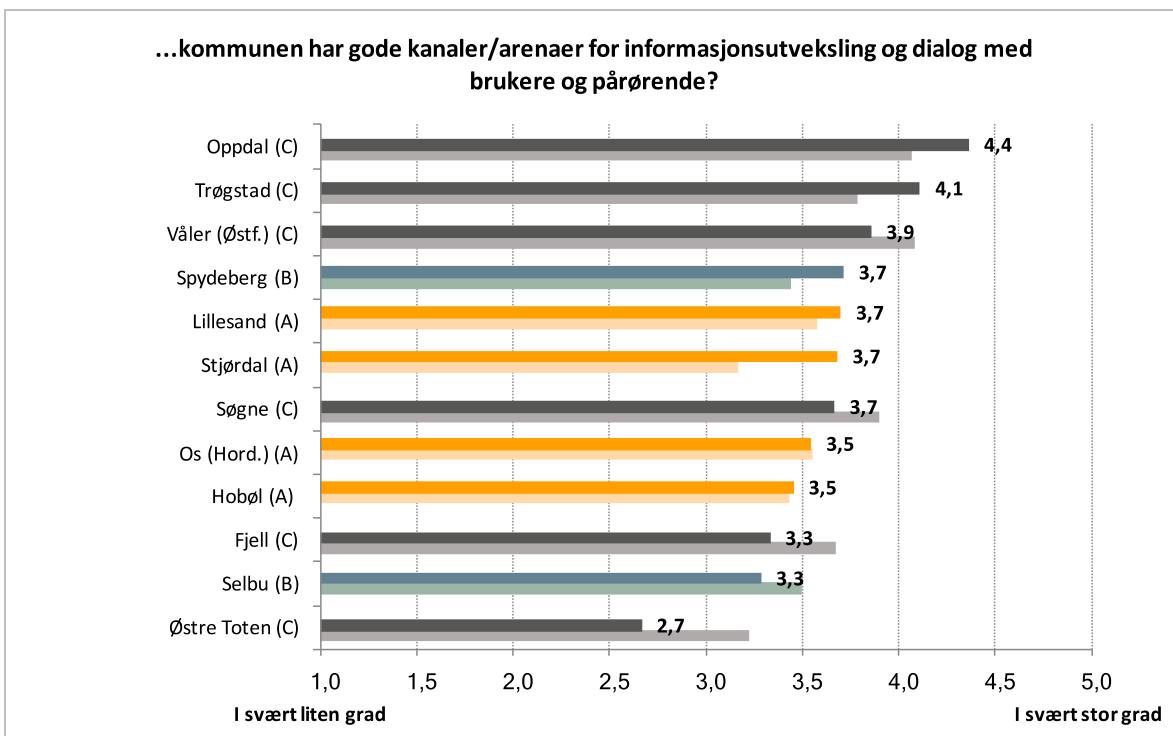
Figur 5-24 viser ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak gjenspeiler brukers behov. Overordnet opplever de fleste at vedtakene i ganske eller stor grad gjør dette, og poengsummene varierer mellom 4,5 og 3,7, som er en forholdsvis liten variasjon. Oppdal gir seg selv den høyeste scoren, og Østre Toten den laveste. Også på dette område vurderer A-kommunene seg bedre i 2017 sammenlignet med 2016. For B- og C-kommunene går endringene begge veier.



Figur 5-24 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak gjenspeiler brukers behov, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.3.4 Arenaer for informasjon og dialog med brukere og pårørende

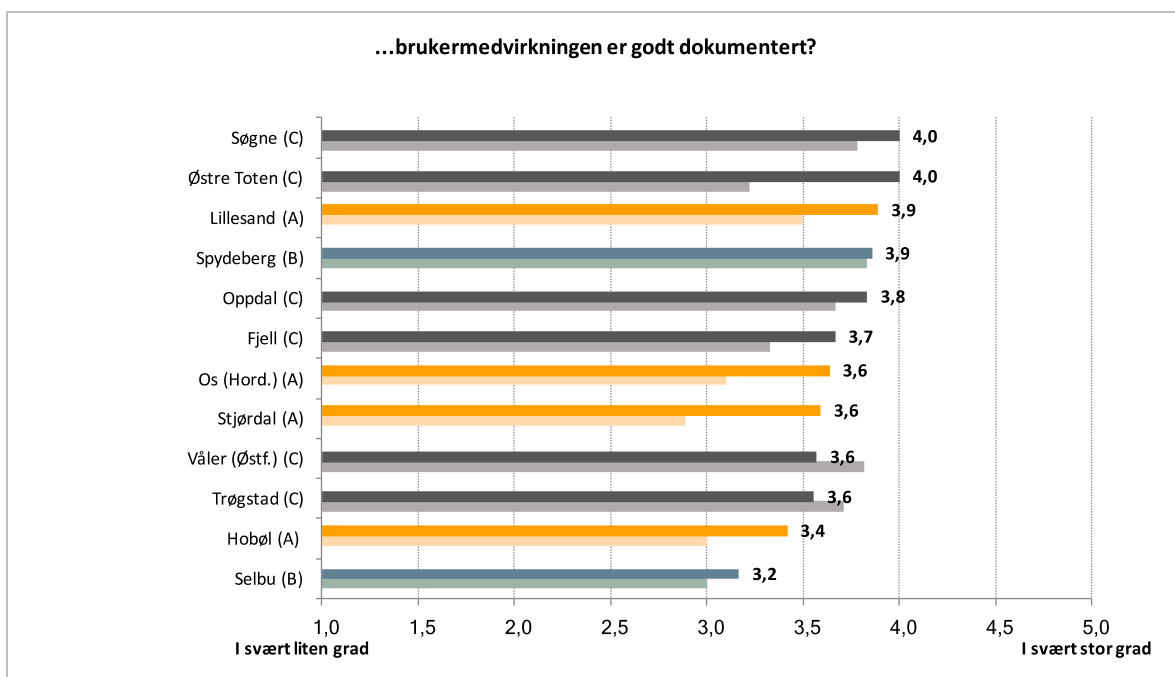
Figur 5-25 viser ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende. Poengsummene varierer en god del, og Oppdal og Østre Toten peker seg spesielt ut som de som oppnår høyeste og laveste score. Østre Toten har en klar tilbakegang siden i fjor.



Figur 5-25 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.3.5 Dokumentert brukermedvirkning

Figur 5-26 viser svar på om de ansatte oppfatter at brukermedvirkningen er godt dokumentert. Kommunene scorer mellom 4,0 og 3,2 som er noe lavere sum enn for de andre spørsmålene. Søgne og Østre Toten gir seg høyest poengsum, mens Selbu og Hobøl gir seg lavest. Samtlige A-kommuner gir en bedre poengsum i 2017 sammenlignet med 2016.



Figur 5-26 Ansattes svar på om de oppfatter at brukermedvirkningen er godt dokumentert, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.4 Kompetanse og samhandling

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

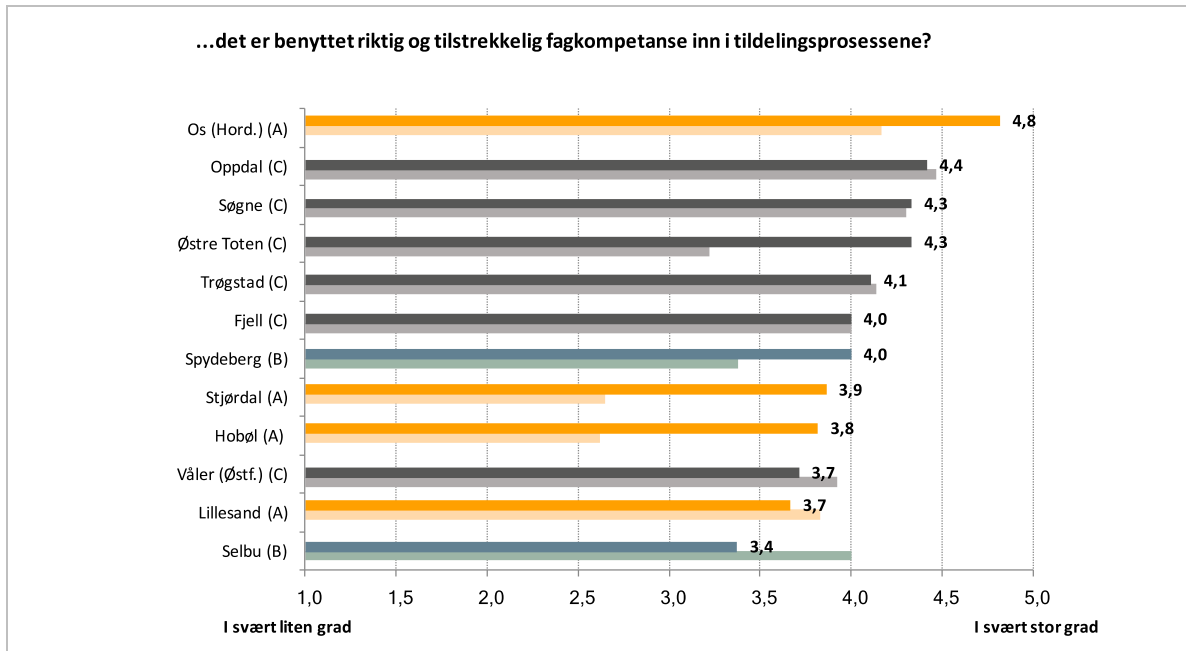
- ▶ fagkompetanse og samhandling i tildelingsprosessene
- ▶ kvalitet på saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige
- ▶ innhenting av informasjon fra tredjepart
- ▶ ressurser i tildeling av tjenester

5.4.1 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.

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

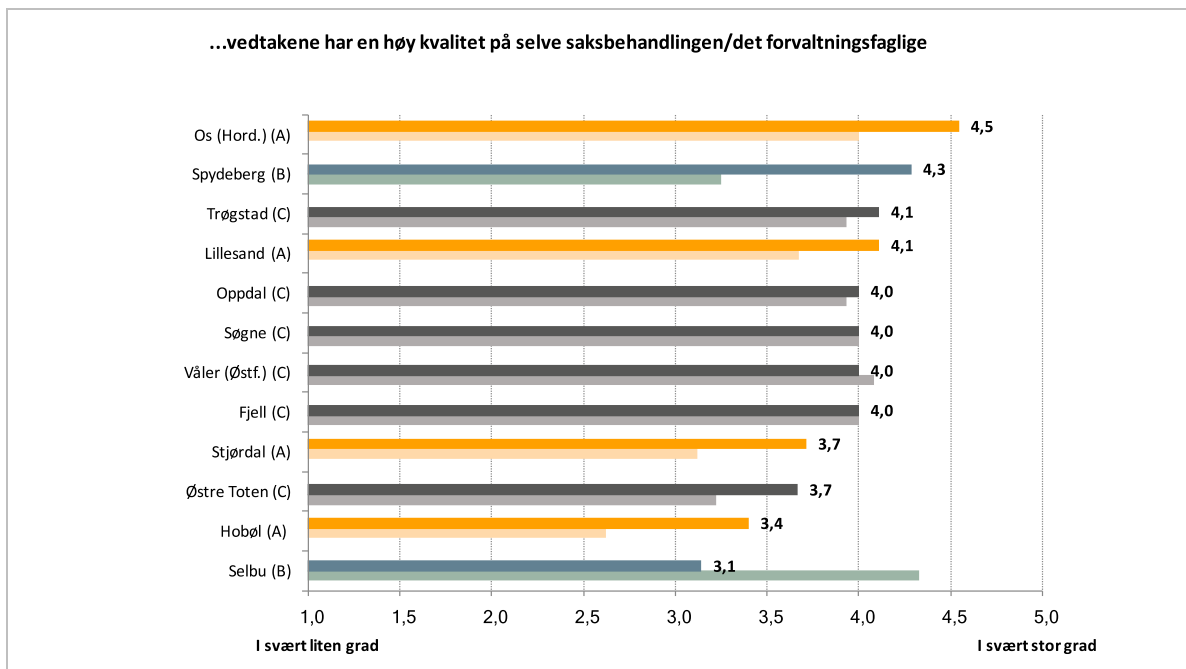
Figur 5-27 viser de ansattes svar på om de oppfatter at det er benyttet riktig og tilstrekkelig fagkompetanse inn i tildelingsprosessene. Os gir seg selv høyest poengsum med 4,8 og Selbu gir seg selv lavest med 3,4.



Figur 5-27 Ansattes svar på om de oppfatter at det er benyttet riktig og tilstrekkelig fagkompetanse inn i tildelingsprosessene, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.4.2 Forvaltningsfaglig kvalitet på vedtak

Figur 5-28 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak har en høy kvalitet på selve saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige. Resultatene viser at det er til dels stor variasjon i hvordan de ansatte oppfatter dette, og poengsummene varierer mellom 4,5 og 3,1. Os plasserer seg øverst, mens Selbu plasserer seg lavest, og gir seg selv en vesentlig lavere score i 2017 sammenlignet med 2016. Samtlige av A-kommunene får høyere poengsum i 2017.



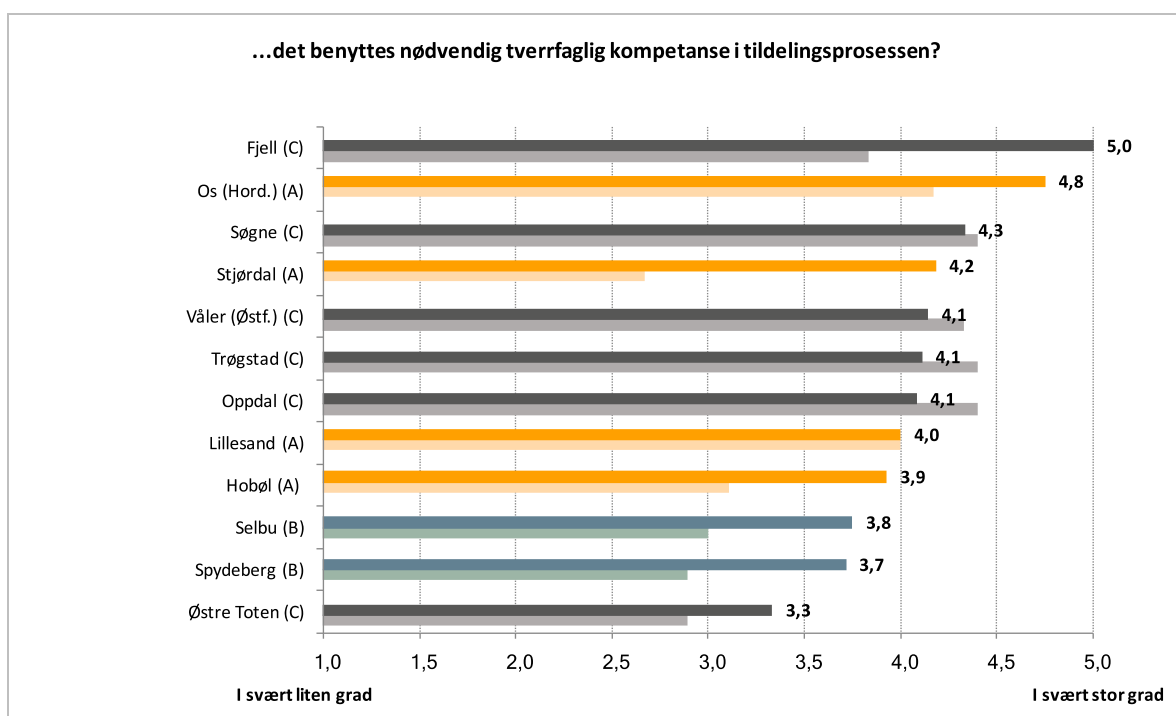
Figur 5-28 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak har en høy kvalitet på selve saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.4.3 Bruk av tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen

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

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

Figur 5-29 viser de ansattes svar på om de oppfatter at det benyttes nødvendig tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen. De fleste kommunene oppfatter at dette gjøres i dag. Østre Toten er mest kritisk til dette, mens Fjell opplever at det i svært stor grad benyttes tverrfaglig kompetanse.



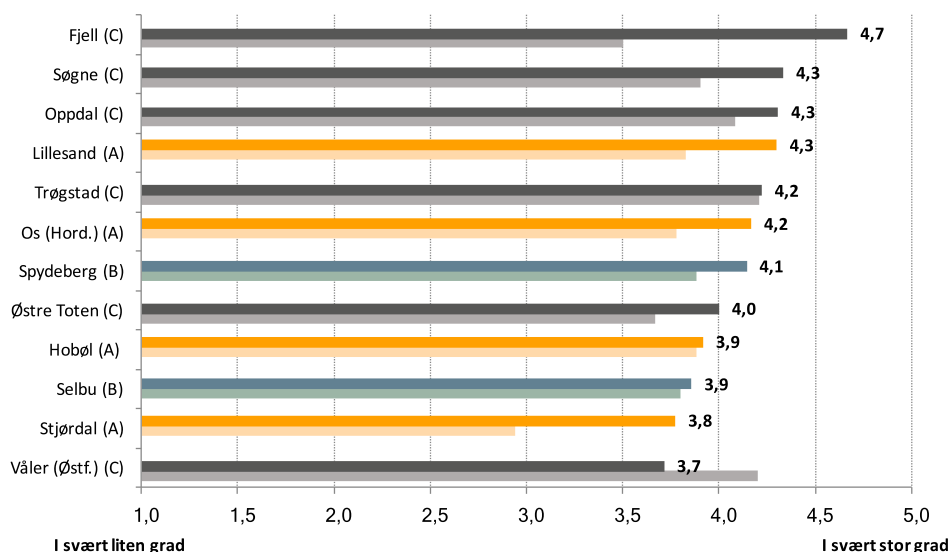
Figur 5-29 Ansattes svar på om de oppfatter at det benyttes nødvendig tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.4.4 Rutiner for samhandling med relevante kompetansemiljøer

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

Figur 5-30 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart. Poengsummen varierer fra 4,7 til 3,7, med Fjell på høyest poengsum og Våler med lavest. Samtlige A-kommuner gir en høyere poengsum i 2017 sammenlignet med 2016.

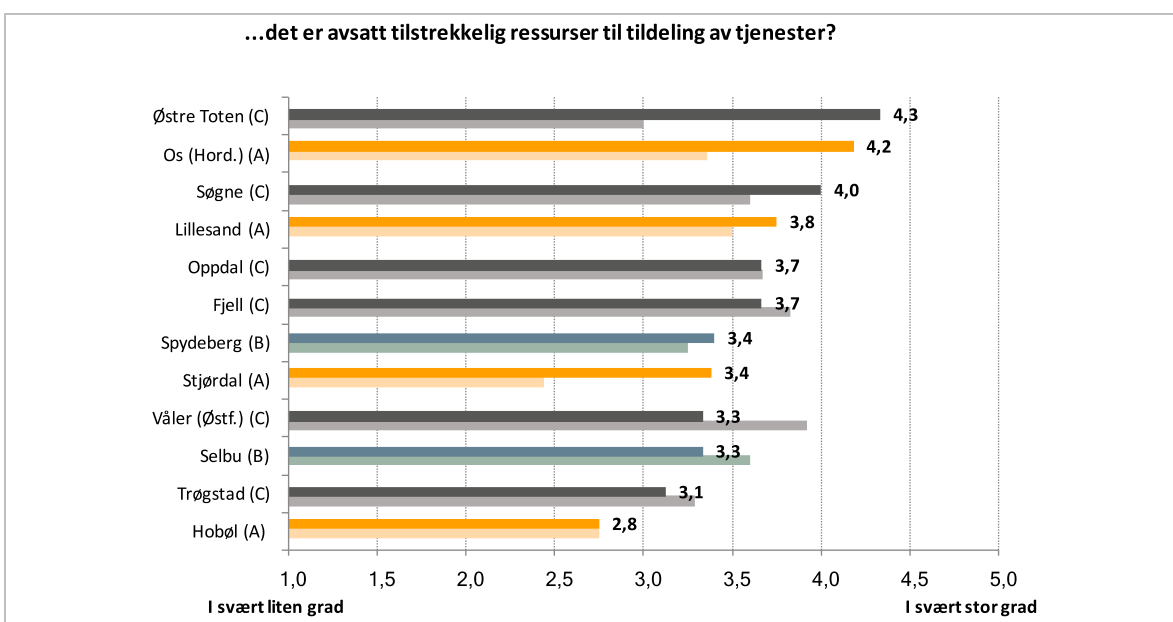
...innhente nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart (f.eks utførerenheter, fastlege, spesialisthelsetjeneste)?



Figur 5-30 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart (f.eks. utførerenheter, fastlege, spesialisthelsetjeneste), 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.4.5 Kapasitet i tildelingsprosessen

Ressurser er naturligvis en sentral forutsetning for å få til gode tildelingsprosesser. Figur 5-31 viser svarene fra spørreundersøkelsen til de ansatte på om de oppfatter at det er avsatt tilstrekkelige ressurser til tildeling av tjenester. Kommunene varierer mellom scorer på 4,3 og 2,8, som er noe lavere enn for de andre spørsmålene, samt en forholdsvis stor variasjon. Østre Toten og Os gir seg selv høyest score med hhv. 4,3 og 4,2, og har begge en betydelig økning fra 2016 til 2017. Hobøl får en samlet poengsum på 2,8 og er den eneste av A-kommunene som ikke opplever bedring fra i fjor.



Figur 5-31 Ansattes svar på om de oppfatter at det er avsatt tilstrekkelige ressurser til tildeling av tjenester, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

Tabell 5-12 viser utvikling av antall årsverk i tildelingsenhetene. Endringen i hvordan kommunen vurderer egen kapasitet virker å samsvare med utviklingen i faktiske årsverk. Mange av kommunene der de ansatte vurderer at kapasiteten har bedret seg (Os, Stjørdal, Østre Toten, Lillesand) har også hatt en faktisk vekst i antall årsverk. Likeledes har de kommunene som scorer lavere på kapasitet enn tidligere (Våler, Selbu) hatt en nedgang i antall årsverk.

Tabell 5-12 Antall årsverk i tildelingsenheten, utvikling jan. 2016-sept. 2017. Kilde: Kommunenes egen rapportering

Kommune	jan. 16	sep. 16	sep. 17
Hobøl	2,50	2,50	2,60
Lillesand	5,30	5,30	6,40
Os	8,00	9,50	10,50 ¹⁰
Stjørdal	11,20	11,40	12,00
Selbu	1,50	1,50	1,10
Spydeberg	2,00	3,60	2,80
Fjell			
Oppdal			
Søgne	4,85	4,85	4,00
Trøgstad			
Våler	3,00	3,50	2,50
Østre Toten	9,30	10,30	10,30
A Totalt	27,00	28,70	31,50
B Totalt	3,50	5,10	3,90
C Totalt	17,15	18,65	16,80
Totalt alle kommuner	47,65	52,45	52,20

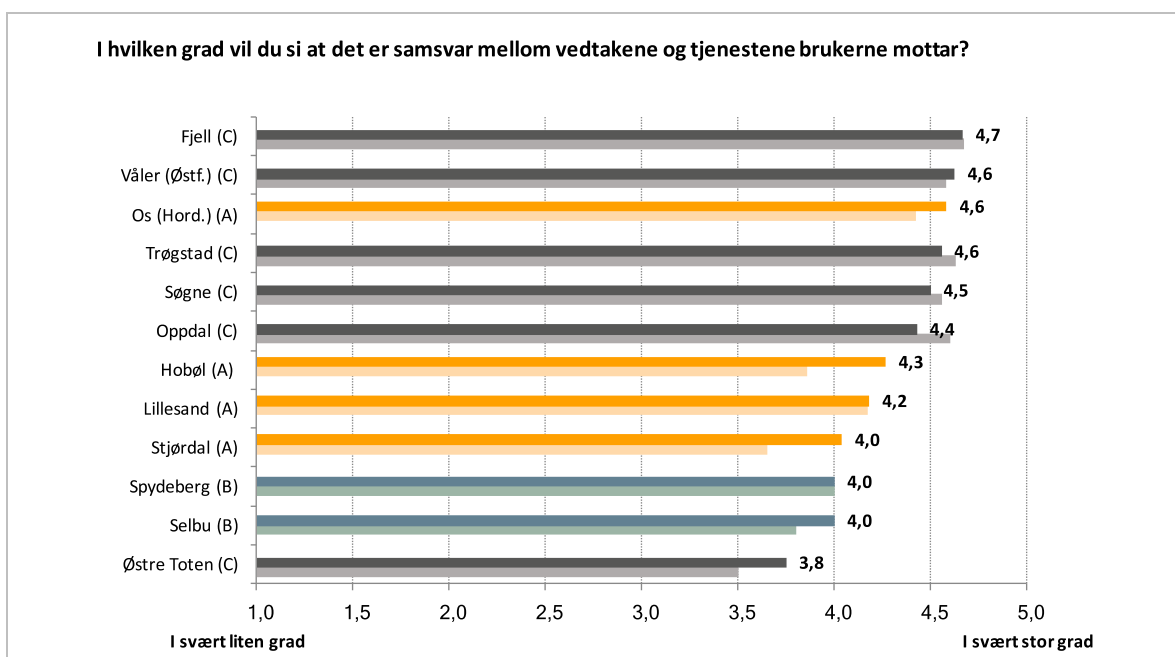
5.5 Rutiner og verktøy

5.5.1 Forhold mellom vedtak og faktisk utførte tjenester

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

Figur 5-32 viser de ansattes svar på i hvilken grad de oppfatter samsvar mellom de vedtak som fattes og de tjenestene brukerne mottar. Overordnet opplever de ansatte i kommunen at det i ganske stor eller stor grad er samsvar mellom vedtak og utførte tjenester, med en score mellom 4,7 og 3,8. Bortsett fra Østre Toten gir C-kommunene seg selv stabilt høy poengsum begge år. Alle A-kommunene gir seg selv en bedre poengsum i 2017 enn i 2016.

¹⁰ Inkluderer et årsverk i økonomiavdelingen dedikert til SIO

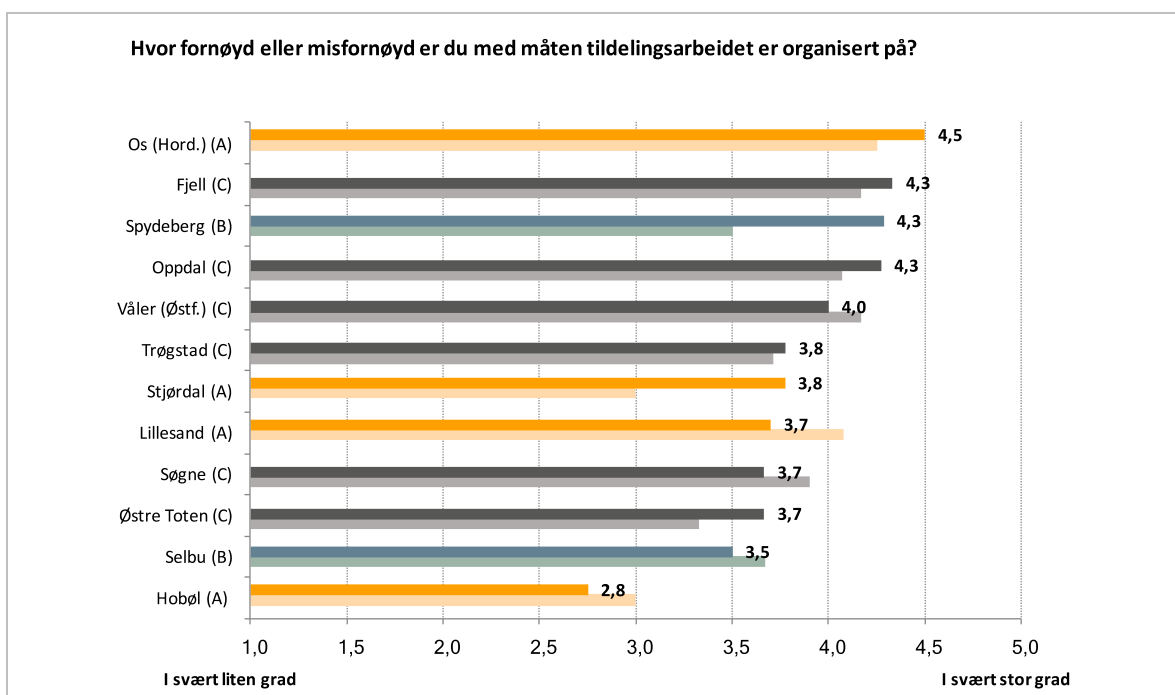


Figur 5-32 Ansattes svar på i hvilken grad de oppfatter at det er samsvar mellom vedtakene og tjenestene brukerne mottar, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.5.2 Organisering av tildelingsprosessen

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

Figur 5-33 viser de ansattes svar på hvor fornøyd eller misfornøyd de er med måten tildelingsarbeidet er organisert på. Selv om de fleste hovedsakelig er fornøyd, varierer scorene mellom kommunene forholdsvis mye, fra 4,5 i Os til 2,8 i Hobøl. Det er ingen tydelig trend i med hensyn til endring fra i fjor, noen gir en høyere score og noen gir lavere.

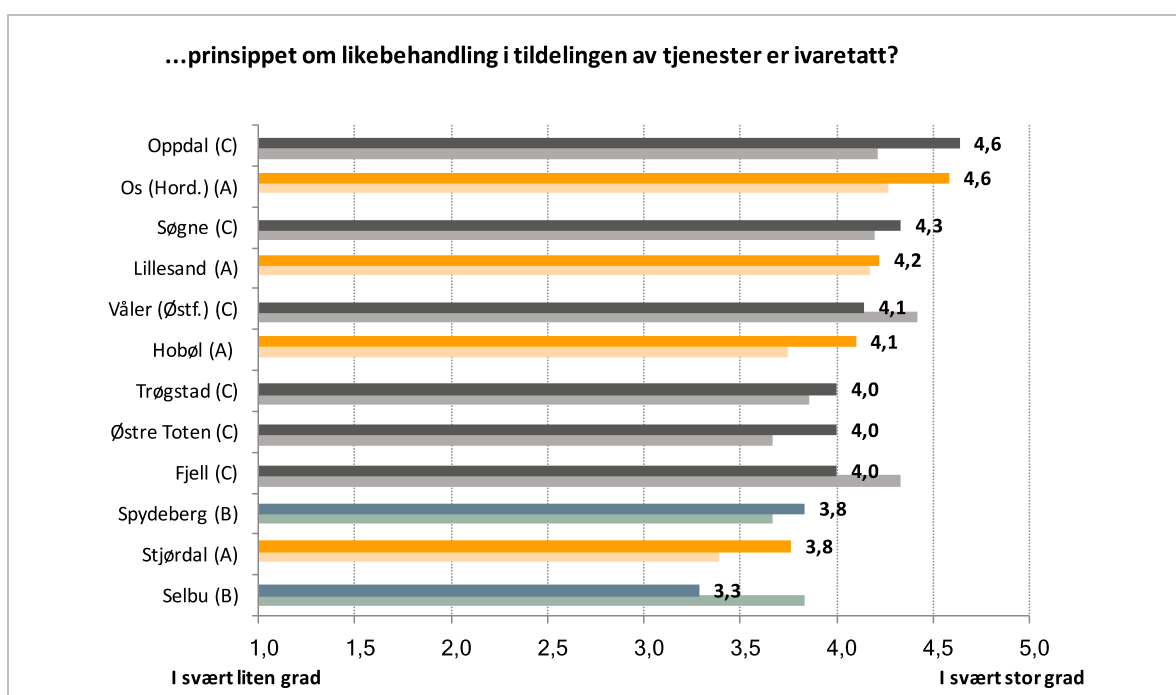


Figur 5-33 Ansattes svar på hvor fornøyd eller misfornøyd de er med måten tildelingsarbeidet er organisert på, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.5.3 Opplevd likhet i tildelingsprosessen

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

Figur 5-34 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenestetildelingen. Poengsummene varierer mellom 4,6 og 3,3. Oppdal og Os gir seg selv best score og Selbu, Stjørdal og Spydeberg gir seg selv lavest. Samtlige A-kommuner har en økning fra 2016 til 2017.

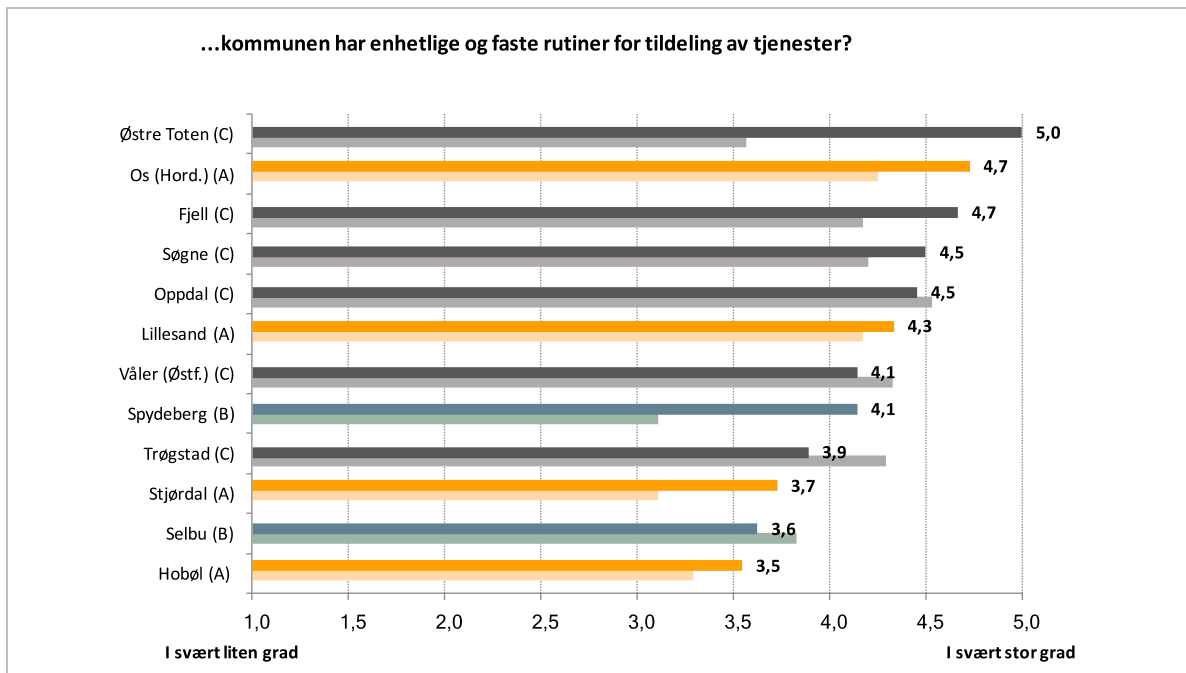


Figur 5-34 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.5.4 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.

Figur 5-35 viser de ansatte svar på om de oppfatter at kommunen har enhetlige og faste rutiner for tildeling av tjenester. Mange av de ansatte gir kommunen høy score på dette, selv om det er en del variasjon mellom dem. Østre Toten gir seg selv høyest score med 5,0, altså høyeste mulige score. Hobøl gir seg selv lavest score med 3,5. Alle A-kommunene har en økt score fra 2016 til 2017.

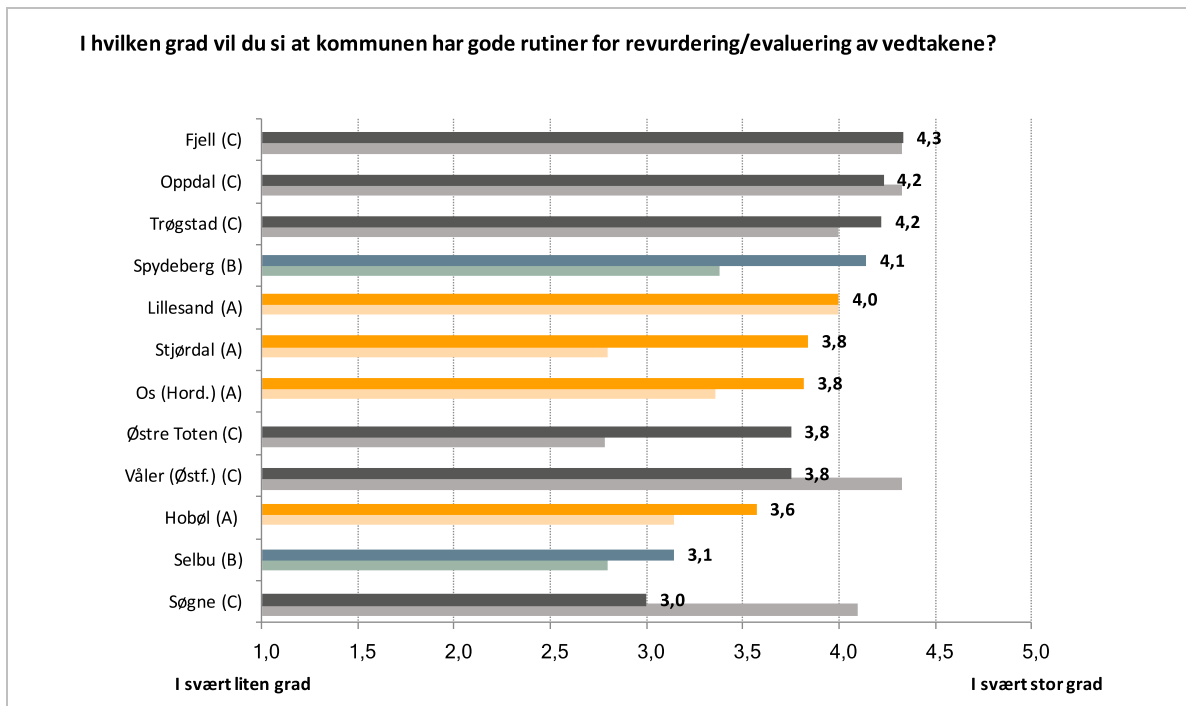


Figur 5-35 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har enhetlige og faste rutiner for tildeling av tjenester, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.5.5 Rutiner for revurdering av vedtak

Gode rutiner for revurdering av vedtak er viktig fordi brukernes behov i mange tilfeller varierer over tid. F.eks. vil en person som nettopp er utskrevet fra sykehus gjerne trenge mye oppfølging i starten, som kanskje kan justeres ned ettersom situasjonen bedrer seg. Rutiner for revurderingen av vedtak kan sikre at det er best mulig samsvar mellom vedtak og faktisk utførte tjenester, og at brukeren til enhver tid får vedtak som er tilpasset situasjonen der og da.

Figur 5-36 viser ansattes svar på spørsmålet om i hvilken grad de vurderer at kommunen har gode rutiner for revurdering/evaluering av vedtakene. C-kommunene Fjell, Oppdal og Trøgstad opplever at de har gode rutiner for dette. Spydeberg har en sterk økning fra 3,4 til 4,1. Også Stjørdal, Os og Østre Toten gir seg selv en betydelig høyere poengsum i 2017, sammenlignet med året før. Nederst ligger Søgne og Selbu, med hhv. 3,0 og 3,1. Søgne har en betydelig lavere poengsum i 2017 sammenlignet med 2016.

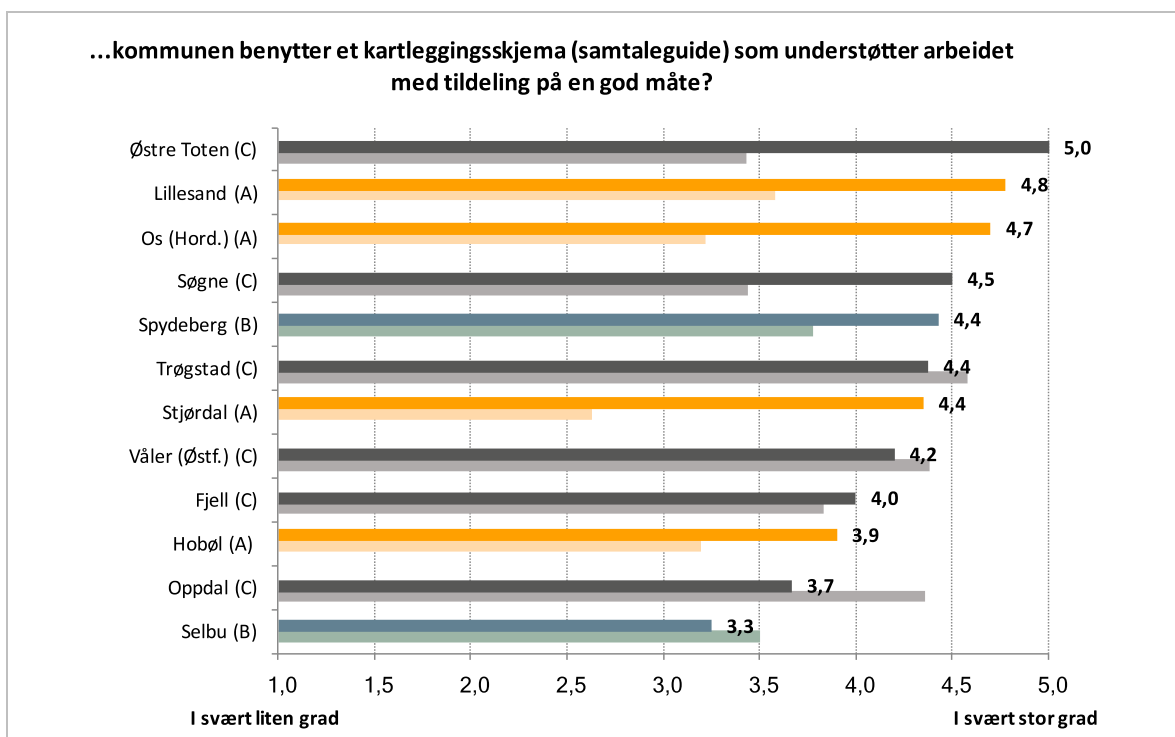


Figur 5-36 Ansattes svar på i hvilken grad de vurderer at kommunen har gode rutiner for revurdering/evaluering av vedtakene, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.5.6 Bruk av kartleggingsskjema i tildelingsprosessen

De fleste av kommunene 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. I forbindelse med SIO-prosjektet har Helsedirektoratet også utviklet et nytt kartleggingsskjema/samtaleguide som kommunene skal bruke i tildelingen.

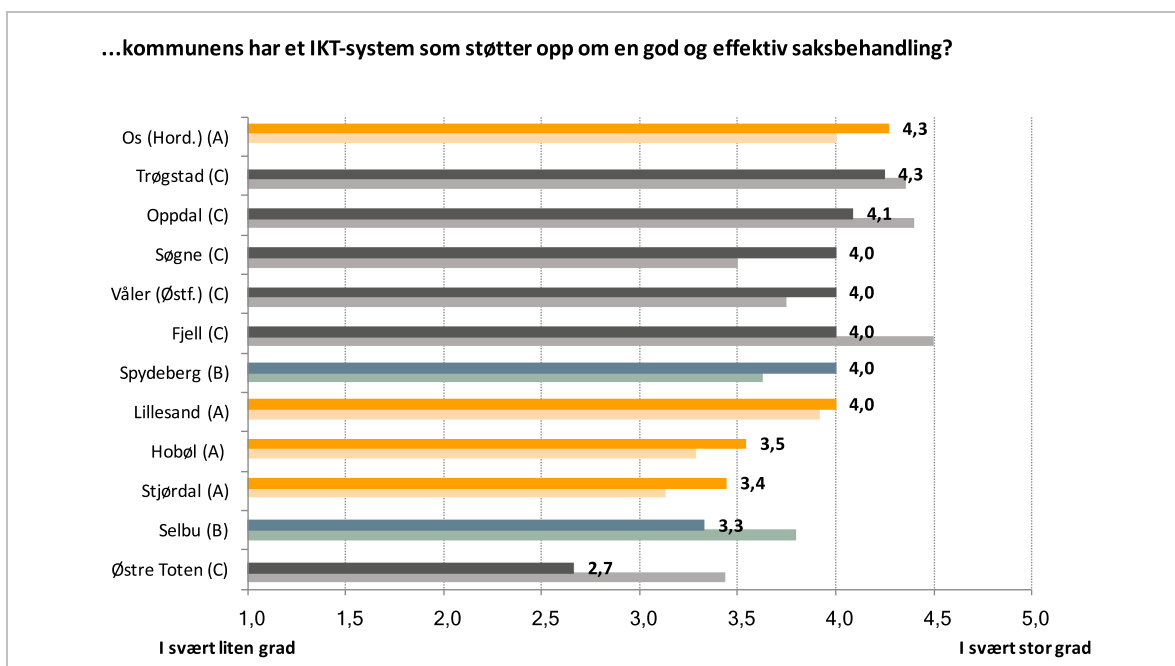
Figur 5-37 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen benytter et kartleggingsskjema som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte. Samtlige A-kommuner har en vesentlig økning på dette spørsmålet. Dette understøtter inntrykket fra intervjuene om at samtaleguidene som har blitt utviklet gjennom forsøket har vært nyttig for kommunene.



Figur 5-37 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen benytter et kartleggingsskjema (samtaleguide) som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.5.7 Kvalitet på IKT-system i tildelingsprosessen

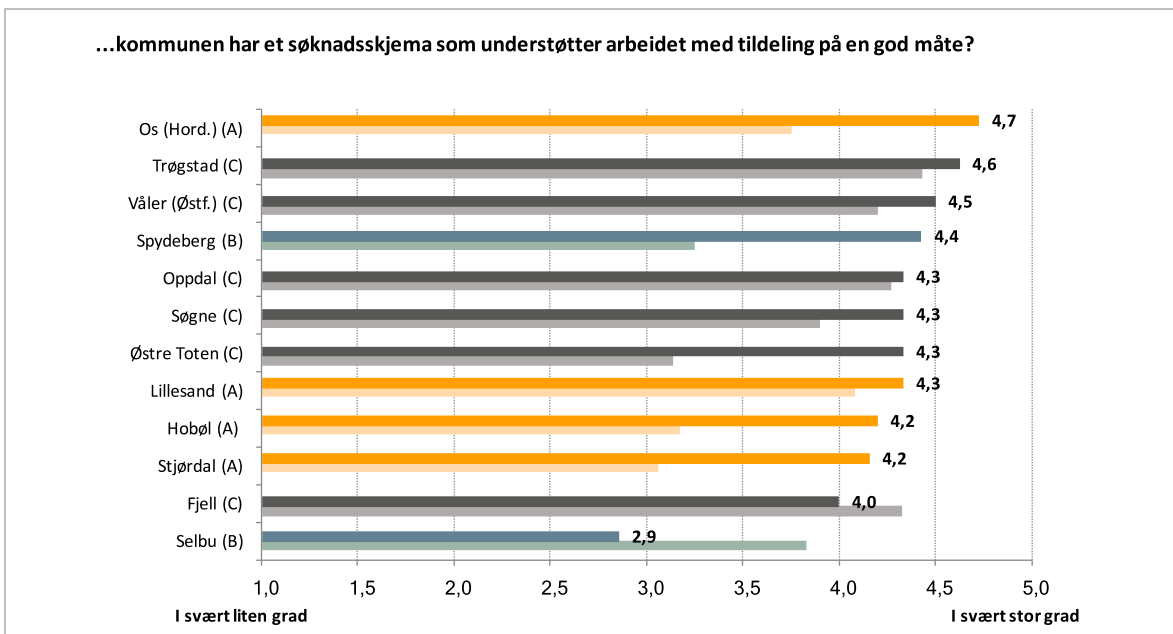
Figur 5-38 viser svar på spørsmål om de ansatte oppfatter at kommunen har et IKT-system som støtter opp om en god og effektiv saksbehandling. Poengsummene varierer fra 4,3 for Os og 2,7 for Østre Toten. Alle A-kommunene får en høyere poengsum i 2017 sammenlignet med 2016.



Figur 5-38 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har et IKT-system som støtter opp om en god og effektiv saksbehandling, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.5.8 Bruk av søknadsskjema i tildelingsprosessen

Figur 5-39 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har et søknadsskjema som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte. Alle kommunene bortsett fra Fjell og Selbu som havner nederst, gir seg selv høyere score på dette spørsmålet i 2017 sammenlignet med 2016. Samtlige A-kommuner opplever en markant forbedring av søknadsskjema, noe som kan henge sammen med det nye skjemaet som ble utviklet og implementert i forbindelse med forsøket.



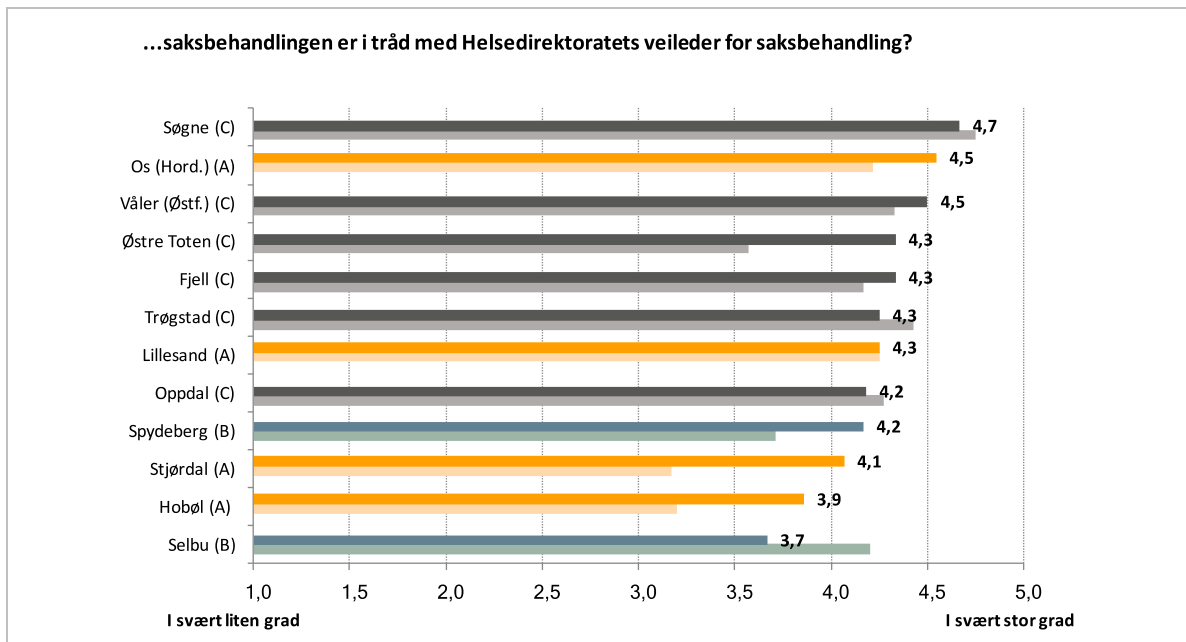
Figur 5-39 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har et søknadsskjema som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

5.5.9 Saksbehandling i tråd med Helsedirektoratets veileder

Helsedirektoratet publiserer veiledere som gir uttrykk for sentrale myndigheters forståelse av god og riktig saksbehandling i helse- og omsorgstjenestene, og omsetter reglene på området til praktisk bruk. Den tidligere veilederen *IS-1040 Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester* ble i februar 2016 erstattet med *IS-2442 Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*.

Saksbehandling i samsvar med veilederen vil derfor være en indikator på hvorvidt kommunen følger gjeldende føringer og praksis på saksbehandling. En svakhet ved spørsmålet er at ikke nødvendigvis alle de ansatte i kommunene er kjent med den nye veilederen.

Figur 5-40 viser de ansattes svar på om de oppfatter at saksbehandlingen er i tråd med veilederen. Poengsummen varierer fra 4,7 til 3,7. Søgne gir seg selv høyest poengsum og Selbu gir seg selv lavest. Bortsett fra Lillesand som ligger stabilt, gir de andre A-kommunene seg selv høyere poengsum i 2017 sammenlignet med 2016.



Figur 5-40 Ansattes svar på om de oppfatter at saksbehandlingen er i tråd med Helsedirektoratets veileder for saksbehandling, 2016 (lys farge) og 2017 (mørk farge)

6 Oppsummering

Dette kapittelet oppsummerer de ulike kildene og vurderer i hvilken grad forsøket har påvirket kommunene.

6.1 Hvordan har forsøket påvirket kommunenes tildelingspraksis?

Et av hovedmålene med forsøket var å gjøre tildelingspraksisen mer profesjonell. Mye tyder på at forsøket så langt har bidratt til en betydelig kvalitetsheving av arbeidet med tildeling av tjenester. Dette avsnittet gjennomgår nærmere hvilke effekter forsøket ser ut til å ha hatt på tildelingsprosessen.

Brukermedvirkningen oppleves som styrket

Individuell brukermedvirkning er styrket i A-kommunene som har tatt i bruk Helsedirektoratets verktøy for tildeling. De ansatte rapporterer at samtalen med bruker er dreid fra tjeneste til behov og at dette gjør at brukerne blir mer aktive i utformingen av tjenesten. Særlig bruk av spørsmålet «hva er viktig for deg?» oppleves som viktig hos de fleste som arbeider med tildeling. De ansatte trekker også fram at brukermedvirkningen blir bedre dokumentert. Disse funnene støttes også av spørreundersøkelsen til de ansatte der alle A-kommunene scorer markant høyere enn året før på spørsmål relatert til brukermedvirkning. Brukermedvirkning på systemnivå er imidlertid lite endret.

Brukeres og pårørendes opplevelse av brukermedvirkning ser ikke ut til å ha blitt endret som følge av forsøket. En mulig forklaring kan være at utvalget brukere/pårørende er relativt lite, og at de ikke nødvendigvis har samme oppfattelse som de ansatte av hva brukermedvirkning burde være.

Økt kompetanse og samhandling i forsøkskommunene

De fleste A-kommunene har valgt å rekruttere slik at de har fått større faglig bredde i teamet. Samarbeidet med de ansatte i økonomifunksjonen er blitt styrket av at det er blitt en klarere sammenheng mellom behov, tjenester og ressursbehov. Informanter i kommunenes økonomiavdelinger trekker fram at de har fått en langt bedre oversikt over helse- og omsorgsfeltet enn de hadde tidligere. Ansatte i tjenestene opplever det som nyttig at ansatte fra økonomifunksjonen kan bidra mer enn før. Kommuneledelsen i samtlige A-kommuner verdsetter denne styringsinformasjonen i en sektor hvor det tidligere har vært vanskelig å fremskaffe god styringsinformasjon.

A-kommunene melder om mer arbeid enn tidligere, og disse kommunene har i snitt økt sine tildelingsenheter med om lag ett årsverk. I tillegg benyttes kommunens øvrige støtteapparat i større grad enn tidligere. Samarbeidet med utførerenheter og eksterne aktører (f.eks. spesialisthelsetjenesten, NAV mv.) har i liten grad blitt påvirket av forsøket.

Tildelingsenhetene i A-kommunene opplever seg selv som styrket som følge av forsøket. Både intervjuer og spørreundersøkelsen bekrefter at A-kommunene har opplevd at tildelingsprosessen blir bedre gjennom at den har blitt mer tverrfaglig og forvaltningsfaglig bedre. For B-kommunene er det ingen tydelige endringer.

Samtaleguide og nytt søknadsskjema oppleves som nyttig

De fleste som er involvert i tildelingsprosessen opplever den nye samtaleguiden som nyttig, da den gjør at kommunen i større grad er nødt til å sette seg inn i brukerens behov. Noen opplever det som krevende at de må stille så mange spørsmål, og at det skapes en forventning om at

kommunen skal tildele på en helt annen måte. Spørreundersøkelsen til de ansatte understøtter inntrykket av at de ansatte opplever samtaleguiden som et svært viktig verktøy.

Det nye søknadsskjemaet som er utarbeidet i forbindelse med forsøket oppleves også som forbedret, og de fleste virker å være enige i at det er hensiktsmessig å ikke la brukeren søke direkte om tjenester.

Når det gjelder sjekklisterne utarbeidet gjennom forsøket beskrives disse derimot som unødvendige, og uten særlig merverdi for prosessen.

Mer profesjonell vedtakspraksis

SIO har ført til at vedtak har et mer enhetlig format enn før, og en del mener at begrunnelsen for vedtakene kommer klarere fram. Kommunene opplever at de har blitt flinkere til å revurdere vedtak, slik at vedtakene til enhver tid stemmer med det som blir utført. Det er imidlertid varierende hvorvidt A-kommunene anser at det har blitt bedre samsvar mellom vedtak og tjenester eller ikke, da mange mente at det var godt samsvar tidligere også.

Oppryddingen som har blitt gjort i koder og den løpende rapporteringen som skjer til Helsedirektoratet har hevet kvaliteten på dataene, og gjør at kommunene i større grad enn tidligere stoler på egen vedtaksstatistikk. Nye verktøy gjør det også enklere å sammenholde vedtak og timelister, noe som gir en viss kontroll med at vedtak faktisk gjennomføres.

6.2 Hvordan har forsøket påvirket kommunenes tjenester?

I det følgende vurderes det hvorvidt forsøket har påvirket hvilke og hvor mye tjenester kommunen tilbyr. Vi understreker at det er tidlig i forsøket, og at tallmaterialet for den innledende perioden ikke nødvendigvis er sammenlignbart. Det er derfor krevende å trekke tydelige konklusjoner på nåværende tidspunkt.

Sterk vekst i antall eldre

De fire A-kommunene er preget av en sterk vekst i aldersgruppene som har behov for pleie- og omsorgstjenester. For de fire kommune er det i perioden fra 2014 til 2020 beregnet en vekst i behovet som følge av demografisk utvikling på 3,2 prosent i gjennomsnitt per år. Lavest nivå har Stjørdal med 2,5 prosent, og høyest nivå har Os med 4,2 prosent. Denne veksten vil det være viktig å ta høyde for når kommunens utvikling i tjenester og ressursbruk analyseres fremover.

Den langsiktige trenden for utviklingen av tjenestene fortsetter ikke helt som før

Den langsiktige trenden i hele Norden går i retning av at flere får et tilbud i eget hjem og færre som får tilbud på institusjon. Før forsøket startet var det også en tilsvarende utvikling for kommunene i forsøket, som kom til uttrykk ved en reduksjon av andel utgifter brukt på institusjon.

A- og B-kommunene har hatt en utvikling fra 2015 til 2016 som bryter med den langsiktige trenden. For fem av de seks kommunene har andelen utgifter brukt på institusjon økt. Den gjennomsnittlige økningen har vært på 0,7 prosentpoeng. Bare Stjørdal har redusert sin andel.

De ulike spesialplassene på institusjon har høye enhetskostnader. Man skulle derfor kanskje tro at flere slike plasser også førte til varige høyere kommunale utgifter. Imidlertid er et viktig formål med disse plassene at brukerne skal gjøres i stand til å klare seg i egne hjem. En god bruk av disse plassene kan føre til redusert bruk av langtidsplasser. Derfor er det for tidlig å konkludere med en varig økning i de kommunale utgiftene.

Fra 2010 til 2016 har det vært en betydelig vekst i helsetjenester i hjemmet og for dagsentertilbudet, både for kommunene i forsøket og i landet som helhet. Utviklingen fortsetter også etter at

forsøket har startet. Disse tjenestene er viktig for at folk skal klare seg hjemme slik at behovet for sykehjem blir redusert. Også de ulike spesialplassene på sykehjem er viktige for at folk skal kunne klare seg hjemme.

6.3 Har forsøket gitt økt likebehandling på tvers av kommunegrensener?

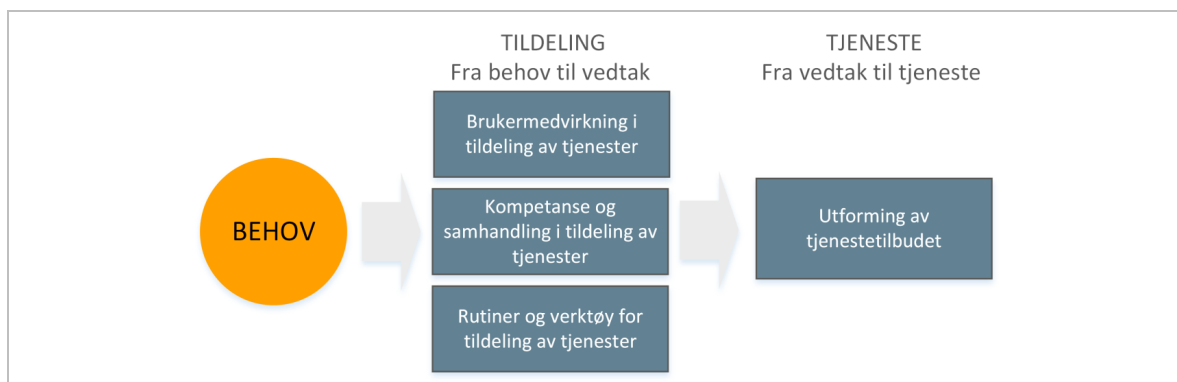
I data fra IPLOS og KOSTRA finner vi ingen klar tendens til at det er blitt mindre forskjeller mellom A-kommunenes tjenestetilbud. Vi har særlig sett etter tendenser til at de har fått mer lik profil i omsorgstrappen, men finner ikke en slik tendens.

På den andre siden sier de fleste ansatte i kommunene som bruker tildelingsverktøy fra Helse- direktoratet at disse verktøyene påvirker faktisk tildeling av tjenester. Når alle bruker samme verktøy, tilsier dette at kommunenes tjenestetilbud burde bli mer likeartet.

En mulig forklaring på disse motstridende funnene kan være at eksisterende kapasitet for å levere ulike tjenester påvirker tildelingen, men at man over tid vil se tendenser til et mer likeartet tilbud.

6.4 Har forsøket gitt riktigere behovsdekning for innbyggerne?

Som diskutert tidligere er «riktigere behovsdekning» et krevende begrep å operasjonalisere. Det henvises derfor til den konseptuelle modellen beskrevet i kapittel 3.



Figur 6-1 Konseptuell modell for forståelse av riktig behovsdekning

Som det fremgår av avsnitt 6.1 har det skjedd vesentlige endringer i A-kommunenes tildelingspraksis. Dette gjelder flere forhold knyttet til tildelingen. Funnene er forholdsvis robuste ved at de er gjeldende i samtlige A-kommuner, og bekreftes av flere kilder. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å vite om brukere og pårørende opplever den samme endringen.

I prinsippet burde en bedre tildelingspraksis – med bedre brukermedvirkning, kompetanse og verktøy – gi riktigere behovsdekning. Det er imidlertid vanskelig å påvise endringer i omfang og kvalitet på tjenestene som faktisk utføres, og om disse tjenestene er bedre egnet enn de som ble gitt tidligere. Effekter på hvilke tjenester som tildeles vil – hvis de inntreffer – trolig dukke opp på lengre sikt.

Det er derfor for tidlig å vurdere om behovsdekningen er riktigere som følge av forsøket.