



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

2019

HELSEDIREKTORATET

OPPDRAGSGIVER: Helsedirektoratet

RAPPORT NR: R9272-08

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

ANSVARLIG KONSULENT: Jonas Rusten Wang

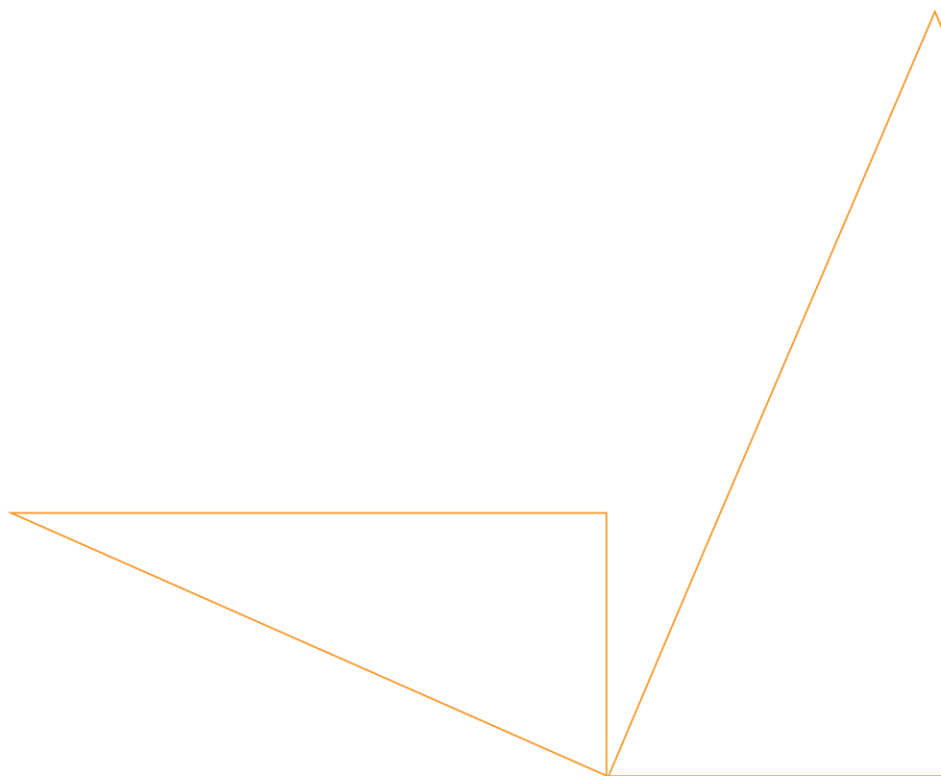
KVALITETSSIKRET AV: Kjell Værnor

DATO: 02.12.2019

Forord

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

Den første hovedrapporten (2016) var en nullpunktsmåling som kartla status i kommunene ved oppstart av forsøket, mens den andre og tredje (2017 og 2018) analyserte utviklingen hhv. ett og to år inn i forsøksperioden. Denne rapporten analyserer hvordan utviklingen har vært i løpet av de tre årene forsøket har pågått, og er dermed en sluttrapport for første del av forsøket. Forsøket og evalueringen har imidlertid blitt forlenget fram til utgangen av 2022.



Innhold

Forord	3
Innhold.....	6
1 Sammenheng	8
2 Bakgrunn	12
2.1 Om forsøket.....	12
2.2 Finansieringsmodell	13
2.3 Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier.....	16
2.4 Verktøy i tjenestetildelingen	17
2.5 Kompetanseutvikling og opplæring	17
2.6 Utvidelse av forsøket.....	18
3 Evalueringsdesign og metode	20
3.1 Mandat for evalueringsoppdraget	20
3.2 Evalueringsdesign	21
3.3 Kontrollkommuner	21
3.4 Hypoteser	22
3.5 Hvordan måle effekter av forsøket over tid?	27
3.6 Datainnsamling	28
4 Endringer i forsøkskommunene	38
4.1 Os.....	38
4.2 Stjørdal	50
4.3 Lillesand	58
4.4 Hobøl.....	74
4.5 Spydeberg	83
4.6 Selbu	88
4.7 Utvikling i kontrollkommunene	94
5 Indikatorer	100
5.1 Utvikling i sammensetning av omsorgstrappen	101
5.2 Årsverk og kompetanse i tjenestene	112
5.3 Drift av tjenestene	115
5.4 Brukermedvirkning i tildelingen	119
5.5 Kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen	132
5.6 Rutiner og verktøy i tildelingsprosessen	134
6 Økonomiske effekter av forsøket.....	139
6.1 Inntekter og utgifter	140
6.2 Tre forklaringer til overskudd for A-kommunene.....	142
6.3 Utviklingen i aktivitet og behov.....	149
6.4 Utvikling for kommunenes enhetskostnader	150

6.5	<i>Prioriteringen av tre brukergrupper</i>	151
6.6	<i>Brukerbetalinger</i>	157
6.7	<i>Bruk av overskudd fra forsøket</i>	159
7	Gjennomgang av hypoteser	161
7.1	<i>Hypotese 1: Forsøket gir likere tildeling og tjenester mellom forsøkskommunene</i>	161
7.2	<i>Hypotese 2: Forsøket gir riktigere behovsdekning for innbyggerne</i>	162
7.3	<i>Hypotese 3: Forsøket gjør at kommunene prioriterer mer lønnsomme tjenester</i>	163
7.4	<i>Hypotese 4: Forsøket gir høyere utgifter for kommunen</i>	164
7.5	<i>Hypotese 5: Forsøket har økt kommunens kompetanse</i>	166
7.6	<i>Hypotese 6: Forsøket styrker kommunenes styring av tjenestene</i>	167
8	Oppsummering og vurdering	169
8.1	<i>Hvilke effekter har forsøket hatt?</i>	169
8.2	<i>Hvilke deler av forsøket kan forklare effektene?</i>	169
8.3	<i>I hvilken grad kan effektene av forsøket generaliseres?</i>	172
8.4	<i>Hva har vi lært av forsøket så langt?</i>	174

1 Sammen drag

Denne rapporten er fjerde rapport i følgeevalueringen av Helsedirektoratets (opprinnelig) tre-årige forsøk med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester, heretter kun omtalt som «forsøket»¹. Forsøket er nå utvidet fram til utgangen av 2022. 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 kommunegrenser, og
- ▶ **Riktigere behovsdekning** for innbyggerne

De seks kommunene som har deltatt i forsøket har vært inndelt etter to modeller – A-modellen med fire kommuner og B-modellen med to kommuner² – som har vært ulikt innrettet med tanke på finansieringsmodell og krav til tildelingsprosessen. Intervensjonen som forsøket utgjør består grovt sett av tre deler:

- ▶ **Endret finansieringsmodell.** Helse- og omsorgstjenester i A-kommuner har i stor grad blitt finansiert gjennom enhetspriser for ulike tjenester, mens B-kommuner har fått et tilskudd fra staten som utgjør en budsjetttramme for disse tjenestene. Dette har erstattet kommunens tidligere utgifter til helse og omsorg (heretter referert til som «uttrekket»). Begge modeller har inkludert et inntekstpåslag på 4 prosent av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester³ i 2015.
- ▶ **Krav til tildelingsprosessen.** A-kommuner har måttet tilfredsstille en rekke krav til tildeling av tjenester, og de har fått nye verktøy å bruke i dette arbeidet.
- ▶ **Kompetanseutvikling.** Kommunene – spesielt A-kommunene – har tatt del i en kompetanse- og utviklingsprosess. De har blant annet deltatt på en rekke samlinger og arbeidet målrettet med IT-systemer, maler, rapportering, saksbehandlingspraksis mv. i samarbeid med Helsedirektoratet.

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

Forsøket ser ut til å ha medført økt likebehandling og riktigere behovsdekning for innbyggerne

Forsøket har sannsynligvis gitt likere tildeling og tjenester både mellom A-kommunene og innad i hver kommune. Kommunene har innført en mer likeartet måte å tildele tjenester på, og nærmer seg hverandre når det gjelder sammensetning og nivå på tjenestene. Vi tar imidlertid forbehold om at noe av effekten kan skyldes mer likeartet *koding* av tjenestene, heller enn endringer i selve tjenesten. Det er fortsatt store forskjeller i tildelingen mellom kommunene.

Flere av funnene tyder på at forsøkskommunene har en grundigere og mer dialogbasert kartlegging av den enkelte brukers behov, og at tjenestene i større grad er tilpasset brukernes mål og behov. Kommunene har også hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle tjenestene. Selv om vi ikke finner vesentlige endringer i brukernes og pårørendes opplevelse av tjenestene, er det likevel sannsynlig at forsøket gir riktigere behovsdekning.

¹ Forsøket omtales internt som «SIO-prosjektet».

² Os, Stjørdal, Lillesand og Hobøl i modell A, Spydeberg og Selbu i modell B

³ Alle referanser til pleie- og omsorgsutgifter viser til aktivitetene som føres på KOSTRA-koder 234, 253, 254 og 261.

Forsøket har styrket kommunenes kompetanse

Alle kommunene har økt sin kompetanse gjennom deltagelsen i forsøket. Særlig tildelingsenhetene har blitt mer tverrfaglige, samarbeider tettere med tjeneste- og økonomienheter, og arbeider mer systematisk med brukermedvirkning, kartlegging og vedtak. Kommunene har satt i gang betydelige satsinger innen kompetanseutvikling, forebygging og velferdsteknologi.

Forsøket har medført bedre vedtakspraksis, i form av at vedtakene er mer presise, kodes riktig, oppdateres hyppigere og kontrolleres mot faktisk utførte tjenester. Dette har gitt kommunene et langt bedre styringsgrunnlag enn tidligere med løpende oversikt over tjenester, og mulighet for å i større grad analysere egne data.

Det har vært en betydelig utgiftsvekst i kommunene, men store variasjoner mellom kommunene

Kommunene har hatt økte utgifter i forsøksperioden, men med stor variasjon mellom kommunene. Stjørdal og Hobøl har hatt en beskjeden kostnadsvekst, mens økningen har vært betydelig i Lillesand og Os. Mye av kostnadsveksten skyldes trolig økning i behovet som følge av at det har blitt flere i aldersgruppene som trenger pleie- og omsorgstjenester. Ingen av kommunene ser ut til å ha tildelt tjenester mer generøst, men enhetskostnadene ser ut til å øke flere steder. Det er flere tegn på at kostnadskontrollen i driften har blitt løsere i noen av kommunene.

Vi finner få tegn til at det har skjedd en systematisk vridning fra tjenester som er «ulønnsomme», herunder tjenester som ikke utløser statlig finansiering. Imidlertid har kommunene blitt mer bevisste på hvor mye de ulike tjenestene koster.

Forsøket har gitt økte overføringer fra staten til kommunene

Ser man på hele forsøksperioden (2016 til 2019) har vi beregnet at statens utgifter i de fire A-kommunene økt med 495 mill. kr.⁴, pluss det forutsatte inntekstpåslaget på 119 mill. kr. Kommunene har altså mottatt 614 mill. kr. mer gjennom forsøket, sammenlignet med det de ville fått dersom de ikke deltok. Dette tilsvarer 17,6 prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene.

Samlet sett anslår vi at økningen i overføringer fra staten til kommunene kan fordeles som i Tabell 1-1:

Tabell 1-1: Forklaring på økte overføringer fra staten til A-kommunene 2016-2019, og anslag i mill.kr.

Effekt	Anslått i mill. kr	Forklaring
Inntekstpåslag	119	Fire prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester.
Demografi-komponent	228	Avvik i justering av rammetilskudd. Tilfaller andre sektorer i kommunen.
Ressurskrevende tjenester ⁵	92	Effekt av at mye av økningen i ressurskrevende tjenester finansieres av staten
Enhetskostnader og endring i aktivitetsnivå	175	Differansen mellom øvrige effekter og totalsum kan skyldes enten enhetskostnader eller endring i aktivitetsnivå. Vår vurdering er at det i hovedsak skyldes enhetskostnader.
Totalt	614	

⁴ Tall for 2019 er estimert basert på aktivitetstilskudd mv. for første halvår 2019.

⁵ 2019 forutsatt lik som 2018

Disse forklares nærmere under:

- ▶ **Inntektspåslag:** Inntektspåslaget er en del av det som er forutsatt i forsøket, og skal blant annet finansiere merarbeid ved deltagelse og andre satsinger innen pleie og omsorg.
- ▶ **Demografikomponent:** Uttrekket fra rammetilskuddet justeres etter demografisk utvikling i landet som helhet, ikke i den respektive kommune. A-kommunene som alle har hatt høy behovsvekst i perioden blir i praksis kompensert for dette to ganger: både gjennom aktivitetstilskudd i forsøket, og gjennom rammetilskuddet som fordeles til resten av kommunen. En god del av merkostnaden for statens del kunne altså vært unngått dersom det ble vurdert andre måter å justere uttrekket fra rammetilskuddet på, som i større grad tok høyde for demografiutviklingen i den enkelte kommune.
- ▶ **Ressurskrevende tjenester:** Kommunenes egenandel for ressurskrevende tjenester ville uten forsøket økt i perioden, men i forsøket finansieres hele veksten gjennom aktivitetstilskuddet fra staten.
- ▶ **Enhetskostnader og aktivitetsnivå:** Kommunenes enhetskostnader forbundet med de ulike tjenestene (og som uttrekket er basert på) er i snitt lavere enn tilskuddene for de samme tjenestene i tre av fire kommuner. Når kommunene gikk inn i forsøket fikk de mer igjen for å produsere de samme tjenestene. Effekten av dette ble anslått til 55 mill. kr. i 2017, men med usikkerhet. Vi har ikke påvist en samlet vekst i aktivitet for de fire kommunene som er høyere enn det som kan forklares av demografiske faktorer.

Forsøket har gitt et overskudd for kommunene

Som beskrevet over har kommunene både økt sine egne utgifter og fått økte overføringer fra staten. Differansen er imidlertid positiv, spesielt for Os og Stjørdal som har opparbeidet betydelige overskudd gjennom forsøket.

Alle kommunene har kommet gunstig ut av forsøket, og brukt midlene på ulike tiltak for å styrke tjenestene, slik som kompetanseutvikling, lavterskeltiltak og velferdsteknologi/hjelpemidler. Os og Stjørdal – som har de største overskuddene – har brukt muligheten til å gjøre større investeringer i sykehjem/helsehus kombinert med avsetninger i fond.

En god del av kommunenes ekstra inntekter fra forsøket har i realiteten tilfalt andre sektorer i kommunene, primært på grunn av beregningsmetodikken for rammetilskuddet som er omtalt over. Det er også påvist tilfeller der pleie- og omsorgssektoren i kommunene indirekte finansierer andre sektorer.

Kompetanseheving, krav til tildelingsprosessen og økte økonomiske rammer har hatt større effekt enn finansieringsmodellen

Vår vurdering er at den viktigste drivkraften for endringer i forsøket har vært kombinasjonen av krav til tildelingsprosessen og kompetanseutviklingen som har skjedd som en del av forsøket.

Finansieringsmodellen har først og fremst effekt gjennom å øke de totale midlene til disposisjon for kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Vi har ikke grunnlag for å hevde at kommunene tilpasser seg de insentivene som ligger i en finansieringsmodell basert på enhetspriser. Insentivene i modellen gjør det gunstig å vedta mange tjenester, men holde kostnaden per tjeneste lav. Den faktiske utviklingen har nærmest vært motsatt. Finansieringsmodellen har imidlertid tvunget fram endringer knyttet til vedtakspraksis og rapportering som har bidratt positivt til forståelsen og styringen av tjenestene.

Det er metodisk utfordrende å generalisere effektene av forsøket

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

- ▶ Det er kun fire kommuner, som alle er små eller mellomstore i størrelse, som har implementert modell A. Dette gjør det vanskelig å trekke generelle slutninger. I tillegg er kommunene relativt små, noe som gjør at én enkelt brukere eller ansatt kan påvirke resultatene.
- ▶ Siden de fleste norske kommuner ikke søkte om deltagelse, og flere av de som søkte trakk seg i oppkjøringsfasen til forsøket, er det risiko for utvalgsskjevhet.
- ▶ Forsøket var tidsavgrenset til 2019 (nå planlagt utvidet til 2022). Det er sannsynlig at kommunene agerer ulikt i en midlertid ordning, sammenlignet med en permanent ordning. Kommunene har i ulik grad vært bevisste på å ikke bygge opp helse- og omsorgssektoren til et nivå de ikke vil kunne finansiere etter at forsøket avsluttes. Samtidig er det krav om at overskuddet fra forsøket skal brukes opp.
- ▶ Forsøket har bestått av en vesentlig utviklings- og læringskomponent, og deltagerkommunene har vært gjenstand for stor oppmerksomhet fra mange hold. Det er ikke sikkert det ville vært mulig å oppnå den samme effekten dersom forsøket skulle vært implementert i større skala.
- ▶ Finansieringsmodellen har vært raus fra statens side. Det er kanskje ikke realistisk at en permanent nasjonal ordning med statlig finansiering vil hatt like romslige rammer.

2 Bakgrunn

Regjeringen foreslo i statsbudsjettet for 2015 at det skulle gjennomføres et forsøk med statlig finansiering av de kommunale omsorgstjenestene. Den overordnede målsettingen med forsøksordningen var å prøve ut om statlig finansiering og statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester ville gi økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning av tjenester til innbyggerne. Følgende kommuner har deltatt i forsøket, i hhv. Modell A og B (innbyggertall per 1.1.2019 i parentes):

Modell A:

- ▶ Hobøl (5 642)
- ▶ Lillesand (10 990)
- ▶ Os i Hordaland (20 804)
- ▶ Stjørdal (24 028)

Modell B:

- ▶ Selbu (4 088)
- ▶ Spydeberg (6 042)

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

2.1 Om forsøket

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

Forsøksordningen skulle ha to fokusområder:

Brukers behov i sentrum	Lik tildelingsprosess
▶ Det tilbys tjenester som er individuelt tilpasset ut ifra den enkeltes behov ▶ Brukermidvirkning er satt i system	▶ Riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag er benyttet i behovsvurdering og tjenestetildelingen ▶ Likt arbeidsverktøy er benyttet i tildelingsprosessene

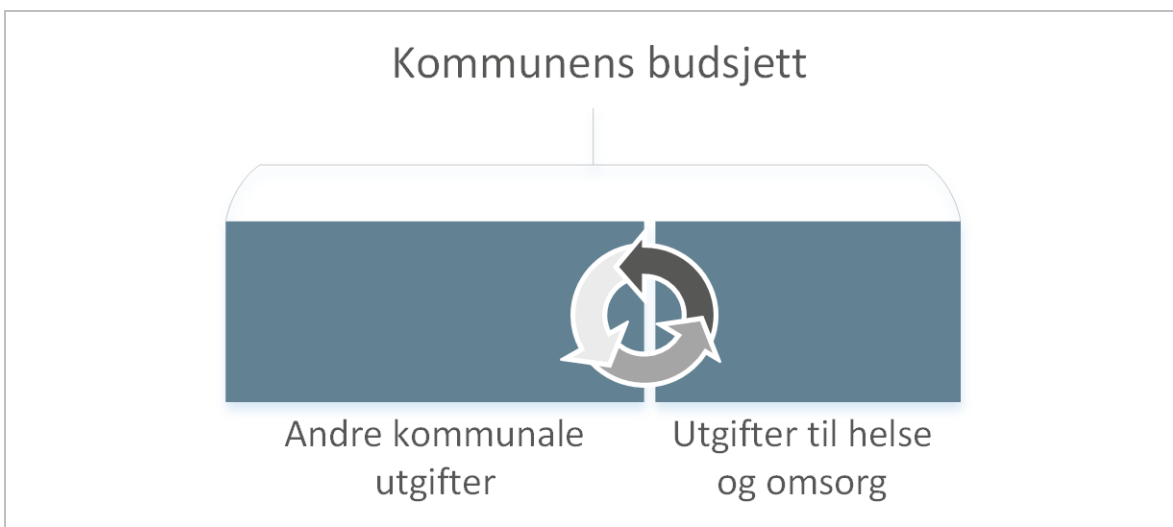
Forsøksordningen skulle inkludere inntil 20 kommuner og vare i tre år med oppstart 1. mai 2016. Selv om det innledningsvis var et større antall kommuner som søkte seg til forsøket, var det mange som i løpet av vinteren og våren 2016 valgte å trekke seg. Til sammen seks kommuner endte opp med å delta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

Regjeringens politiske plattform av 14. januar 2018 (Jeløya-plattformen) satt som mål å «utvide prøveordningen med statlig finansiering av omsorgstjenester, både i tid og i antall kommuner». Det ble 12. oktober 2018 sendt ut invitasjon til de seks forsøkskommunene pluss kommunene disse skal slå seg sammen med (Trøgstad, Askim, Eidsberg og Fusa) om å delta i forsøket fram til utgangen av 2022⁶. Det legges i utvidelsen til grunn at alle kommunene skal følge modell A, inklusive de kommunene som til nå har fulgt modell B (Spydeberg og Selbu). Statsbudsjettet for 2020 foreslår at «forsøket utvides med seks nye kommuner fra 2020, med sikte på oppstart senest andre halvår 2020».

2.2 Finansieringsmodell

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

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



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

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

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

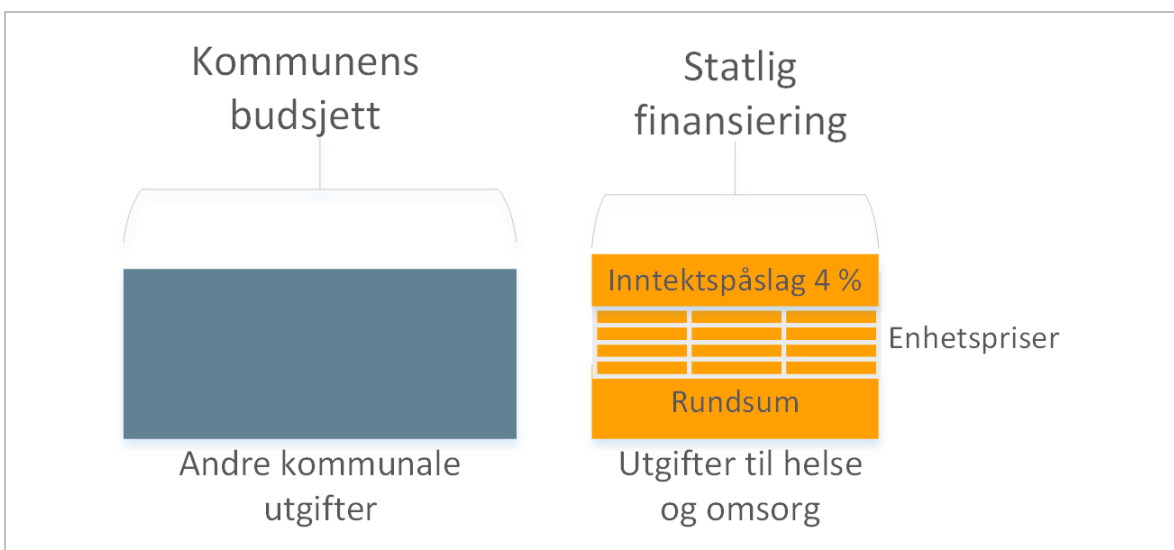
⁶ Hobøl slås sammen med Spydeberg, Eidsberg, Askim og Trøgstad. Os slås sammen med Fusa.

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

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

2.2.1 Modell A

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



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

Modell A finansieres gjennom et øremerket rundsumtilskudd, med et årlig inntektpåslag og en statlig prismodell med enhetspriser, heretter referert til som aktivitetstilskudd.

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

Implementering av modell A

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

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

Aktivitetstilskuddene som blir brukt er felles for de fire A-kommunene. Den metodiske tilnærmingen for å etablere de nasjonale satsene er beskrevet i Helsedirektoratet (2015).⁷ Satsene er etablert ved hjelp av en kalkyle basert på timelønn. Det er brukt statistikk fra en rekke kilder.

Det er fastlagt aktivitetstilskudd for utvalgte tjenester. Disse tjenestene har tidligere vært finansiert av kommunens frie inntekter og det statlige øremerkede tilskuddet til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester.⁸ Finansieringen gjennom brukerbetaling har ikke blitt 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 aktivitetstilskudd. Grunnen er at det har tatt tid å etablere vedtak med koder tilpasset opplegget for finansiering. Ordningen har altså ikke blitt praktisert fullt ut før 1. januar 2017. De andre delene av finansieringen med rundsumtilskudd og inntektspåslag ble innført samtidig med at forsøket startet (1. mai 2016). Rent praktisk ble tilskuddene gitt med halvårseffekt – dvs. fra 1. juli 2016, noe som altså var to måneder etter at forsøket startet. Begrunnelsen for dette var at kommunene ikke skulle tilbakebetale allerede utbetalt rammetilskudd.

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

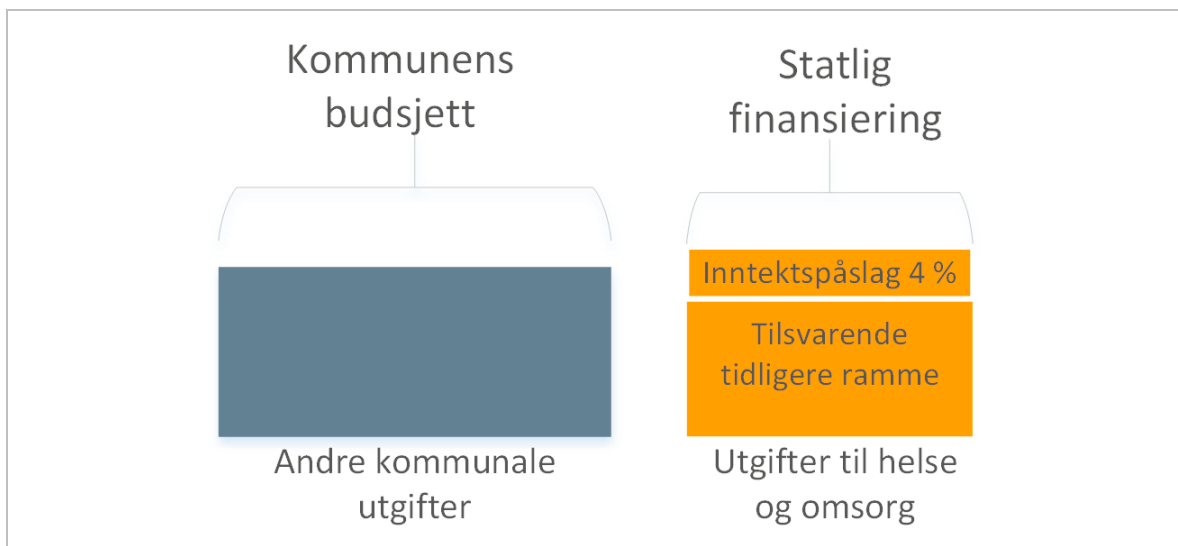
For hvert år ble det så korrigert for pris- og lønnsvekst. Opprinnelig var det planlagt at uttrekket skulle korrigeres for «den generelle veksten i kommuneøkonomien». Kommunene i forsøket har argumentert for at uttrekket da ville bli urimelig høyt. For 2017 ble det valgt en annen metode for korrigering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

2.2.2 Modell B

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

⁷ Helsedirektoratet 2015: «Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester». Rapport IS-2392

⁸ Helsedirektoratet 2017: Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene. Rundskriv IS-4/2017



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

2.3 Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier

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

Arbeidsprosesskriterier

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

- ▶ *Brukermedvirkning* gjennom at brukeren gis mulighet til å delta aktivt i beslutninger om seg selv. Her står informasjon, kartlegging og dialog med brukere og pårørende sentralt.
- ▶ *Samhandling* skal bidra til helhetlige pasient-/brukerforløp og sikre at tjenestene er koordinerte. Dette forstås både som samhandling med brukeren, og at tildelingsenheten har nødvendige systemer for samhandling og arbeidsflyt med andre aktører, eksempelvis utførerenhet 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 kartleggingssamtaler. Samtaleguiden inneholder en rekke spørsmål om brukerens livssituasjon, forutsetninger og mål. Ved å snakke seg gjennom spørsmålene skal tildelingsenheten settes bedre i stand til å fatte vedtak som gjenspeiler hva som er viktig for brukeren.
- *Søknadsskjema*, som er dokumentet brukeren (evt. pårørende) fyller inn for å søke om tjenester fra kommunen. Søknadsskjemaene som brukes i hver kommune er utviklet i forbindelse med forsøket, følger det samme oppsettet og er relativt enkle. Det som er nytt er at brukeren ikke søker om en spesifikk tjeneste (f.eks. institusjonsplass), men kun beskriver egne bistandsbehov og mål. Formålet med dette er å gjøre kommunen bedre i stand til å tilby tiltak som passer den enkelte, og som er i tråd med BEON-prinsippet.
- *Sjekklisten*, som er et dokument de som tildeler skal bruke for å forsikre seg om at de har innhentet tilstrekkelig med informasjon før de fatter et vedtak. Utfylling av sjekklisten er obligatorisk, og den skal også skannes og vedlegges i kommunens EPJ-system.

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

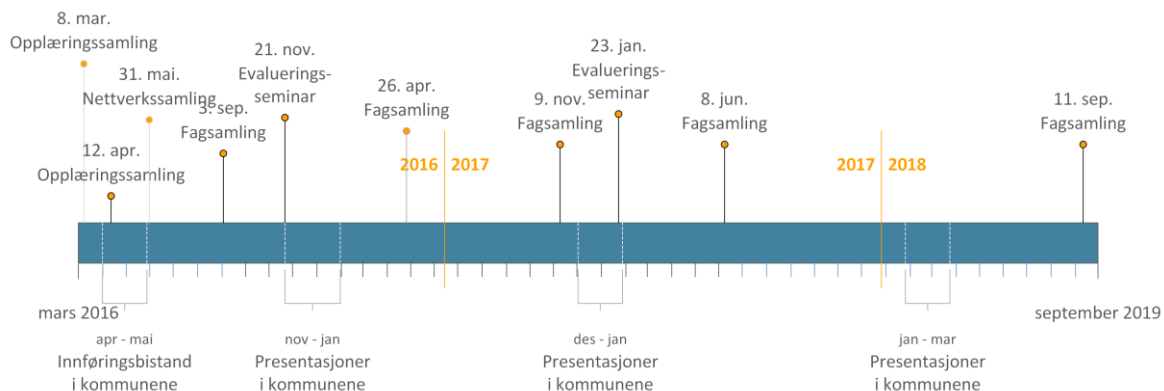
Helsedirektoratet utarbeidet også et e-læringskurs i saksbehandlerveilederen der forsøkskommunene deltok i to workshops. E-læringskurset ble publisert våren 2017 og er i prinsippet tilgjengelig for alle kommuner. Forsøkskommunene fikk imidlertid tilsendt en del materiell i forbindelse med innføring av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

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

2.5 Kompetanseutvikling og opplæring

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

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



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

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

2.6 Utvidelse av forsøket

Forsøket ble startet opp 1. mai 2016 med planlagt varighet til 1. mai 2019. Regjeringen har imidlertid besluttet å utvide forsøket, både med tanke på varighet og antall deltagende kommuner.

Helsedirektoratet skriver: «Forsøket skal fra medio 2019 videreføres og utvides, men kun med modell A. Fra og med medio 2019 inviteres de kommunene som allerede deltar og de kommunene de skal slå seg sammen med, til videre deltagelse i forsøket.» Utvidelsen vil altså gjelde

- ▶ kommuner som allerede er A-kommuner (Os, Stjørdal, Hobøl, Lillesand)
- ▶ kommuner som slår seg sammen med en disse (Fusa, Eidsberg, Trøgstad, Askim)
- ▶ kommuner som hittil har vært B-kommuner (Spydeberg, Selbu)

Vi har i 2019 gjennomført en nullpunktsmåling i de kommunene som kommer inn i forsøket gjennom kommunesammenslåing (Fusa, Eidsberg, Askim), som vil inngå i neste års rapport.

Videre inviterte Helsedirektoratet kommuner til å søke om deltagelse i utvidelsen av forsøket, der seks nye kommuner skal inngå i perioden 2020-2022. Fristen for å søke er 1. februar 2020. Alle kommuner vil være del av modell A, og kriterier for deltagelse omtrent tilsvarende som tidligere.

Data er innsamlet for A-kommuner, B-kommuner og kontrollkommuner. Siden noen av de tidligere B-kommune og kontrollkommunene fortsetter som A-kommuner i det videre forsøket, og noen kommuner slår seg sammen med andre, har vi utarbeidet oversikten i Tabell 2-1, basert på det som er tilgjengelig av informasjon per november 2019.

Tabell 2-1: Kommuner i opprinnelig og utvidet forsøk. Kilde: egen sammenstilling

Ny kom.	Tidl. kom.	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Stjørdal		Full (0-punkt)	Full	Full	Full	Full	Full	Full	Full
Lillesand		Full (0-punkt)	Full	Full	Full	Full	Full	Full	Full
Bjørna-fjorden	Os	Full (0-punkt)	Full	Full	Full	Full	Full	Full	Full
	Fusa				Full (0-punkt)				
Indre Østfold	Hobøl	Full (0-punkt)	Full	Full	Full	Full	Full	Full	Full
	Spydeberg	Full (0-punkt)	Tiln. full	Tiln. full	Full				
	Eidsberg				Full (0-punkt)				
	Askim				Full (0-punkt)				
	Trøgstad	Full (0-punkt)	Begr.	Begr.	Full				
Selbu		Full (0-punkt)	Tiln. full	Tiln. full	Full	Full	Full	Full	Full
Østre Toten		Full (0-punkt)	Begr.	Begr.	Full	Tiln. full	Begr.	Tiln. full	
Fjell		Full (0-punkt)	Begr.	Begr.	Full	Tiln. full	Begr.	Tiln. full	
Våler (Østf)		Full (0-punkt)	Begr.	Begr.	Full	Tiln. full	Begr.	Tiln. full	
Fjell		Full (0-punkt)	Begr.	Begr.	Full	Tiln. full	Begr.	Tiln. full	
Søgne		Full (0-punkt)	Begr.	Begr.	Full	Tiln. full	Begr.	Tiln. full	
Ny kommune 1						Full (0-punkt)	Full	Full	Full
Ny kommune 2						Full (0-punkt)	Full	Full	Full
Ny kommune 3						Full (0-punkt)	Full	Full	Full
Ny kommune 4						Full (0-punkt)	Full	Full	Full
Ny kommune 5						Full (0-punkt)	Full	Full	Full
Ny kommune 6						Full (0-punkt)	Full	Full	Full
	Evaluert som A-kommune		Full: alle datainnsamling benyttet						
	Evaluert som B-kommune		Tilnærmet full: de fleste datainnsamlingsmetoder benyttet						
	Evaluert som kontrollkommune		Begrenset: kun kvantitativ kartlegging						

3 Evalueringsdesign og metode

3.1 Mandat for evalueringsoppdraget

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

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

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

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

Brukers behov i sentrum	Lik tildelingsprosess
▶ Det tilbys tjenester som er individuelt tilpasset ut ifra den enkeltes behov ▶ Brukermedvirkning er satt i system	▶ Riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag er benyttet i behovsvurdering og tjenestetildelingen ▶ Likt arbeidsverktøy er benyttet i tildelingsprosessene

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

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

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

I tillegg til denne rapporten har det blitt utarbeidet en egen rapport om økonomisk utvikling og aktivitetstilskudd i forsøkskommunene (modell A) til og med 2017 som ble offentliggjort 29. august 2018⁹.

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/analyse-av-okonomisk-utvikling-og-beregning-av-kommunale-enhetstkostnader/id2609525/>

3.2 Evalueringsdesign

Denne følgeevalueringen kartlegger og vurderer status på flere målepunkter:

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

Opprinnelig skulle denne rapporten fungere som sluttrapport for forsøket. I og med at forsøket utvides til 2022 vil det komme flere evalueringsrapporter etter denne.

Målingene tar utgangspunkt i et indikatorsett som evaluator har utarbeidet i forbindelse med forsøket.¹⁰ 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. Dette er spesielt viktig siden antallet kommuner i forsøket er lavt.

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

3.3 Kontrollkommuner

I forbindelse med evalueringen plukket evaluator også ut seks kontrollkommuner som så langt det var mulig skulle speile forsøkskommunene med hensyn til kommuneøkonomi (korrigerte frie inntekter), innbyggertall og geografisk plassering. Kontrollkommunene omtales også som C-kommuner. Kontrollkommunene er (innbyggertall per 1.1.2019 i parentes):

- ▶ Fjell (26 166)
- ▶ Østre Toten (14 948)
- ▶ Søgne (11 403)
- ▶ Trøgstad (5 347)
- ▶ Våler i Østfold (5 593)
- ▶ Oppdal (6 975)

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

¹⁰ 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.

informasjon i kontrollkommunene. De får tilgang til informasjonen og til sammenligninger med andre kommuner, noe som kan påvirke kontrollkommunenes beslutninger.

3.4 Hypoteser

Dette kapittelet utbroderer noen av hypotesene som har blitt fulgt opp gjennom forsøket. Hypotese 1 og 2 er knyttet til de generelle målsetningene med forsøket. Hypotesene 3-6 er avledet av tilleggspunktene som også skal evalueres.

3.4.1 Hypoteser knyttet til hovedmålsetninger

Forsøksordningen bygger etter vårt skjønn på noen sentrale forutsetninger. For det første antas det at den ordinære finansieringsordningen gjennom det statlige rammetilskuddet kan føre til at tjenestetilbudene varierer mellom kommunene, som i sin tur medfører forskjellsbehandling av brukere i kommuner med høye og lave nivåer på sine tjenestetilbud.

For det andre antas det at tildelingskriterier kan variere fra kommune til kommune, slik at behovsdekningen noen steder kan bli for høy eller for lav i forhold til det som forutsettes å være et «riktig» nivå. Videre antas det at tilskudd basert på enhetspriser vil gi mindre variasjon i tjenestetilbudet mellom kommunene fordi tilbudet i hver kommune ikke påvirkes av kommuneøkonomien for øvrig, og at behovsdekningen vil bli lagt på et «riktig» nivå, fordi det må anvendes mer standardiserte metoder for å vurdere behovene til hver enkelt bruker.

Dette gir oss følgende hovedhypoteser:

H0: Forsøket medfører ingen endringer med tanke på riktigere behovsdekning og likere tjenester

H1: Forsøket gir likere tildeling og tjenester mellom forsøkskommunene

H2: Forsøket gir riktigere behovsdekning for innbyggerne

Hypotese 1: Forsøket gir likere tildeling og tjenester mellom forsøkskommune

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 eller likere utforming av tjenestene på tvers av de kommunene som deltar i forsøket. Tilsvarende vil økt likebehandling innad i hver kommune støtte oppunder hypotesen. Det er spesielt A-kommunene som er interessante, siden de er utsatt for størst grad av intervensjon.

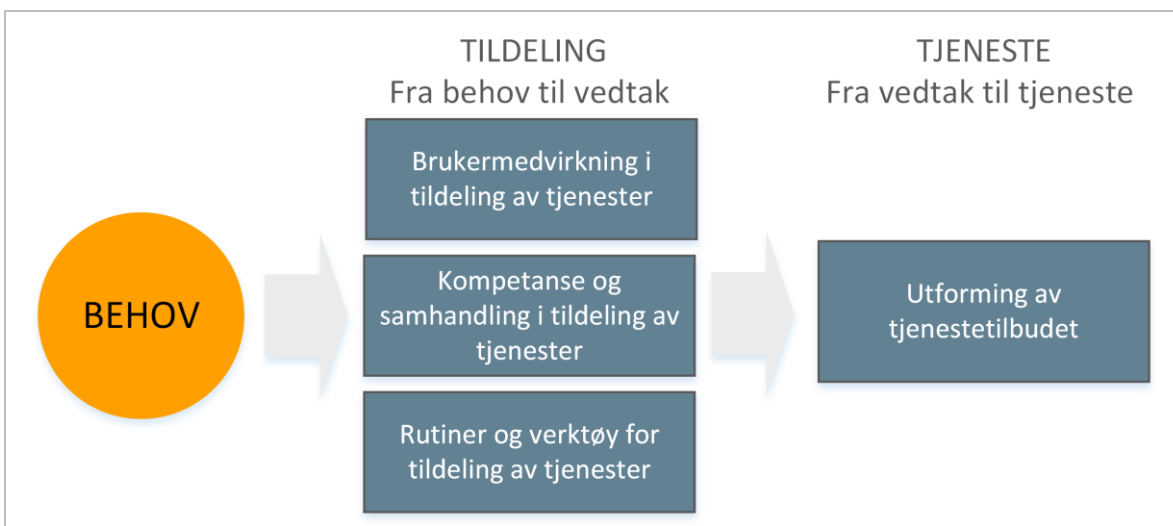
- ▶ Hvor mye varierer tjenestetilbudet mellom forsøkskommunene sammenliknet med variasjonen mellom (a) kontrollkommunene og (b) landet for øvrig?
- ▶ Har forsøkskommunene utviklet sin tildelingspraksis i en enhetlig retning i forsøksperioden, sammenliknet med utviklingen i kontrollkommuner?
- ▶ Tildeles tjenester mer likeartet internt i forsøkskommunen?

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) 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. Det er derfor viktig å vurdere flere funn/variabler på tvers for å kunne teste hypotesene.

Hypotese 2: Riktigere behovsdekning for innbyggerne

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 fagpersoner 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.

For å gjøre forståelsen av «riktigere behovsdekning» mer håndgripelig har vi laget en modell (Figur 3-1) som illustrerer prosessen fra behov til tjeneste. I vår vurdering av behovsdekning vurderer vi altså både tildelingsprosessen – hvor brukerens behov kartlegges og potensielt knyttes til en tjeneste – og selve tjenestetilbudet brukeren mottar.



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

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.

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.

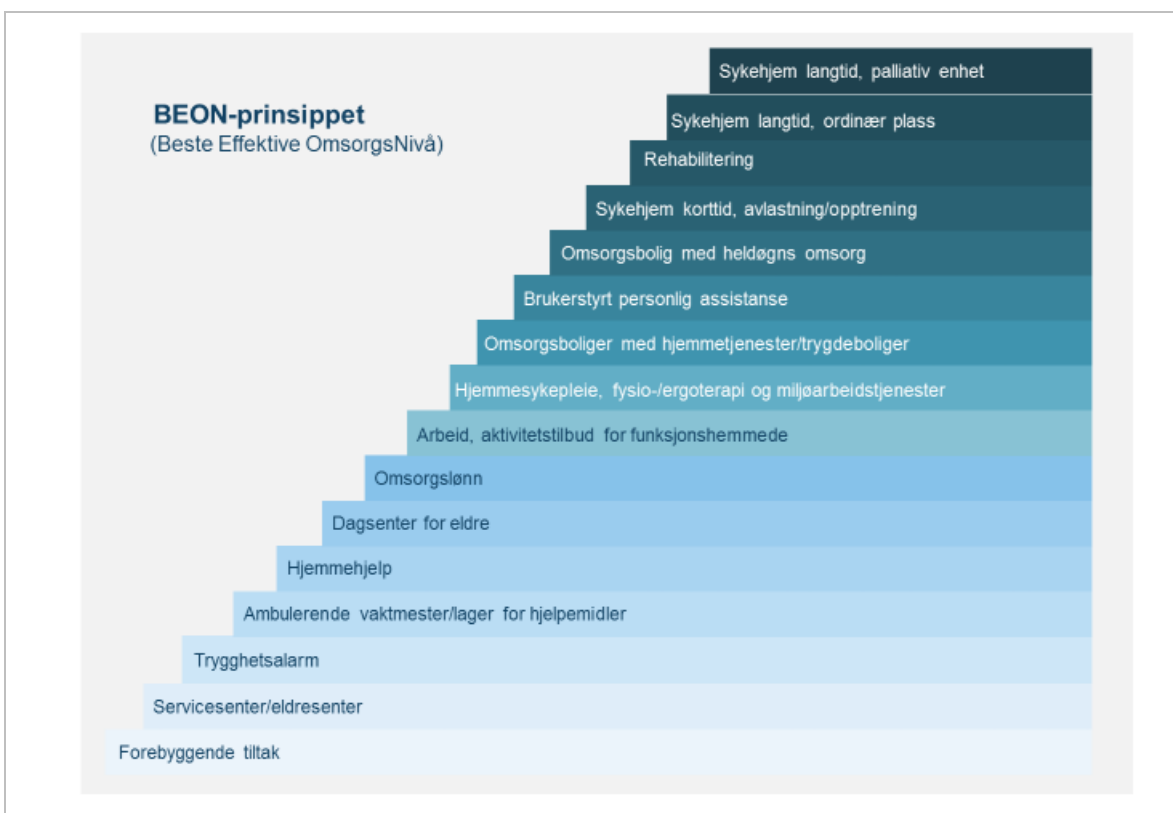
For å kunne gjøre gode vurderinger som blir mest mulig likeartet på tvers av kommuner, er det vesentlig at arbeidsverktøyene, i form av veileder, skjema og IKT-verktøy, i størst mulig grad understøtter en harmonisert praksis. I forbindelse med forsøket er det utarbeidet egne retningslinjer for bruk av 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 riktige behovsdekning. Det vil også belyse andre relevante forhold, f.eks. kommunens ressursbruk.

Det førende prinsippet for å koble behov og tjeneste innen helse- og omsorgstjenestene er LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå), som gjerne kan skisseres i form av en tiltakskjede eller omsorgstrapp, se Figur 3-2. I praksis vil dette si en tilpasset behandling og oppfølging etter det behovet brukerne har for bistand og omsorg. Dette behovet kan imidlertid endre seg, f.eks. dersom en iverksetter rehabiliterende tiltak til eldre mennesker. Det betyr at pasientene ikke skal ligge lenger på sykehus enn hva det er behov for, sett i forhold til en prediksjon av utviklingen i sykdomsbildet. I St.meld. nr. 47 (2008–2009) endres begrepsbruken fra «LEON» til «BEON»

(Beste Effektive Omsorgs Nivå). Det er et mål at brukerne i størst mulig grad kan ivaretas innenfor BEON. I dette ligger det en grunnleggende forståelse av at kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver.



Figur 3-2 Omsorgstrappen, BEON-prinsippet

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

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

Dette er forhold som i stor grad kan belyses gjennom kvantitative analyser av hvordan omsorgstrappen er innrettet.

Man skal imidlertid være varsom med å konkludere at mange tjenester lavt i omsorgstrappa (og få tjenester høyt) i seg selv er et tegn på riktig behovsdekning. Dette kan også bety at brukerne ikke får tjenester de egentlig burde ha hatt.

Det er imidlertid avgjørende hvorvidt kommunen har tjenester på mange trinn i omsorgstrappen, og bruker disse tjenestene aktivt i tildelingen av tjenester.

Hvor mye avviker behovsdekningen i forsøkskommunene fra det «riktige» nivået sammenliknet med behovsdekningen i (a) kontrollkommunene og (b) landet for øvrig?

3.4.2 Andre hypoteser

Underveis i forsøket har det dukket opp flere problemstillinger som har blitt brukt som arbeidshypoteser i forsøksperioden. Merk at disse ikke speiler hovedmålene med forsøket direkte, men likevel er interessante hypoteser som relaterer til tilleggsoppdragene til denne evalueringen (jf. kap. 3.1).

H3: Forsøket gjør at kommunen prioriterer mer lønnsomme tjenester

H4: Forsøket gir økte utgifter for kommunen

H5: Forsøket styrker kommunens kompetanse

H6: Forsøket styrker kommunens styring av tjenestene

Hypotese 3: Prioritering av mer lønnsomme tjenester

Hypotese 3 er knyttet til insentivene som ligger i en enhetsprismodell. Det er en plausibel antagelse at enhetspriser kan endre prioriteringen av tjenester, både i hvilke tjenester som tildeles, og hvilke som kommunen satser på å utvikle.

Eksempler på prioritering av lønnsomme tjenester kan være nedprioritering av tjenester som ikke dekkes av rundsumtilskuddet, glidning av tjenester til høyere betalte tjenestekategorier (f.eks. praktisk bistand til helsetjenester) og økt tildeling av tjenester som har et gunstig forhold mellom egne kostnader og aktivitetstilskudd fra staten.

Hypotese 4: Økte utgifter for kommunen

Hypotese 4 relaterer til den generelle mekanikken som kan inntreffe når staten dekker kommunens utgifter. En mulig antagelse i denne sammenheng er at statlig finansiering gjør at kommunene bruker mer ressurser siden de ikke selv bærer kostnaden.

Eksempler på økt ressursbruk i kommunen kan være oppbygging/utvidelse av kostnadskrevende tjenester, mer generøs tildelingspraksis og økte driftskostnader for eksisterende tjenester.

Hypotese 5: Styrking av kommunenes kompetanse

Hypotese 5 er særlig knyttet til kompetansedelen av forsøket. A-kommunene har gått gjennom et omfattende læringsopplegg, med fellessamlinger, prosjekter, bruk av nytt verktøy og jevnlig rapportering og evaluering. Et sentralt spørsmål er derfor om kommunens kompetanse har økt som følge av forsøket.

Eksempler på økt kompetanse i kommunen kan være økt tverrfaglighet i ulike funksjoner, opplevd læring i forsøket, økt samhandling og styrking av formell kompetanse (kurs, utdanning mv).

Hypotese 6: Styrket styring av tjenestene

Hypotese 6 er knyttet til styringsmulighetene som blant annet ligger i bedre dokumentasjon av vedtak, opprydding i koder og økt innsikt i kostnadsbildet ved de ulike tjenestene. Et sentralt spørsmål er hvorvidt forsøket har ført til en bedre styring av tjenestene.

Eksempler på økt styring kan være bedre oversikt over egne tjenester, økt kontroll av sammenheng mellom vedtak og tjenester, bedre økonomistyring og økt bevissthet rundt hva ulike tjenester koster kommunen.

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.

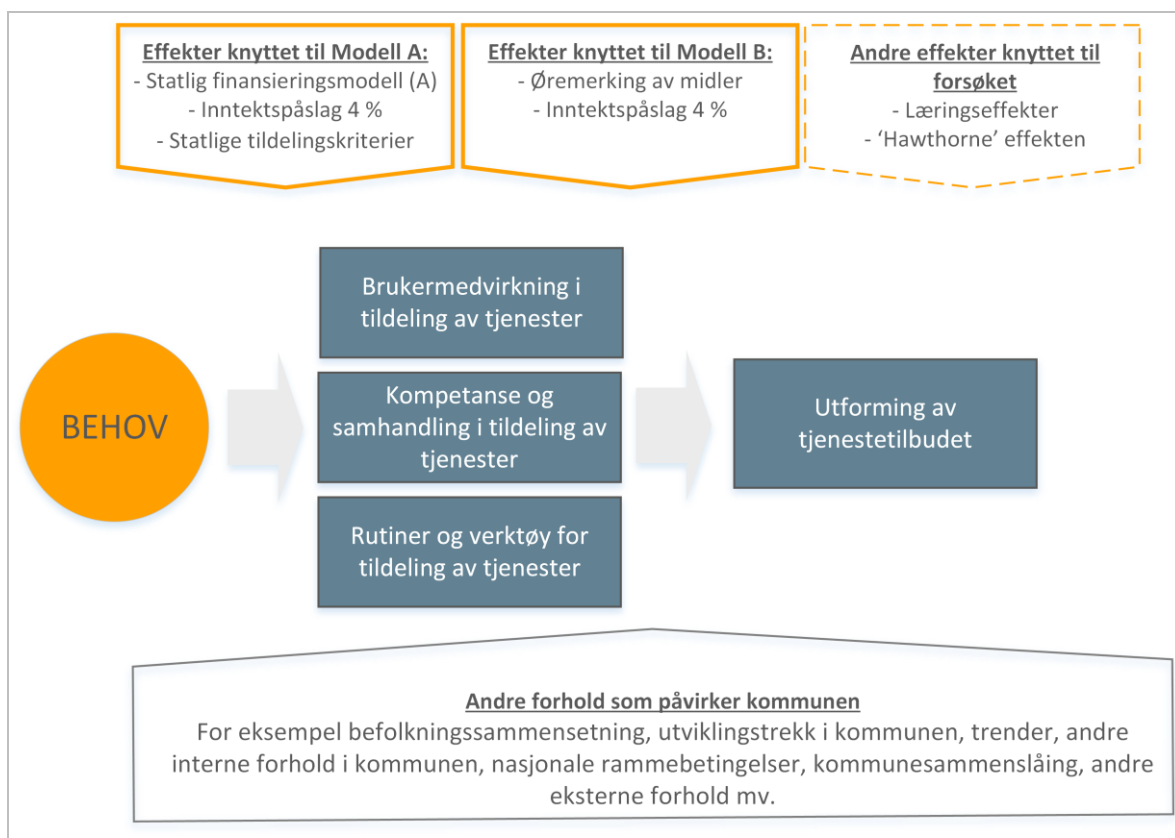
Det er mange forhold som påvirker en kommunes pleie- og omsorgstjenester. For eksempel vil en del endringer kunne skyldes omlegginger av nasjonale rammebetingelser og prioriteringer (nye forskrifter, nye satsinger i statsbudsjettet mv.). Kommunesammenslåinger er et annet eksempel på store endringer som har skjedd i mange av forsøkskommunene: to A-kommuner og én B-kommune slår seg sammen med andre kommuner i 2020.

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 opprinnelig tre år (nå utvidet til seks år). Dette betyr at kommunene har tatt 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 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 2019

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 ¹¹
Telefonintervjuer med brukere	Ja	Nei	Nei
Årsverksrapportering	Ja	Ja	Ja
Gjennomgang av IPLOS-data	Ja	Ja	Nei
KOSTRA-gjennomgang	Ja	Ja	Ja
Regnskapsgjennomgang (fordeling på brukergrupper)	Ja	Ja	Ja

3.6.1 Intervjuer/gruppesamtaler med ansatte i kommunen

Prosjektteamet besøkte hver A- og B-kommune hvert år, vanligvis i perioden mai-august. De som ble intervjuet var fortrinnsvis:

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

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

Spørsmålene var knyttet til status og endringer på følgende tema:

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

Til sammen har det blitt gjennomført 232 intervjuer og gruppesamtaler, fordelt på hhv. 77 i 2016, 45 i 2017, 43 i 2018 og 67 i 2019. Tallet var høyere i 2016 og 2019 fordi vi da også besøkte kontrollkommunene.

I tillegg til dette ble det gjennomført kvalitetssikringer av tekstene, samt enkeltsamtaler og møter med ansatte innen økonomi.

3.6.2 Spørreundersøkelse til ansatte i kommunen

Som tidligere år har de ansatte i kommunene som er med i forsøket svart på en spørreundersøkelse, med spørsmål om en rekke ulike sider ved tildelingsprosessen. Vi har bedt ansatte

¹¹ I kontrollkommunene har det blitt benyttet en ny metode for helhetlig kartlegging av saker som inkluderer fysisk brukerintervju, intervju med saksbehandler og gjennomgang av dokumentasjon. Dette blir benyttet for den videre evalueringen av forsøket.

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

Vi ba kommunen sende undersøkelsen til følgende ansattgrupper:

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

I undersøkelsen ble det stilt en rekke spørsmål knyttet til tildelingsprosessen. Vi spurte blant annet om organisering og rammebetingelser for dagens tildelingspraktisering, vedtakspraksis, samhandling med bruker og pårørende, brukermedvirkning og de ansattes kompetanse. De enkelte spørsmålene og de ansattes svar på disse er dokumentert i kapittel 0.

Undersøkelsen i 2019 ble sendt til totalt 171 ansatte med en rolle i tildelingen av tjenester. 127 personer besvarte hele eller deler av undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 74. Vi mener denne svarprosenten må regnes som forholdsvis god for en slik undersøkelse. Fordeler man svarene på de 12 kommunene som har besvart undersøkelsen, er det absolutte antallet per kommune allikevel lavt. Antall svar i A- og B-kommunene er: Hobøl kommune 12, Lillesand 14, Os 12, Stjørdal 22, Selbu 5 og Spydeberg 1. På grunn av det lave antallet respondenter fra Spydeberg er de tatt ut av gjennomgangen. For C-kommunene er antallet respondenter: Våler (Østfold) 11, Oppdal 9, Østre-Toten 10, Trøgstad 11, Fjell 11 og Søgne 9. Dette er på linje med antall respondenter fra tidligere år.

Undersøkelsen i 2019 ble gjennomført i perioden 22. august til 15. september. Det ble purret to ganger.

Respondentene som har besvart undersøkelsen er fra ulike roller i tjenestetildelingen. De fleste av respondentene jobber som saksbehandler i en tildelingsenhet/forvaltningsenhet ¹² eller som avdelingsleder/ gruppeleder i en tjeneste. Undersøkelsen er forøvrig bredt dekket av ulike roller, dvs. ledere, fagpersoner og koordinatore, både fra tildelingsenheter og tjenester/virksomheter.

De klart fleste av respondentene dekker ulike fagområder, pleie/rehabilitering/omsorg for eldre, tjenester til funksjonshemmede og psykisk helsearbeid/rus.

Halvparten av respondentene i A- og B-kommunene svarer at de har fått endrede arbeidsoppgaver som en følge av forsøket.

Respondentene fra 2019 trenger ikke ha vært de samme som respondentene fra 2016. Det kan være at nye ansatte har kommet til og at andre ansatte har falt fra. Det betyr at alle resultater må tolkes som respondentenes vurderinger i det ene året sammenlignet med andre respondenters vurderinger i et annet år. Vi kan ikke tolke resultatene som at individene har endret oppfatning. 17 prosent av respondentene i A- og B-kommunene svarer at de ikke jobbet i kommunens pleie- og omsorgstjenester før innføringen av forsøksordningen. Halvparten av respondentene svarer at de har fått endrede arbeidsoppgaver som en følge av forsøket.

I presentasjonen av resultatene i kapittel 0 tar vi svarene for 2019 og sammenligner dem med nullpunktsanalysen som ble gjort i 2016.

Når vi presenterer resultatene fra undersøkelsen har vi gruppert A-, B- og C-kommunene med ulike farger slik at man lett kan få øye på forskjeller mellom kommunene. A-kommunene har fått gule

¹² Eller tjenestekontor.

søyler, B-kommunen blå søyler og C-kommunene grønne søyler. Svarene er summert for hver kommune til en poengsum som representerer en skala fra 1 = *i svært liten grad* til 5 = *i svært stor grad*.

3.6.3 Fokusgrupper med pårørende

Kommunene har bistått oss med å rekruttere pårørende ved å spørre et utvalg pårørende om de vil delta i et gruppeintervju. Ansatte i kommunene var ikke tilstede under disse intervjuene. Etter gruppeintervjuet fikk pårørende et spørreskjema til utfylling.

Det har i hele perioden vært utfordrende å rekruttere pårørende til gruppeintervjuer. Vi har hvert år oppfordret kommunene til å rekruttere mellom 6 og 10 deltakere i hvert gruppeintervju. I flere tilfeller har det vært svært få (1 eller 2) eller ingen som har møtt opp. Inntrykket fra intervjuene er også at mange av de pårørende ikke har hatt informasjon om eller husket hvordan tildelingsprosessen var, og har derfor ikke kunnet besvare en god del av våre spørsmål. I 2019 ble det kun avholdt gruppeintervjuer med pårørende i Hobøl og Os. Bakgrunnen for dette var vanskelighetene med å rekruttere pårørende og organisere intervjuene.

I kapittel 5.4.2 sammenligner vi svarene fra 2016, 2017, 2018 og 2019, hvor henholdsvis 21, 22, 23 og 10 pårørende i A-kommunene har svart på hele eller deler av undersøkelsen. Totalt gir dette 83 respondenter. De pårørende ble bedt om å svare i hvilken grad de oppfattet at kommunen håndterte ulike forhold tilknyttet tildelingen av en helse- og omsorgstjeneste. Respondentene kunne svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 tilsvarte «i svært liten grad» og 5 «i svært stor grad». Respondentene kunne også svare "vet ikke". Disse svarene er tatt ut av resultatene som presenteres nedenfor.

Svært få av de pårørende svarte at brukeren hadde fått avslag på søknaden. Totalt sett svarte kun 4 pårørende vi har intervjuet at de har fått avslag på søknaden. 9 brukere hadde fått et tilbud om noe annet enn det ble søkt om, mens det klare flertallet, 64 brukere hadde fått innvilget søknaden.

3.6.4 Telefonintervjuer med brukere

Vi har gjennomført telefonintervjuer i A-kommunene hvert år og B-kommunene i 2016 (nullpunkt) og 2019 (sluttevaluering). I tillegg supplerer vi med noen erfaringer vi har fra en såkalt 360-graders brukerkartlegging som er gjennomført i C-kommunene i 2019. Fremstillingen baserer seg på inntrykkene for hele forsøksperioden.

Brukerne som har vært intervjuet har vært nye hvert år. Det betyr at vi ikke har kunnet sammenligne svarene hvert år direkte fordi det kan være forskjeller mellom personene i de fire årene som gjør at erfaringene deres har vært ulike. Vi kan derfor ikke knytte eventuelle endringer i svarene direkte til tildelingsprosessen eller tjenesteutførelsen.

Kommunene har selv vært ansvarlig for å rekruttere brukere. Hvert år har vi bedt kommunene om å rekruttere 10 informanter hver som skal intervjues. Enkelte av kommunene har hatt utfordringer med å rekruttere brukere i hele evalueringsperioden. Prosessen med å avtale og gjøre intervjuer med brukere har endret seg noe fra og med 2018. Bakgrunnen for endringen var at mange av brukerne manglet kunnskap og hadde få refleksjoner knyttet til tildelingsprosessen, og vi ønsket derfor å intervju hver enkelt informant så snart som mulig etter at de hadde fått sin søknad behandlet eller hadde blitt tildelt en tjeneste. Det har i år, som tidligere år, vært utfordrende å komme i kontakt med og intervju brukerne. En god del brukerne ønsket ikke delta likevel eller svarte ikke på telefon etter gjentatte forsøk. Enkelte intervjuer har også blitt avbrutt av oss fordi informantene av helsemessige årsaker ikke har vært i stand til å svare på spørsmålene.

Resultatet har vært at vi i evalueringsperioden har intervjuet en god del færre personer som mottar helse- og omsorgstjenester enn planlagt. Konsekvensen av dette er at representativiteten i

undersøkelsen er blitt lavere. Vi oppfatter allikevel at innholdet i svarene og beskrivelsene har vært ganske like både mellom kommuner og over tid, slik at vi likevel har fått et godt bilde på det generelle bildet i kommunene, samt at vi kan synliggjøre noen individuelle erfaringer.

Vi har totalt sett intervjuet 118 brukere i perioden 2016-2019. Antallet intervjuer hvert år har vært ganske stabilt, fra 27 (2017) til 33 (2018). 31 prosent av brukerne har vært under 67 år, 37 prosent har vært mellom 67 og 79 år og 33 prosent har vært 80 år eller eldre. 58 prosent har vært kvinner og 42 prosent menn. 96 prosent av intervjuene har vært med brukere som har fått innvilget et tjenestetilbud.

Siden utvalget er for lite til å gjøre generaliserbare slutninger om hvordan brukerne i kommunene generelt sett oppfatter tildelingsprosessen, kommer vi nedenfor først og fremst til å presentere resultatet fra undersøkelsen for hele perioden samlet, i tillegg til å løfte frem noen kvalitative beskrivelser. Slik vi oppfatter det, har ikke metoden vært egnet til å se på endringer mellom svarene over tid eller mellom kommuner.

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 har det vært få av i hele forsøksperioden. Mange av brukerne har vært lite delaktig i selve tildelingen fordi prosessen har blitt initiert av et sykehus eller en annen behandlingsinstitusjon, fastlegen, av pårørende eller i samråd med tjenesten de allerede mottar.

3.6.5 Årsverkskartlegging

Kontaktpersoner i hver kommune ble i september 2019 tilsendt et utfyllingsskjema knyttet til antall årsverk i kommunen per 1.9.2019. Tilsvarende måling – med likt oppsett – ble gjort for 1.1.2016, 1.9.2016 og 1.9.2017, 1.9.2018.

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

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

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

3.6.6 Vedtakskartlegging

Som en del av evalueringsarbeidet gjennomgått vedtak (melding om vedtak/underretning om vedtak) fra A-kommunene fra 2015/2016 og 2019. Totalt er 34 vedtak fra 2015/2016 og 22 vedtak fra 2019 gjennomgått. Gjennomgangen har omhandlet både førstegangsvedtak, revurderinger, men også avslag på søknad om tjenester. Vedtakskartleggingen er omtalt i kapittel 5.6: Rutiner og verktøy i tildelingsprosessen.

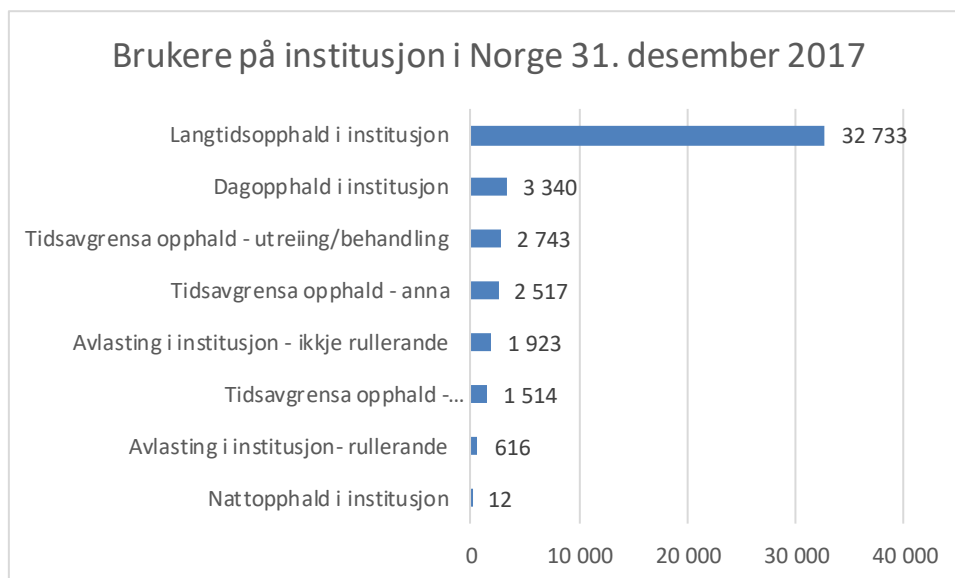
3.6.7 IPLOS og KPR

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.

I begynnelsen av vår evaluering bestilte vi egne data fra IPLOS-registeret fra Statistisk sentralbyrå (SSB). De siste årene har SSB publisert flere data fra IPLOS i statistikkbanken, noe som innebærer at dataene vi trenger har blitt lettere tilgjengelig.

Omsorgsdata (IPLOS-opplysninger) ble for første gang sendt til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i 2019. Helsedirektoratet har ansvaret for dette registeret, og har planer om en gradvis utbygging. Dataene som SSB publiserer blir altså nå levert fra KPR.

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



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

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

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

På grunn av dette valgte vi en grovere tilnærming hvor vi skiller mellom langtids- og korttidsopphold. Dataene vi har brukt er registrerte oppholdsdøgn for langtids- og korttidsopphold hentet fra KOSTRA.

3.6.8 Vedtatte timer og døgn fra 2017 til andre kvartal 2019

Omfanget av vedtatte timer og døgn gir grunnlag for utbetaling av aktivitetstilskuddet til kommunene. Kommunene rapporterer hvert kvartal til Helsedirektoratet. Ved hver rapportering er det møter mellom direktoratet og den enkelte kommune med en gjennomgang og kvalitetssikring av dataene. Særlig i begynnelsen av forsøket har det vært utført et betydelig arbeid med å sikre god kvalitet for dataene som ligger til grunn for tilskuddene.

Utviklingen den første perioden var preget av opprettingene som ble gjort¹³. I begynnelsen var det derfor vanskelig å bruke dette som indikator for utviklingen av den enkelte tjeneste over tid. Arbeidet har medført at kvaliteten har blitt styrket, slik at dataene nå også er brukt som grunnlag for våre analyser. Dataene må imidlertid tolkes med en viss grad av forsiktighet. Enkelte utviklings-trekk kan være et resultat av et ryddearbeid mer enn reelle endringer. I rapporten kommenterer vi noen slike forhold vi har blitt oppmerksomme på i arbeidet med rapporten.

3.6.9 KOSTRA

Statistikk hentet fra KOSTRA er en viktig kilde for indikatorene omtalt i kapittel 5. 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.

3.6.10 Metode for fordelingen av utgifter på tre brukergrupper

Kommuneregnskapet for 2015, 2016, 2017 og 2018 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, multip psykisk 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.

¹³ Vårt forsøk på å bruke disse dataene er dokumentert i rapporten: «*Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader*» av august 2018..

Fordeling av regnskapet for 2015 og 2018 ble gjort for både kommunene i forsøket og kontrollkommunene. Fordelingen av regnskapet for 2016 og 2017 er avgrenset til de seks kommunene i forsøket.

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

Fordelingen er basert på detaljert regnskap for hele kommunen. Regnskapet har blitt tilrettelagt av Agenda Kaupang på et mer aggregert nivå. Kommunene har i etterkant fordelt regnskapet på de tre brukergruppene. Innenfor hver gruppe er det også foretatt en fordeling på brukere over og under 18 år. Kommunene har fått en noe mer detaljert beskrivelse av 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 sammenlikninger mellom regnskapet som er sendt oss og rapporteringen kommunene har gjort i KOSTRA. Det er kun oppdaget helt marginale forskjeller. I fordelingen av regnskapet er det også oppdaget noen mindre feil som er rettet opp.

Fra nettoutgifter til bruttoutgifter

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

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

Det har derfor blitt bestemt å etablere en tidsserie for bruttoutgiftene for 2015, 2016, 2017 og 2018. Bruttoutgiftene er en størrelse som gir et bedre uttrykk for aktiviteten enn nettoutgiftene. Noe av kjernen i forsøket er nettopp den aktivitetsbaserte finansieringen. Derfor kan bruttoutgiftene være en mer relevant størrelse enn nettoutgiftene.

I tolkningen av utviklingen er det viktig å være klar over at endringer i fravær kan føre til utgifter som ikke reflekterer tilsvarende endringer i aktiviteten. Økt fravær vil jo føre til flere vikarer og en økning i bruttoutgiftene som ikke henger sammen med endringer i aktiviteten. Redusert fravær vil ha motsatt effekt.

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

3.6.11 Metode for korrigerende av behov

Metode for korrigerende av forskjeller i behov

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

konsulentfirmaer. Resultater av beregningene blir brukt av kommuner landet rundt og av nasjonale aktører på feltet.

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

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

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

Mest nøyaktig på overordnet nivå

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

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

Likebehandling, men ikke like tjenester

De overordnede målene med forsøket er økt likebehandling på tvers av kommunegrenser, og riktiger behovsdekning for innbyggerne. Økt likebehandling og riktiger 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 korrigeringene er ikke et normativt system som skal si noe om hva kommunene må bruke midlene på, men er et system for mest mulig rettferdig fordeling mellom kommunene ut ifra kommunenes behov.

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

grunnlag for intervjuer og annen dialog med representanter for kommunen. Gjennom intervjuene vil vi kunne få en bedre forståelse for begrunnelsen for de lokale tilpasningene av tjenestetilbudet.

4 Endringer i forsøkskommunene

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

4.1 Os

Os kommune i Hordaland er en av A-kommunene i forsøket og har tatt del i forsøket siden mai 2016.

Os har fattet vedtak om sammenslåing med Fusa kommune (Bjørnafjorden kommune), med etablering 1. januar 2020. Mange trekker frem at den forestående sammenslåingsprosessen vil medføre endringer og kreve mye oppmerksomhet fremover fra kommunens side. Bjørnafjorden kommune har inngått avtale om videre deltagelse i forsøket fram til desember 2022.

Den største enkeltendringen i Os kommunes pleie- og omsorgssektor i forsøksperioden var åpningen av Luranetunet bo- og behandlingssenter i november 2017. Os kommune gjorde en omorganisering i september 2017 der Oppvekst og kultur ble samorganisert med Helse og omsorg, hvor tjenestene som berøres av forsøket er organisert.

4.1.1 Status før forsøket

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

Tildelingsfunksjonen

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

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

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

Tjenestene

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

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

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

Økonomi

Os kommune hadde i 2015 netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester på 222 mill. kr. Dette beløpet er grunnlaget for uttrekket som gjøres hvert år i forsøkskommunene, kun med justeringer for lønns- og prisvekst samt anslått kostnadsvekst som følge av demografi.

Kostnadsnivået i pleie- og omsorgstjenesten til Os ble i 2016 beskrevet som lavt, med mange tjenester levert lavt i omsorgstrappen, og en kostnadseffektiv innretning på de hjemmebaserte tjenestene. Også institusjonsplassene ble drevet til en enhetspris (per oppholdsøgn) under landssnittet.

Innføring av forsøket

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

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

4.1.2 Tildelingsfunksjonen i forsøket

Tildelingsenheten har vært gjennom store endringer i forbindelse med forsøket. Overordnet beskrives effektene som positive, da det har vært økt oppmerksomhet rundt brukervedvirkning, vedtakspraksis og kartleggingsprosessen forut for tjenestetildeling.

Brukermedvirkning

Tildelingsenheten trekker fram at det har vært økt bevisstgjøring knyttet til brukervedvirkning i forbindelse med forsøket. Blant annet er søknadsskjema med avkrysning av tjeneste erstattet med beskrivelse av behov.

Gjennom å delta to ansatte på kartleggingsmøter med brukeren har kapasiteten til å få frem hva som er viktig for bruker økt. Samtaleguiden har ifølge flere informanter gjort at de ansatte har blitt mer bevisst på det reelle behovet. Samtidig trekkes det fram at det er stor forskjell mellom brukergruppene, eksempelvis trekker en informant fram at barnefamilier som regel er veldig tydelige på hva de trenger, mens mange eldre ikke krever så mye.

Det har vært arrangert åtte fokusgrupper med pårørende i Os kommune i perioden 2016-2019, to hvert år. I de fleste av dem har brukerne uttrykt seg positive til både tildelingsarbeidet og tjenestene. I 2016 og 2017 var det enkelte negative tilbakemeldinger forbundet med å ha sykehjemsplass utenfor kommunen. Etter åpningen av Luranetunet var det ingen som trakk fram dette lenger. Noen få pårørende har uttrykt seg kritisk til tilnærmingen med «Hva er viktig for deg?», da de har opplevd den åpne formen for kartlegging som utydelig på hvilke tjenester brukeren har rett på.

Det store bildet er imidlertid at Os kommune leverer gode tjenester. Brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2018 gjennom rammeverket til *bedrekommune* underbygger dette. Hjemmebaserte tjenester fikk en gjennomsnittlig score på 5,5 (av 6) mot 5,1 i Norge. Luranetunet fikk en score på 4,6 mot 4,5 i Norge (påførendeundersøkelse).

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Som beskrevet i tidligere rapporter er informantene samstemte om at tildelingsenheten lenge har hatt god kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og samarbeider godt med andre enheter i kommunen. Kapasiteten i tildelingsenheten økte med 1,8 årsverk når forsøket startet, og to ytterligere prosjektstillinger innen kartlegging kom til i 2018. Det er flere som trekker fram at det å ha en ergoterapeut i tildelingsteamet har gitt bedre faglig bredde. Kommunesammenslåingen med Fusa (til Bjørnafjorden) trekkes imidlertid fram som en faktor som har krevd mye ressurser fra tildelingsenheten i 2018 og 2019.

En av nyvinningene med kartleggingen er mer systematikk knyttet til kartleggingene. Det brukes mer tid på å kartlegge, og det er gjerne mer enn én person som er med. Flere informanter mener dette gjør at tjenestene blir mer spisset til individuelle behov. I noen tilfeller betyr dette at dyre tiltak som er forespeilet pasienten av spesialisthelsetjenesten erstattes av hjemmebaserte tiltak og lavterskeltilbud. De fleste mener imidlertid ikke at dette gir en vesentlig annen fordeling av tjenester for kommunen i stort.

Samarbeidet mellom tildelingsenheten og utførerenhetene beskrives fortsatt som godt av begge parter. De fleste informanter gir imidlertid inntrykk av at samarbeidet har fungert godt lenge og ikke egentlig kan tilskrives forsøket.

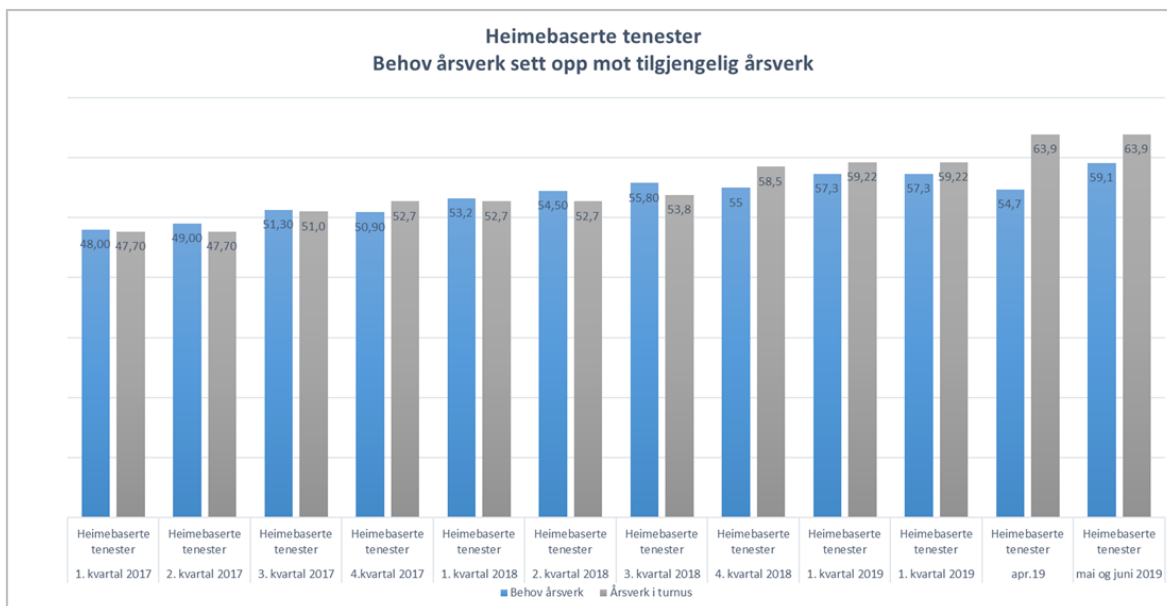
Vedtak

Vedtakspraksis endret seg ganske tidlig inn i forsøksperioden, med flere forbedringer allerede i 2017. Generelt handler dette om at vedtakene er ryddigere, og har et tydeligere språk. Blant annet brukes det en ny vedtaksmal, og det har blitt jobbet med klart språk i vedtakene. Sentrale endringer siden innføring av forsøket har vært:

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

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

Os kontrollerer samsvar mellom vedtatte og utførte tjenester gjennom å sammenligne årsverksbehov (estimert på bakgrunn av antall/type vedtak og faktisk årsverk i tjenesten. Dette er blitt satt opp som en standardrapport i EPJ-systemet Profil som kommunen bruker. Et eksempel på en slik rapport framgår av Figur 4-1.



Figur 4-1: Kontroll av samsvar mellom estimert årsverksbehov og årsverk i hjemmebaserte tjenester 2017-19.
Kilde: Os kommune

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

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

Rutiner og verktøy

Både samtaleguiden som brukes i kartleggingen og skjemaet for søknad om tjenester beskrives som gode og nyttige verktøy i tildelingen. Enkelte informanter trekker fram at kartleggingsskjema er litt langt, og at det derfor ikke alltid blir fylt ut helt.

Sjekklisten brukes i mindre grad og beskrives som tungvint å bruke, uten at den gir direkte nytte inn i tildelingsprosessen.

4.1.3 Utvikling av tjenestene

Det generelle inntrykket som gis av samtlige informanter at Os kommune fortsatt yter gode omsorgstjenester som i stor grad dekker brukernes behov, og at forsøket har gitt en mulighet til å videreutvikle disse.

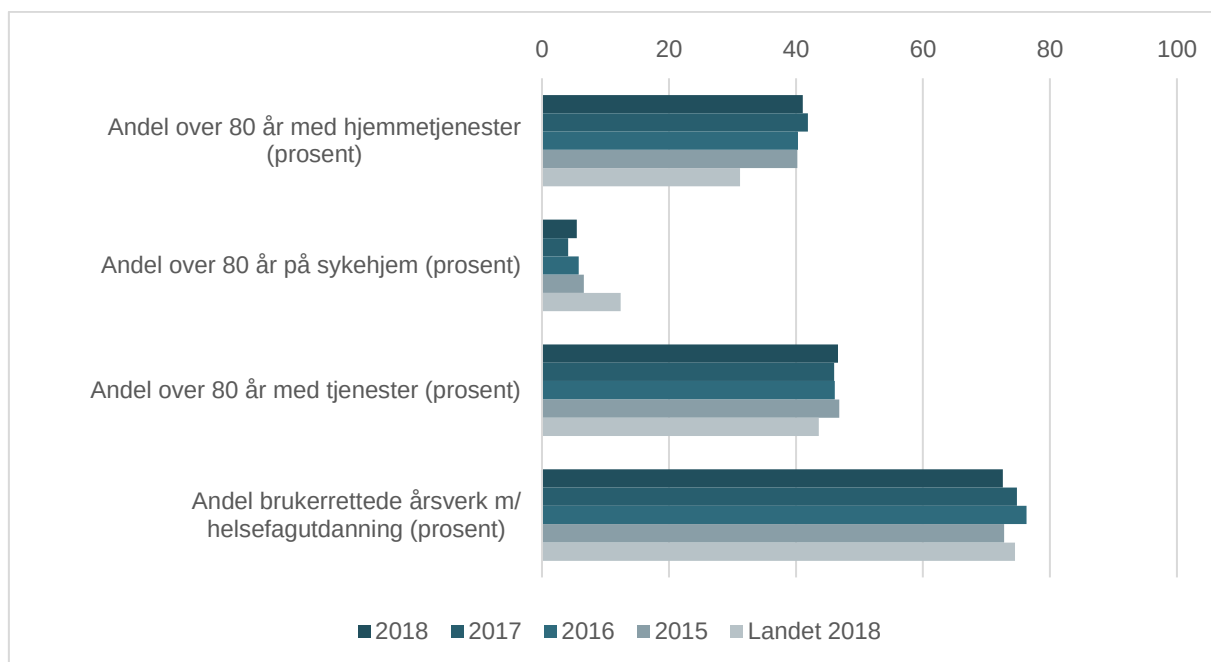
Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Den største endringen som har skjedd er åpningen av Luranetunet i november 2017. Flere av informantene mener dette var en vesentlig forbedring med tanke på tilbudet brukerne mottar, og det nye sykehjemmet beskrives som innbydende og moderne. Før åpningen av sykehjemmet måtte kommunen kjøpe flere institusjonsplasser eksternt og hadde mange liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

Etter åpningen er imidlertid flere informanter bekymret for at den totale økningen i både sykehjemstjenester og hjemmebaserte tjenester er for stor. Særlig er veksten stor innenfor aldersgruppen 0-66 år. Det er imidlertid uklart hva økningen skyldes, og mulige forklaringer som trekkes fram er:

- Generell demografisk vekst
- Økt tilflytting av personer med høyt bistandsbehov, innenfor alle brukergrupper
- Økt evne til å identifisere behov og lavere terskel for å innvilge tjenester

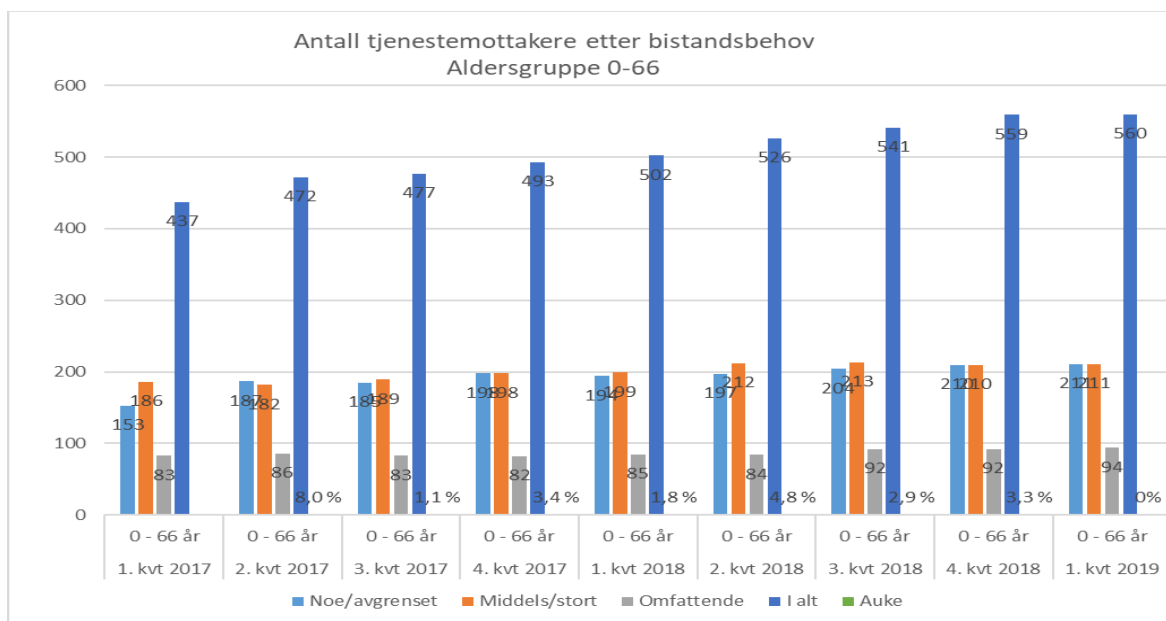
Figurene under dekker årene 2015-2018, og viser utviklingen på noen sentrale indikatorer basert på innrapporterte tall til KOSTRA. Tallene fanger dermed ikke opp utvikling som har skjedd i løpet av 2019.



Figur 4-2: Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Os kommune 2015-18. Kilde: KOSTRA

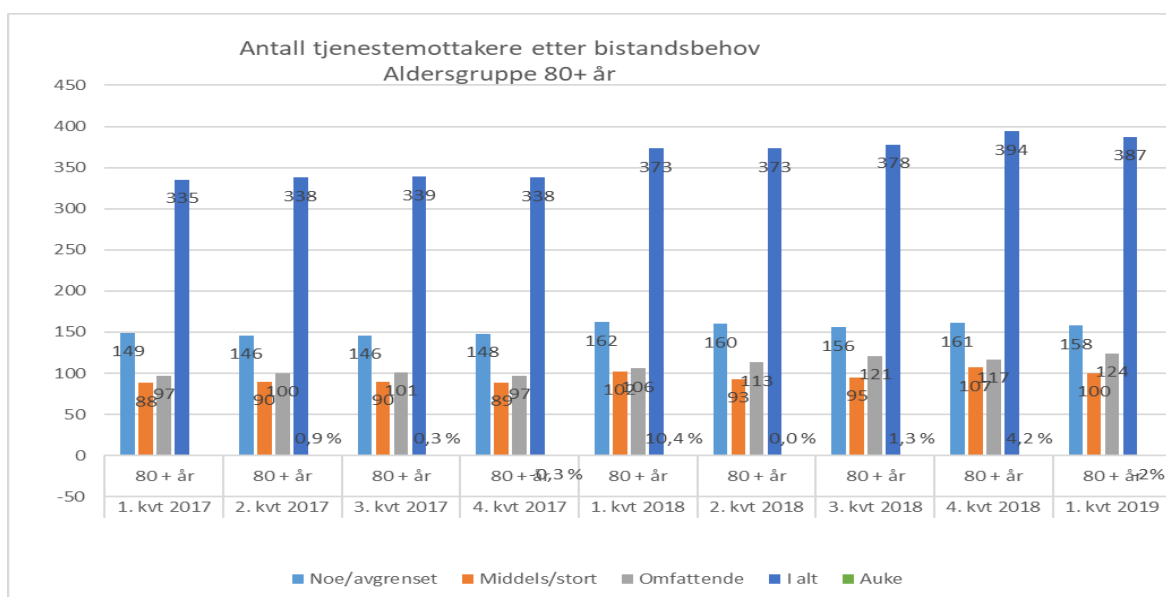
Figur 4-2 viser at Os kommune gir hjemmetjenester til mange brukere over 80 år, sammenlignet med resten av landet, mens det på sykehjem er motsatt. Når det gjelder andel over 80 år på sykehjem ligger langt under landsgjennomsnittet på 12,4prosent, og har gjort det i hele forsøksperioden. Det er naturlig å gå ut fra at økningen som har vært fra 2017 (4,1 prosent) til 2018 (5,5 prosent) kan forklares ut fra åpningen av Luranetunet. Noen informanter trakk fram at det var en viss «opphepning» av sykehjemsbehov i tiden fram mot åpningen. Det at andelen over 80 år med hjemmebaserte tjenester holder seg høy støtter inntrykket av at Os viderefører den langsiktige strategien om å satse på hjemmebasert omsorg. Likevel ble den siste avdelingen på Luranetunet åpnet før planlagt tid mars 2019, og kommunen kjøpte også enkelte sykehjemsplasser i 2019.

Ifølge kommunens egen statistikk fra sumrapporter – som gir et mer detaljert bilde - økte antall brukere aldersgruppen 0-66 med hele 4,8prosent i 2. kvartal 2018.



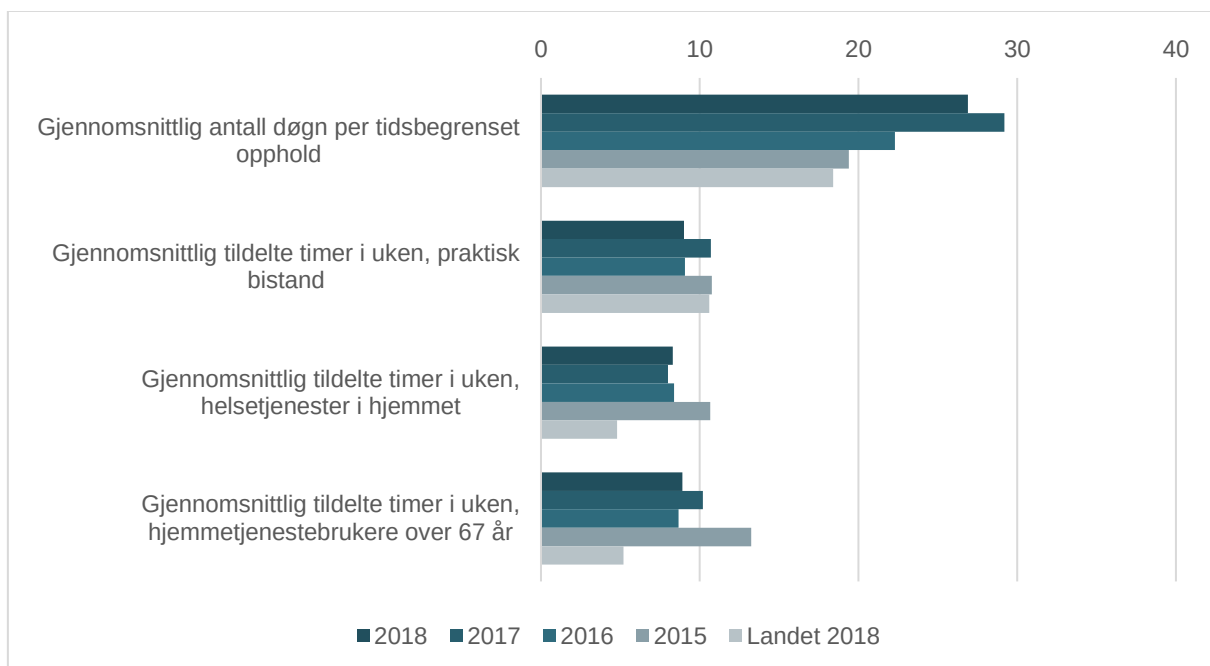
Figur 4-3: Tjenestemottakere 0-66 år, etter bistandsbehov. Kilde: Os kommune

Antall brukere over 80 år økte med hele 10,4 prosent i 1. kvartal i 2018 da Luranetunet ble åpnet.



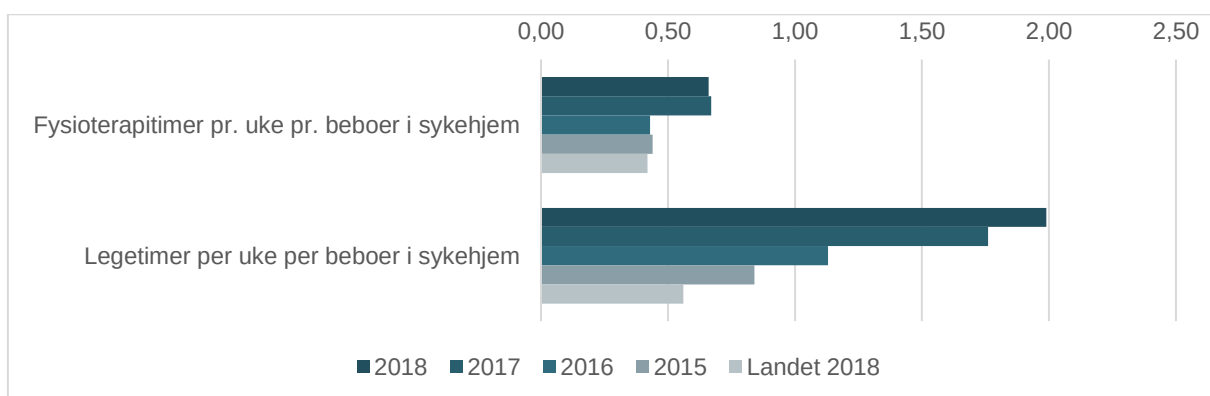
Figur 4-4: Tjenestemottakere over 80 år, etter bistandsbehov. Kilde: Os kommune

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



Figur 4-5: Gjennomsnittlig antall døgn per tidsavgrenset opphold, og tildelte timer per uke i ulike kategorier, Os 2015-18. Kilde: KOSTRA

Figur 4-5 viser blant annet gjennomsnittlig tildelte timer i uken til praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet, hvor Os historisk har ligget over landssnittet på sistnevnte. Variasjonene mellom de to kategoriene i forsøksperioden kan imidlertid forklares ut fra hvordan vedtakene har blitt kodet, og dermed ikke reflektere endringer i praksis. Når det gjelder oppholdstiden på korttidsplass har denne i årene 2016 og 2017 vært høy, før den ble noe redusert i 2018. De fleste informantene forklarer dette med at en del korttidsplasser ble brukt som langtidsplass på grunn av kapasitetsutfordringer forut for åpningen av Luranetunet.



Figur 4-6: Gjennomsnittlig antall timer fysioterapi og lege per uke per beboer på sykehjem, Os 2015-18. Kilde: KOSTRA

Antall lege- og fysioterapitimer blir ofte brukt som en indikator for kvaliteten av tilbudet på sykehjem, samtidig som det kan si noe om behovet til brukerne. På begge indikatorer ligger Os godt over landsgjennomsnittet. Som beskrevet i kapittel 6.4.2 bruker Os mye per oppholdsdøgn på sykehjem sammenlignet med andre kommuner. Det er imidlertid uvisst hvor mye av dette som skyldes en del investeringer (f.eks. innkjøp av utstyr, lisenser til pasientvarslingssystem og andre

ikt-kostnader). Luranetunet blir i mange sammenhenger – og av informantene – trukket fram som et sykehjem av høy kvalitet. Likevel varslet i august 2019 ansatte om svak bemanning på demensavdelingene ved sykehjemmet, med tilhørende negative konsekvenser for pasientene.

Hverdagsrehabilitering

Den mest markante satsingen i løpet av forsøksperioden kan sies å være kommunens satsing på hverdagsrehabilitering. Først er et kartleggingsteam på to personer inne og kartlegger bruker i 14 dager, for å se hvilke utfordringer som finnes, før det fattes et vedtak. Hverdagsrehabiliteringen bygger på arbeidet som kartleggingsteamet har gjort – og følger opp med trening i 14 dager. Etter fire uker med hverdagsrehabilitering følger en uke med etterbygging som betyr å legge til rette aktiviteter og lavterskeltiltak for å ivareta effektene som er oppnådd i løpet av rehabiliteringsperioden. Kommunen arbeider mye med overgangen fra hverdagsrehabilitering til hjemmebaserte tjenester, for å sørge for at brukerens mål gjenspeiles i den videre tjenesten. For eksempel, dersom det er et mål at brukeren skal hente avisen selv hver dag, er det viktig at dette ikke gjøres av hjemmetjenesten.

Os kommune fører et eget skyggeregnskap for å kartlegge hvilke kostnader som påløper til hverdagsrehabilitering, sammenlignet med kostnadene som hadde påløpt dersom kommunen hadde tildelt i henhold til spesialisthelsetjenestens forventninger (f.eks. sykehjemsplass).

Kommunen har også opprettet arbeidslag for demens med fem nye stillinger.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi har vært et konkret satsingsområde som følge av midlene som har fulgt med forsøket. I mai 2018 vedtok kommunen å bruke 9 mill. kr på investeringer i velferdsteknologi og medisinsk utstyr. Forut for dette hadde en gruppe fra kommunen blant annet vært på studietur til Ålborg i Danmark og fått inspirasjon og kunnskap om ulike løsninger. Videre har det vært satset på oppgradering av det lokale hjelpemiddellageret og å kjøpe moderne utstyr til Luranetunet (senger, løfteanordninger mv).

Kompetanseplanen for 2019 inneholder også en sterk satsing på opplæring i velferdsteknologi, og 1,8 mill. kr er satt av til dette.

Mange av de større satsingene innen velferdsteknologi og e-helse gjøres i samarbeid med flere andre kommuner i Nord-Hordaland. Blant annet skal det anskaffes et nytt system for trygghets-alarmer sammen med Fusa, med teknisk plattform og responscenter, som kan fungere som infrastruktur for en rekke nye applikasjoner (GPS, varslingssystemer mv). Integrasjon mot journalsystem nevnes også som et utviklingsområde.

Samtidig er det flere informanter som trekker fram at både gjennomføringen av forsøket og den forestående kommunesammenslåingen tar opp mye av utviklingskapasiteten i kommunen, og at dette kan bidra til at større løft innen velferdsteknologi kan ta lengre tid å gjennomføre. Likevel mener flere at deltagelsen i forsøket har gitt kommunen økt økonomisk handlingsrom til å finansiere slike satsinger.

Kompetanseutvikling i tjenesten

Os har gjennom forsøket fått anledning til å satse tungt på kompetanseutvikling. I 2018 ble det besluttet å bruke 3 mill. kr av overskuddet til kompetanseheving, og ytterligere 6,7 mill. kr i 2019. Bruken av disse midlene følger en kompetanseplan som inkluderer alle tjenesteområdene. Kompetanseplanen inneholder alt fra fagdager og kurs til videreutdanning.

4.1.4 Økonomi og finansieringsmodell i forsøket

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

Forsøkets effekt på kostnadene

Os har hatt en betydelig vekst i bruttoutgifter til pleie- og omsorgstjenester i forsøksperioden, fra 311 mill. kr i 2015 til 431 mill. kr i 2019. Denne økningen har imidlertid skjedd i en periode med sterk demografisk vekst i de gruppene som oftest trenger omsorgstjenester, samtidig med åpningen av et nytt sykehjem og betydelige investeringer i utstyr og utviklingen av tjenesten. Videre trekker mange informanter frem at det har vært et betydelig antall tilflyttere med omfattende behov.

Selv om de fleste informanter anerkjenner kostnadsveksten er det ulike meninger om hvorvidt dette skyldes rausere tjenestetildeling og høyere driftsutgifter, eller om det skyldes demografi, investeringer og andre faktorer.

Selv om demografisk vekst (målt gjennom de objektive kriteriene i det statlige inntektssystemet, se kap. 6.2) kan forklare en del av kostnadsveksten, er det en betydelig andel av veksten som ikke kan forklares gjennom dette. En mulig forklaring til differansen kan være tilflyttende brukere. Dersom tilflytterne samlet sett har et unormalt stort hjelpebehov vil ikke dette nødvendigvis gjenspeiles i de objektive kriteriene, og brutto utgifter vil følgelig øke mer enn beregnet behov.

Den alternative forklaringen er at forsøket – gjennom økte midler og stykkprisfinansiering – har ført til at kommunen fatter flere vedtak enn de ellers ville gjort, og at driftskostnadene ut i tjenesten øker. Selv om tildelingsenheten opplever at de fatter bedre og mer spissede vedtak om tjenester nå, er det ikke en oppfatning av at tildelingen er blitt rausere. Det at andelen brukere over 80 år med plass på institusjon eller hjemmetjenester er forholdsvis stabil i forsøksperioden (se Figur 4-2) tyder på at dette stemmer.

En mer plausibel forklaring på kostnadsveksten kan ligge i at enhetskostnadene for de ulike tjenestene har økt. Mange av investeringene og utviklingstiltakene som finansieres av overskuddet i forsøket kostnadsføres på de ulike enhetene som utfører tjenesten, slik at den beregnede enhetskostnaden øker. Eksempler på dette kan være utgifter til kompetanseutvikling (inkl. vikarer til de som er på kurs/studier) og investeringer i velferdsteknologi, hjelpemidler og utstyr. Ettersom kommunene må bruke opp midler fra første del av forsøket (2016-2019) innen utgangen av 2020, vil dette være kostnader som kommunen uansett måtte tatt.

Samtidig er det også en risiko for at de store overskuddene fra forsøket har svekket kostnadskontrollen. En leder beskriver en situasjon der han/hun nå har en lavere terskel for å bestille nytt utstyr:

«Jeg kjøpte toalettstoler nye, før ville jeg kanskje sjekket om vi hadde det et annet sted først»

En annen enhetsleder beskriver en situasjon der han/hun ikke lenger ansvarliggjøres for eget driftsbudsjett, siden det i praksis følger midler med hvert vedtak. Siden tjenestebehovet – og dermed også inntektene – endrer seg hele tiden, vil ikke det opprinnelige budsjettet (i motsetning til tidligere) være noe han/hun forventes å følge.

Forsøkets effekt på inntektene

Os er den kommunen som har hatt størst økonomisk gevinst av forsøket, målt i differansen mellom 1) uttrekk fra rammetilskudd og tilskudd til ressurskrevende brukere, og 2) aktivitetstilskudd og rundsumtilskudd. Denne differansen økte fra 10 mill. kr i 2016, til 89 mill. kr i 2018, og forventes å være enda høyere i 2019. Det skal legges til at en vesentlig del av dette skyldes endringer i demografi, som gjør at de reelle gevinstene ville vært mindre siden det ordinære rammetilskuddet også ville økt dersom Os ikke var med i forsøket.

Inntektene i Os skyldes både økt aktivitetsnivå etter at forsøket startet, og at finansieringsmodellen har vært innrettet på en måte som har vært gunstig for Os.

Endring i aktivitetsnivå

Tabell 4-1 viser utviklingen i aktivitetstilskudd for Os kommune i forsøksperioden, og gir et godt bilde av aktivitetsveksten i kommunen i forsøksperioden.

Tabell 4-1: Aktivitetstilskudd til Os kommune fordelt på tjenester per kvartal, 2017-2019. Tall i mill.kr (2019-kroner). Kilde: Helsedirektoratet

	Os									
	2017-1	2017-2	2017-3	2017-4	2018-1	2018-2	2018-3	2018-4	2019-1	2019-2
Langtidsopphold på institusjon	7,1	6,4	7,3	5,4	2,8	5,3	7,6	8,8	9,3	11,1
Korttidsopphold på institusjon	5,3	5,6	6,7	5,8	7,9	7,1	7,8	7,4	7,6	8,2
Utskrivningsklare fra sykehus	0,6	0,2	0,6	0,4	0,0	0,1	0,3	1,1	0,7	0,1
Helsetjenester i hjemmet	44,8	45,7	48,0	49,5	40,9	48,4	48,0	47,5	48,0	48,6
Praktisk bistand daglige gjøremål	3,1	3,1	3,2	7,9	15,3	10,0	9,4	9,6	9,0	9,2
Praktisk bistand, opplæring	16,5	16,6	15,5	16,4	16,0	16,8	17,0	18,7	18,6	19,1
Praktisk bistand, BPA	1,8	3,6	2,8	2,7	2,7	2,5	2,7	3,1	2,2	3,8
Avlastning utenfor institusjon	1,2	1,3	1,0	1,0	1,1	0,7	0,7	0,9	1,0	1,0
Dagsenter	4,8	5,0	5,3	5,1	6,0	5,1	5,5	5,5	5,3	5,5
Omsorgslønn	1,3	1,3	1,3	1,3	1,9	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5
Støttekontakt	1,3	1,4	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7
Institusjon	13	12	15	12	11	13	16	17	18	19
Helsetjenester, praktisk bistand	66	69	70	77	75	78	77	79	78	81
Andre tjenester	9	9	9	9	11	9	9	9	9	10
I alt	88	90	93	97	96	99	102	106	105	110

Det er kort- og langtidsopphold på institusjon som har økt mest i perioden, noe som kan forklares av den store netto økningen i antall sykehjemsplasser ved åpningen av Luranetunet. Barneboliger regnes også i denne kategorien og bidrar til veksten. I november 2017 åpner Luranetunet som da bestod av 35 nye omsorgsboliger.

Åpningen reduserer følgelig også helsetjenester i hjemmet, samtidig som kommunen blir bedt om å omkode disse tjenestene til *praktisk bistand til daglige gjøremål*. Os har i likhet med de andre kommunene har vært i diskusjoner med Helsedirektoratet for når tjenester skal kodes som hhv. praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet, siden disse gir ulik sats. Dette forklarer økningen i første kvartal 2018. Det ble kodet tilbake til *helsetjenester i hjemmet* fra og med andre kvartal, noe som forklarer den påfølgende nedgangen.

Hovedtrenden er imidlertid at det også innen hjemmebaserte tjenester er en betydelig økning av aktivitetsnivået. BPA øker i 2018 pga. nye brukere og økning i de eksisterende vedtakene. Dette henger sammen med nytt lovverk som slo inn i denne perioden.

Innretning av finansieringsmodellen

Som beskrevet i 6.2 er det tre hovedforklaringer til hvordan en kommune i forsøket går med overskudd: 1) justering av uttrekket for demografisk utvikling, 2) erstatning av tilskuddet for ressurskrevende tjenester med aktivitetstilskudd, og 3) kommunenes enhetskostnader. Den største gevinsten for Os sin del ligger i at uttrekkets justering for demografisk utvikling er langt mindre enn den reelle veksten (siden denne har vært svært høy i Os). Dermed blir kommunens fratrekk mindre enn det kommunen kompenseres for gjennom aktiviteter. Den andre gevinsten ligger i at aktivitetstilskuddene er gunstigere enn den ordinære ordningen med statlige refusjoner for ressurskrevende tjenester. Den tredje gevinsten ligger i at satsen Os mottar per tjeneste i snitt er høyere enn kommunens egne enhetskostnader. Beregninger fra 2017 viste at Os i snitt hadde enhetskostnader som lå 5 prosent lavere enn aktivitetstilskuddet (se kap. 6.4).

Bruk av overskudd

Som beskrevet over har Os kommune hatt betydelige inntekter fra forsøket i hele perioden. Strategien har ifølge flere informanter vært å benytte disse midlene til framtidsrettede tiltak, framfor å øke generelle driftskostnader. Oversikten over tiltakene Os har gjennomført eller planlegger å gjennomføre, understøtter at denne strategien følges. Overskuddet fra forsøket disponeres til satsinger og investeringer innen sykehjemslokaler, velferdsteknologi, hjelpemidler, hverdagsrehabilitering og kompetanseutvikling.

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

Tabell 4-2: Vedtak i formannskapet 8.5.2018 i Os kommune vedrørende bruk av ekstra midler fra forsøket i 2018

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

Selv om Os brukte 19 mill. kr på disse satsingene i 2018, hadde kommunen fortsatt ca. 31 mill. kr i ubrukte midler ved utgangen av 2018 som var blitt satt på et eget fond. Formannskapet vedtok 4. juni 2019 en rekke utviklingstiltak innen pleie- og omsorgstjenestene, med en samlet kostnad på 31 mill. kr. Disse tiltakene inkluderte:

Tabell 4-3: Vedtak i formannskapet 4.6.2019 i Os kommune vedrørende bruk av ekstra midler fra forsøket i 2019

Investeringer, herunder 11,5 mill. kr til ombygging av gammelt sykehjem	15,2 mill. kr
Budsjettvedtak 2019	1,8 mill. kr
Satsinger 2019, herunder hverdagsrehabilitering, kartleggingsteam og velferdsteknologi	5,0 mill. kr
Kompetanseplan 2019	6,7 mill. kr

Økonomiske effekter for andre deler av kommunen

Selv om tilskuddene mottatt gjennom forsøket er øremerket til helse og omsorg, er det likevel flere effekter for de øvrige delene av kommunen. Den viktigste effekten er den som omtales i kap. 6.2, nemlig at rammetilskuddet resten av kommunen mottar (med uttrekk for pleie og omsorg), justeres for den demografiske veksten som i forsøket finansieres gjennom aktivitetstilskudd.

Videre er det gjennom intervjuene trukket fram en rekke andre mekanismer som gjør at forsøket også er gunstig for øvrige deler av kommunen:

- ▶ Praksisen der oppvekstsektoren betaler pleie- og omsorgssektoren for tjenester de yter knyttet til skole er innstilt i forsøksperioden. Dette utgjør 5-7 mill. kr per år.
- ▶ Pleie- og omsorgssektoren dekker nå en del kostnader på eget område, som ellers kanskje ville blitt dekket av kommunens generelle IKT-budsjett.
- ▶ Siden pleie og omsorg finansieres gjennom forsøksmidler har de ansatte ikke brukt av lønnsjusteringsfondet, som gjør at det blir mer igjen til andre deler av kommunen.
- ▶ De andre sektorene har i forsøksperioden vært skjermet for budsjettkutt som skyldes overskridelser innen pleie og omsorg.

4.1.5 Oppsummering: hvordan har forsøket påvirket Os?

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

- ▶ Kommunen har utviklet mer systematikk i arbeidet med kartlegging og hverdagsrehabilitering. En lengre kartleggingsperiode før vedtak, etterfulgt av fem ukers hverdagsrehabilitering inkl. etterbygging, har i mange tilfeller gjort kommunen bedre i stand til å tilpasse tjenesten til brukers behov.
- ▶ Vedtakene har blitt forvaltningsfaglig sterkere, blir revurdert oftere og setter tydeligere mål for brukeren.
- ▶ Tildelingsenheten har fått bedre kapasitet og mer tverrfaglig kompetanse. I tillegg samarbeider tildelingsenheten tettere med økonomiavdelingen enn tidligere.
- ▶ Arbeidet med riktig koding og rapportering har gitt kommunen bedre oversikt over egne tjenester og økonomien forbundet med ulike tiltak. Kommunen har gjennom dette blant annet utviklet metodikk for å beregne langsiktige kostnader og gevinster knyttet til satsing på hverdagsrehabilitering.

Os kommune har hatt en betydelig vekst i både kostnadsnivå og inntekter gjennom forsøket. Det er sannsynlig at mye av dette skyldes økning i antall innbyggere med høyt hjelpebehov, både eldre og personer med nedsatt funksjonsevne. Mange informanter mener dette også skyldes høy grad av tilflytting til kommunen blant personer/familier med stort behov for tjenester. Åpningen av Luranetunet bo- og behandlingssenter i 2017 er også en forklaring på økningen i utgifter.

Os har tilsvarende hatt svært store inntekter gjennom finansieringsmodellen, både på grunn av høy aktivitet og hvordan finansieringsmodellen er innrettet. Kommunen har blant annet hatt lave enhetskostnader innenfor hjemmebaserte tjenester, sammenlignet med aktivitetstilskuddene i finansieringsmodellen. Alt i alt har dette gitt kommunen et betydelig overskudd som er øremerket pleie- og omsorgstjenestene. Dette overskuddet har gitt seg utslag i omfattende investeringer i institusjonslokaler, velferdsteknologi, hjelpemidler og kompetanseheving, samt en sterk satsing på hverdagsrehabilitering.

4.2 Stjørdal

Stjørdal kommune i Trøndelag er en av A-kommunene og har tatt del i forsøket siden mai 2016.

4.2.1 Status før forsøket

I vår nullpunktsanalyse av Stjørdal i 2016 ble status i kommunen ved inngangen til forsøket beskrevet. Stjørdal fremsto da som en svært effektiv kommune definert ut fra lave utgifter etter korrigering for behov. Tjenesteprofilen var preget av lav sykehjemsdekning, langvarig satsing på og prioritering av hjemmebaserte tjenester og mange tiltak på de nedre trinnene av omsorgstrappen. For en grundigere redegjørelse av status før forsøket vises det til evalueringsrapporten av 2016.

Tildelingsfunksjonen

Forvaltningsfunksjonen i Stjørdal kommune var og er fortsatt en del av Forvaltningskontoret i Værnes-regionen. Informantene var før forsøket i rimelig grad tilfreds med kompetansen i forvaltningsfunksjonen som bestod av sykepleiere, sosionom og vernepleiere. I kartleggings- og tildelingsprosessen deltok i tillegg til Forvaltningskontoret også Hverdagsrehabiliteringsteam (som etter hvert ble til Hverdagsmestringssteamet) og Primærhelseteamet. Dette synes å styrke kompetansen ytterligere. Samtidig førte tilstedeværelsen av tre aktører i disse prosessene til noen uklarheter rundt roller og ansvar. Hverdagsmestringssteamet er organisert som et tverrfaglig team innen Hjemmetjenesten mens Primærhelseteamet består av virksomhetslederne innen Etat omsorg.

Tjenestene

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

Økonomi

Stjørdal kommune hadde i 2015 netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester på 277 mill. kr. Dette beløpet er grunnlaget for uttrekket som gjøres hvert år i forsøkskommunene, kun med justeringer for lønns- og prisvekst samt anslått kostnadsvekst som følge av demografi.

Stjørdal hadde ved oppstart av forsøket et gjennomsnittlig nivå blant forsøkskommunene til helsetjenester i hjemmet, med et utgiftsnivå noe over landssnittet. Antall timer tildelt til praktisk bistand var nest lavest blant forsøkskommunene. Tilbudet i Stjørdal var videre preget av høye utgifter til psykisk helse, relativt lave utgifter til mennesker med psykisk utviklingshemming, og de laveste utgiftene blant forsøkskommunene til institusjon. Kostnadsnivået til institusjon var langt under halvparten av landssnittet.

Innføring av forsøket

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

Kommunen var også opptatt av å etablere sammenheng mellom tildelte og utførte tjenester. Gjennomgangen kommunen selv gjennomførte 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.

Stjærdal har også jobbet med å etablere sammenheng mellom omfang i vedtak og tilgjengelige ressurser i utf rer enhetene. Det ble avdekket til dels store avvik mellom de tjenestene som var tildelt og de ressursene den enkelte virksomhet hadde til disposisjon. På bakgrunn av gjennomgangen ble utf rer enhetene tilført ekstra ressurser slik at det ble etablert balanse mellom tilgjengelig tid og vedtak.

4.2.2 Tildelingsfunksjonen i forsøket

Tildelingsfunksjonen er i forsøket i prinsippet organisert på samme måte som den var før forsøket.

Brukermedvirkning

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

Ved tidligere besøk i Stjørdal pekte flere av informantene på interessekonflikter mellom pårørende og brukerne, f.eks. om tilbud i hjemmet versus institusjonsplass hvor brukerne ønsker å bli boende hjemme, mens pårørende ønsker institusjonsplass. Det som rapporteres nå ved siste besøk er at flere brukere ikke ønsker tjenester fra kommunen, de vil forbli selvhjulpne, noe pårørende kan være uenige i.

Måten kartleggings- og tildelingsprosessen gjennomføres på samt det faktum at vedtakene viser telefonnummer pårørende kan ringe ved behov, gjør at de pårørende føler større trygghet og opplever at deres behov blir ivaretatt.

  Hva er viktig for deg  -spørsmålet stilles alltid, men som en informant sier:

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

Også det at det nå settes mål for tjenesten mener informantene er nyttig for brukere. Målsettingen bidrar til å begrunne tiltakene.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Forvaltningskontoret er en del av en interkommunal enhet. Kontoret har i løpet av de siste årene fått økt bemanning. Det er nå syv årsverk som betjener Stjørdal. Tidligere ble kapasiteten beskrevet som utilstrekkelig. Nå oppleves de å ha tilstrekkelig antall ansatte til å utføre sine oppgaver, men den siste tiden har et høyt sykefravær igjen begrenset kapasiteten.

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

Kartlegging av brukerne gjennomføres i hovedsak av Hverdagsmestringsteamet og utf rer enhetene. Forvaltningskontoret deltar i mindre grad enn tidligere i selve kartleggingsarbeidet.

Samarbeidet mellom Forvaltningskontoret, Hverdagsmestringsteamet og utf rer enhetene beskrives av de fleste som godt, og aktørene har hyppig kontakt med hverandre. På den annen side er det noen utfordringer knyttet til rolle- og ansvarsfordeling som gjør at det kan oppstå diskusjoner både i for- og i etterkant av vedtak. Dette gjelder i stor grad Prim rhelseteamets rolle. Spesielt blant ansatte på forvaltningskontoret har det vært frustrasjoner knyttet til rolle- og oppgavefordelingen mellom dem, Hverdagsmestringsteamet og Primærhelseteamet. Det har i noen saker vært uenighet både med hensyn til faglige vurderinger og økonomiske betraktninger, og de ansatte på Forvaltningskontoret opplever at deres egen rolle er blitt vesentlig endret. De

opplever seg i større grad som rene saksbehandlere som har fått mindre innflytelse på utforming av vedtakene.

Virksomhetslederne fremhever at Primærhelseteamets rolle i løpet av det siste året er blitt tonet noe ned som følge av at kommunen opplever å ha færre «kompliserte saker».

Vedtak

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

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

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

Rutiner og verktøy

I løpet av forsøket er kartleggingen av brukerne blitt mye grundigere. Dette skyldes en kombinasjon av nye kartleggingsverktøy, implementering av ny forskrift og en ordning hvor Hverdagsmestringsteamet kartlegger nye brukere systematisk over en 14-dagers periode. Tidligere ble kartleggingen utført på en dag.

Noen informanter hevder at det er rom for forbedringer og forenklinger og at tidspress gjør at gjeldende vedtak ikke alltid reflekterer det faktiske tjenestenivået. Samtidig fremkommer det at kvaliteten i dokumentasjon, rapportering og flere arbeidsprosesser med kompetanseheving og prosedyrearbeid har økt. Kommunen har opprettet en egen enhet, SOFA (Service og forbedringsarbeid), for å koordinere dette arbeidet på tvers av etaten. Informantene opplever at samtaleguiden fungerer svært bra, den brukes gjennomgående og den er blitt supplert med kommunens egne spørsmål. Informantene beskriver sjekklisten som lite hensiktsmessig og opplyser at den brukes i liten grad.

4.2.3 Utvikling av tjenestene

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Det generelle inntrykket som gis av samtlige informanter er at Stjørdal kommune fortsatt yter gode omsorgstjenester som i stor grad dekker brukernes behov, og at forsøket har gitt en mulighet til å videreutvikle disse. Kommunen har i forsøksperioden etablert flere forebyggende tiltak som eksempelvis Hverdagsmestringsteam (HMT) og Trygghetsambulerende team, noe som har ført til at en større andel av tjenestene som tilbys hører hjemme langt nede i omsorgstrappen. Kommunen har også etablert en rehabiliteringsenhet for hjemmeboende med behov for opptrening etter skade eller sykdom. Fylkesmannen har bidratt med midler for å utprøve dette tilbudet.

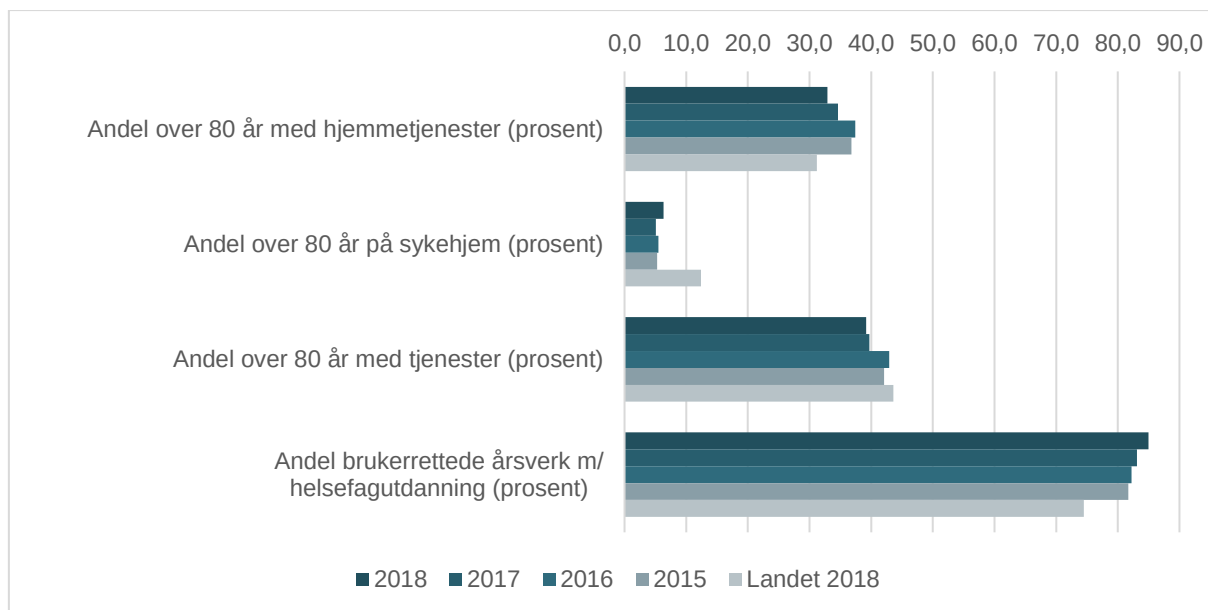
Den omfattende kartleggingen som Hverdagsmestringsteamet foretar har ifølge kommunens egne beregninger ført til at de siste årene er det kun vel 60 prosent av nye brukere som tildeles tjenester etter endt kartleggingsperiode. Mange av de som ikke blir tildelt tjeneste får råd om hva de selv kan gjøre for å unngå eller å utsette det å bli hjelpetrengende. Blant tiltakene som tilbys er eksempelvis

deltagelse i treningsgrupper. Hverdagsmestringsteamet kan dermed ha bidratt til økt ressursbruk på tiltak som ikke dekkes av finansieringsordningen i forsøket.

I første del av forsøksperioden var det forebyggende arbeidet prosjektorganisert. Kommunen har jobbet med å implementere prosjektene i daglig drift. I 2018 gikk Trygghetsambulerende team fra å være et prosjekt til å bli en arbeidsmetode i virksomhetene. Hverdagsmestringsperspektivet er i ferd med å integreres i hele virksomheten. I 2019 iverksatte kommunen et nytt tiltak kalt «Hjemreisekoordinator» som blant annet skal følge opp pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen har også innført en frivillig ordning med forebyggende hjemmebesøk hos innbyggere over 80 år.

Kommunen opplever at behovene er økende. Mens kommunen i begynnelsen av forsøket hadde som mål å redusere dekningsgraden på sykehjem til et minimum, øker nå dekningsgraden som følge av at pasientene får et redusert funksjonsnivå ved høy alder og et stadig økende bistandsbehov. I løpet av de siste årene har kommunen omgjort 36 omsorgsboliger til institusjonsplasser. Omgjøringen begrunnes med at beboere på omsorgsboliger har så svekket funksjonsnivå at omsorgsnivået må heves til institusjonsplasser. Antallet eldre over 80 år vil vokse vesentlig i tiden fremover. I tillegg opplever kommunen økning i antall brukere innen psykisk helse og rus samtidig som flere eldre også har behov for denne type tjenester. Stjørdal opplever også utfordringer knyttet til utviklingshemmede som følge av flere brukere og økende levealder i målgruppen.

Figurene under dekker årene 2015-2018, og viser utviklingen på noen sentrale indikatorer basert på innrapporterte tall til KOSTRA. Tallene fanger dermed ikke opp utviklingen som har skjedd i løpet av 2019.

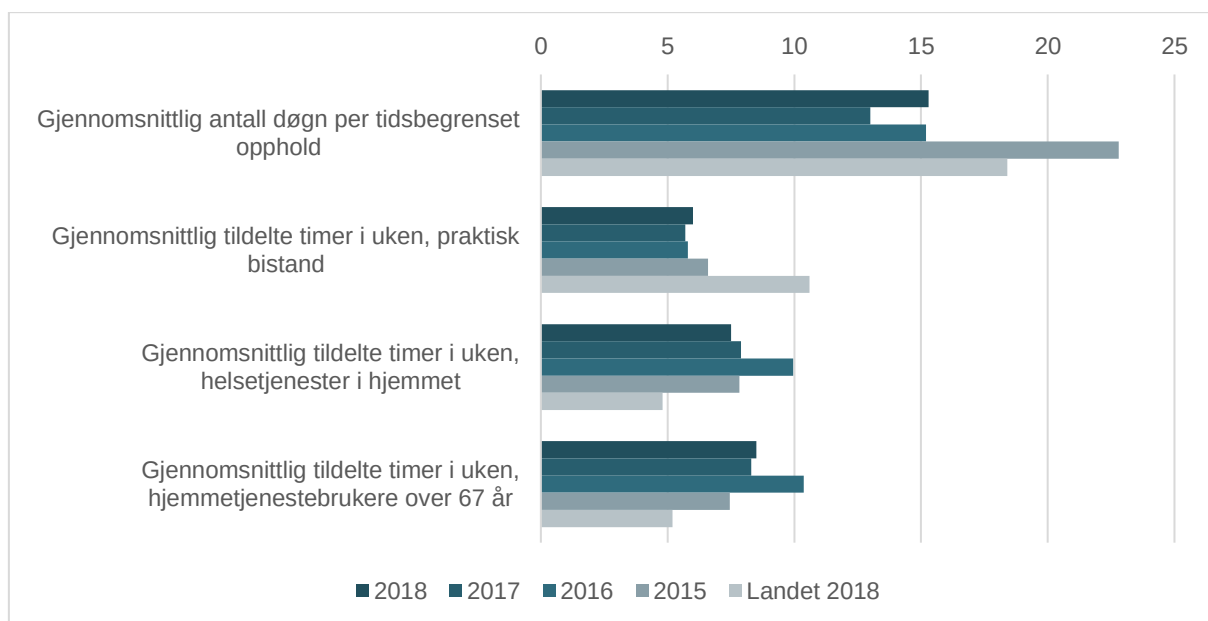


Figur 4-7: Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Stjørdal kommune 2015-18. Kilde: KOSTRA

Figuren viser at i Stjørdal var det i 2015 42 prosent av eldre over 80 år som mottok pleie- og omsorgstjenester, noe som var nest lavest blant SIO-kommunene og 5 prosentpoeng under landssnittet. Vi ser at andelen er også synkende og at den i 2018 var nå på 39,2 prosent, 4 prosentpoeng under snitt for landet.

Fordelingen i Stjørdal mellom institusjon, bolig og eget hjem skilte seg mye fra landet som helhet i 2015. Situasjonen var preget av at andelen som bodde i institusjon kun var en tredjedel av nivået i landet, mens andelen som fikk pleie i omsorgsbolig var dobbelt så høy som landssnittet.

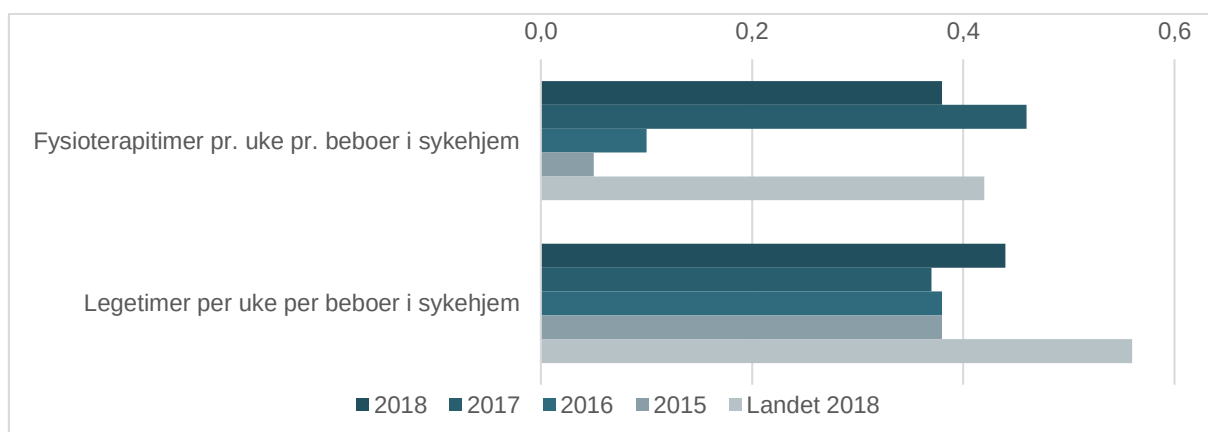
Vi ser at andelen som mottar hjemmetjenester i Stjørdal kommune har vært synkende siden 2016 hvor den var på 37,4 prosent, mens den i 2018 var på 32,9 prosent. Andelen som bodde på sykehjem er 6,3 prosent og har økt med 1 prosentpoeng siden 2016. Nivået er på halvparten av landssnittet. Andelen med høyskoleutdanning var i 2015 6 prosentpoeng over landet som helhet. I 2018 har andelen økt til 85 prosent, noe som er ca. 10 prosent mer enn landet.



Figur 4-8: Gjennomsnittlig antall døgn per tidsavgrenset opphold, og tildelte timer per uke i ulike kategorier, Stjørdal 2015-18. Kilde: KOSTRA

Figuren over viser blant annet gjennomsnittlig tildelte timer i uken til praktisk bistand og helse-tjenester i hjemmet, hvor Stjørdal historisk har ligget høyt på helsetjenester og lavt på praktisk bistand. Vi ser at tildelingen har vært relativt stabil i forsøksperioden, bortsett fra i 2016 hvor det var et høyere nivå på helsetjenester i hjemmet.

Gjennomsnittlig antall døgn per tidsbegrenset opphold har også variert i forsøksperioden, men har ligget lavere enn landsgjennomsnittet hele tiden siden forsøket startet.



Figur 4-9: Gjennomsnittlig antall timer fysioterapi og lege per uke per beboer på sykehjem, Stjørdal 2015-18. Kilde: KOSTRA

Antall lege- og fysioterapitimer blir ofte brukt som en indikator for kvaliteten av tilbudet på sykehjem, samtidig som det kan si noe om behovet til brukerne. I 2015 var Stjørdal den forsøkskommunen som hadde det nest laveste nivået på legetimer og det desidert laveste nivået på fysioterapi. Begge deler var langt under landssnittet. Tilbudet om fysio- og ergoterapi på sykehjem var på et vesentlig lavere nivå enn landet, det samme var nivået på legetimer. På begge indikatorer ligger fortsatt Stjørdal under landsgjennomsnittet, men har i løpet av forsøksperioden nærmet seg snittet.

Velferdsteknologi og digitalisering

Stjørdal har siden før SIO-perioden satset på velferdsteknologi. Nå går noe av overskuddet fra forsøksordningen til å styrke satsing på dette området, og skalere opp omfanget. Kommunen har opprettet «trygghetspakken» som består av ulike teknologier innen medikamenthåndtering, digitalt tilsyn og lokaliseringsteknologi.

Ansatte har fått nettbrett som arbeidsverktøy. Dette blir sett på som et nyttig verktøy, men flere informanter sier at det er fremdeles svakheter i implementeringen. Implementeringen er avhengig av at «ildsjeler» blant de ansatte er gode rollemodeller i forhold til bruken av dette verktøyet. Enheter som mangler slike ildsjeler er blitt hengende etter.

Kompetanseutvikling i tjenesten

Som det fremkom av Figur 4-7 over har Stjørdal en høy andel ansatte med fagutdanning. Kommunen har også brukt av «overskuddet» i SIO til kompetanseutvikling av ansatte.

4.2.4 Økonomi og finansieringsmodell i forsøket

Når det gjelder økonomien i forsøket, beskrives 2017 som det første reelle driftsåret, mens 2016 innebar mye opprydding og retting av feil. Det som da kom fram var at Stjørdal fikk mer i tilskudd enn de i utgangspunktet hadde forventet, og at kommunens netto utgifter til å drifte tjenestene var lavere enn tilskuddet. Dette kapitlet gjennomgår de mest sentrale utviklingstrekkene for både kostnads- og inntektssiden i forsøket.

Forsøkets effekt på utgiftene

Stjørdal har hatt en vekst i bruttoutgifter til pleie- og omsorgstjenester i forsøksperioden, fra 386 mill. kr i 2015 til 443 mill. kr i 2019. Denne økningen har imidlertid skjedd i en periode med demografisk vekst i de gruppene som oftest trenger omsorgstjenester, samtidig med åpningen av et nytt sykehjem og betydelige investeringer i utstyr og utviklingen av tjenesten. Videre trekker mange informanter frem at det har vært en betydelig vekst i behov. Dette understøttes også av våre beregninger som viser at behovet i Stjørdal har vokst mer enn aktiviteten (jf. kap. 6.3).

Stjørdal har kommet svært gunstig ut i den finansieringsmodellen som er valgt. Dette kan skyldes at kommunen ved inngangen til forsøket hadde lave enhetskostnader for de berørte tjenestene. Ledelsen i kommunen har fra begynnelsen av forsøket vært veldig tydelig på at de ikke vil at finansieringen i ordningen skal påvirke tildelingen av tjenester eller kostnadsnivået i tjenesteproduksjonen. De ulike utførerenhetene er rammefinansiert på samme (tilsvarende) måte som de var før forsøket. Imidlertid har forsøket bidratt til at det er oversikt over behovs- og aktivitet som i større grad styrer budsjettene. Informantene har så langt i prosjektet gitt uttrykk for at deltagelse i forsøket ikke har ført til en endring av tildelingspraksisen mot dyrere vedtak, på den annen side har tildeling av tjenester lavt nede i omsorgstrappen økt. Flere får praktisk bistand som avlastning. Ledelsen anslår at produktiviteten i omsorgssektoren har økt med ca. 20 prosent i perioden fra 2016 til 2018. De har beregnet at de klarer å levere mer med en lavere ressursinnsats. Noen informanter hevder at dette har hatt sin pris:

«Kommunen genererer store overskudd, men de ansatte er slitne nå de går hjem fra jobb»

Forsøkets effekt på inntektene

Stjørdal er en av kommunene som har hatt en betydelig økonomisk gevinst av forsøket (jf. Tabell 6-4). Informantene har gjennomgående en positiv opplevelse av finansieringsmodellen og de økonomiske gevinstene av forsøket.

Tabell 4-4 viser utviklingen i aktivitetstilskudd for Stjørdal kommune i forsøksperioden, og gir et godt bilde av aktivitetsveksten i kommunen i forsøksperioden.

	Stjørdal									
	2017-1	2017-2	2017-3	2017-4	2018-1	2018-2	2018-3	2018-4	2019-1	2019-2
Langtidsopphold på institusjon	11,4	11,0	11,4	12,4	12,0	14,0	13,9	15,5	20,1	20,1
Korttidsopphold på institusjon	9,0	9,1	10,2	5,9	8,6	8,6	9,8	11,1	10,5	10,5
Utskrivningsklare fra sykehus	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,2	0,3	0,3
Helsetjenester i hjemmet	62,8	66,2	65,6	75,0	60,5	61,7	61,5	58,0	54,0	54,0
Praktisk bistand daglige gjøremål	5,4	5,5	5,4	5,6	5,3	5,0	5,1	3,1	4,3	4,3
Praktisk bistand, opplæring	7,2	9,5	8,7	9,0	8,7	8,9	9,0	8,9	8,7	8,7
Praktisk bistand, BPA	0,5	0,1	0,1	0,1	0,5	1,7	1,4	1,4	1,5	1,5
Avlastning utenfor institusjon	0,7	0,7	0,3	0,4	0,4	0,4	0,2	0,4	0,4	0,4
Dagsenter	3,7	3,8	3,2	3,2	3,2	3,2	2,9	3,4	3,3	3,3
Omsorgslønn	0,9	1,4	0,9	1,1	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1
Støttekontakt	0,9	1,0	1,1	1,1	1,4	1,2	1,3	1,1	1,4	1,4
Institusjon	20	20	21	18	21	23	24	27	31	31
Helsetjenester, praktisk bistand	76	81	80	90	75	77	77	71	68	68
Andre tjenester	6	7	6	6	6	6	5	6	6	6
I alt	102	108	107	114	102	106	107	104	106	106

Tabell 4-4: Aktivitetstilskudd til Stjørdal kommune fordelt på tjenester per kvartal, 2017-2019. Tall i mill.kr (2019-kroner). Kilde: Helsedirektoratet

Tabellen viser at aktivitetsnivået har holdt seg relativt stabilt sammenlignet med 2017. Det er totalt sett en svak reduksjon, til tross for en økning i behov/demografi.

Det er langtidsopphold på institusjon som har økt mest i perioden, noe som kan forklares av omhjemling av 36 omsorgsboliger til institusjonsplasser

Vi ser at aktivitetsnivået på helsetjenester i hjemmet er blitt redusert. Kommunen forklarer dette med at forebyggingsperspektivet har ført til at timetallet pr. bruker i hjemmetjenesten er blitt gradvis redusert siden 2018.

Bruk av overskudd

Som beskrevet over har Stjørdal kommune hatt betydelige inntekter fra forsøket i hele perioden. Strategien har ifølge flere informanter vært å benytte disse midlene til å styrke de forbyggende tjenestene som Hverdagsmestring, Trygghetsambulerende team og Hjemreisekoordinator. Størstedelen av overskuddet er imidlertid satt på fond og er øremerket egenfinansiering av Helsehus, jf. Tabell 4-5.

Tabell 4-5: Overskudd, investering i helsehus og fondsbalanse i Stjørdal 2016-19. Kilde: Stjørdal kommune

	Overskudd	Bruk til investering helsehus	Netto per 31.04.2019
2016	- 852 465		
2017	- 54 022 656		
2018	- 39 454 181	17 887 385	
Per april 2019	- 13 027 027	35 360 122	
SUM	- 107 356 329	53 247 507	- 54 108 822

Økonomiske effekter for andre deler av kommunen

Effekten av dette forsøket for de øvrige sektorene i kommunen hevdes å være relativt små. Det handler mest om at de andre sektorene har sluppet å leve med risikoen for å måtte kutte som følge av økt ressursbruk i omsorgssektoren.

4.2.5 Oppsummering: hvordan har forsøket påvirket Stjørdal?

I tråd med det som har fremkommet i tidligere rapporter opplever informantene i Stjørdal gjennomgående opplever at deltagelsen i dette prosjektet har ført til:

Økt innsikt

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

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

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

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

Bedre sammenheng mellom tildelte tjenester og utførte tjenester

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

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

Fra prosjekt til daglig drift

Informantene peker på at erfaringene som er høstet gjennom fokuset på forebygging, hverdagsmestring, og brukers og pårørendes behov og den helhetlige tilnærmingen til tildeling og utførelse av tjenester er i ferd med å spre seg til hele sektoren. Dette er dels effekter av nye verktøy og opplæringen som ble gitt i forbindelse med etablering av forsøket og dels av de tiltakene som er blitt finansiert av forsøket.

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

Gjennom alle våre besøk har informantene gjennomgående gitt uttrykk for at kommunens deltagelse i prosjektet har bidratt positivt til utvikling av pleie- og omsorgssektoren.

Forsøket har gitt mye nyttig læring. Omstilling til forsøket har utløst mange faglige diskusjoner som har gitt refleksjon og dypere forståelse. Videre har systemene for tildeling, tjenesteyting og beregning av refusjon gitt god forståelse for kostnadsdriverne i sektoren.

4.3 Lillesand

Lillesand kommune grenser i nord mot Birkenes, i vest mot Kristiansand, og i nordøst mot Grimstad. Kommunen er del av pendlingsområdet til de to sistnevnte byene. Det er to befolkningssentre i kommunen: byen Lillesand og tettstedet Høvåg, som ligger ca. 12 km fra hverandre. Lengste kjøreavstand mellom bebygde områder er om lag 32 km., og totalt areal er 190 km².

I Lillesand kommune bor det 11 075 mennesker, og folketallet er økende. Folketallet øker sterkt sommerstid, grunnet de rundt 1700 fritidsboligene i kommunen. Kommunens samlede driftsutgifter var 911 mill. kr i 2018, hvorav Sektor for helse og kultur utgjorde 341 mill. kr.¹⁴

I Lillesand er pleie- og omsorgstjenestene organisert i Sektor for kultur og helse, som ledes av en kommunalsjef. Kommunen tilbyr hjemme- og institusjonstjenester i to distrikter (Sentrum og Høvåg), og forsøksprosjektet berører i hovedsak seks av enhetene i sektoren:

- ▶ Enhet for tjenestetildeling
- ▶ Enhet for psykisk helse og rus
- ▶ Enhet for tverrfaglig helse, ergo- og fysioterapi
- ▶ Enhet for omsorg Høvåg
- ▶ Enhet for omsorg sentrum
- ▶ Enhet for habilitering

Enhet for habilitering omfatter fire bofellesskap, en avlastningsbolig og et dagsenter med to avdelinger for personer med utviklingshemming mv. Enheten har også ansvar for tjenester til personer som bor i private boliger og har behov for helse- og omsorgstjenester, samt en BPA-ordning (brukerstyrt personlig assistanse) med over 10 årsverk. I enheten er det også organisert et bofellesskap for enslige mindreårige, som tilbyr tjenester som ikke omfattes av forsøksprosjektet. Resten av sektoren tilbyr også tjenester som heller ikke er en del av forsøket.

Enhet for tverrfaglig helse, ergo- og fysioterapi gir et viktig tilbud til brukere av pleie- og omsorgstjenester. Det er relevant å se tilbudet om ergo- og fysioterapi i sammenheng med pleie- og omsorgstjenestene som inngår i forsøket.

¹⁴ Lillesand kommune. Årsberetning 2018. Hentet fra <https://www.lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/Årsberetninger/Lillesand%20kommune/2018/Årsberetning%202018.pdf>.

4.3.1 Status før forsøket

Økonomi

Med setningen «2014 var året da alt gikk galt» innledet rådmannen Lillesand kommunes årsberetning for 2016.¹⁵ I 2014 hadde kommunen et tøft år med store overskridelser i helse- og omsorgssektoren, noe som avstedkom betydelige nedskjæringer i sektoren de to påfølgende årene. Ved inngangen til 2015 sto kommunen med et udekket underskudd fra 2014 på 18,4 mill. kr, som ble vedtatt at man skulle dekke inn på to år.¹⁶ Dette gjorde at sentrale politikere og ledere antok at kommunen hadde relativt lave enhetskostnader da forsøket begynte. Det var også i de foregående årene gjort noen større investeringer, blant annet 70 mill. kr i nye omsorgsboliger. Sannheten er at Lillesands utgifter til pleie og omsorg i 2016 lå omtrent på landsgjennomsnittet. Videre er det beregnet at enhetskostnadene i 2017 lå 6 prosent lavere enn satsene brukt i forsøket.

I dag melder kommunen om ekstraordinært gode økonomiske vilkår for kommunen som helhet i perioden 2016-2018. Et overskudd på 9,4 mill. kr i 2018 forklares i årsberetningen med god skatteinngang, lavere finanskostnader og høyere statlige overføringer enn budsjettet.¹⁷

Tildelingsfunksjonen

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

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

Kommunen hadde ved starten av forsøket 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.

Tjenestene

I forkant av forsøket var politikere, ledere og ansatte i stor grad enige i ønsket om å styrke hjemmetjenestene, slik at flere kan bo hjemme og færre på institusjon. Lillesand skulle bruke prosjektet som en ekstra drahjelp for utviklingen av tjenestene med blant annet økt satsing på hjemmebasert omsorg, samt mer vekt på mestring og fastsetting av mål. I årsberetningen for 2016 er formålet beskrevet slik:

«Prosjektet handler i hovedsak om å utarbeide gode og like kriterier for tildeling av omsorgstjenester. Videre er det lagt stor vekt på å utvikle kvaliteten på tjenestene, særlig ved at brukerne i større grad skal kunne ta i bruk egenmestring i stedet for å være passive mottakere av hjelp.»

¹⁵ Lillesand kommune. Årsberetning 2016. Hentet fra <https://www.lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/Årsberetninger/Lillesand%20kommune/2016/Årsberetning%202016%20-%20010617%20v2.pdf>.

¹⁶ Lillesand kommune. Årsberetning 2015. Hentet fra <https://www.lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/Årsberetninger/Lillesand%20kommune/Årsberetning%20.pdf>.

¹⁷ Lillesand kommune. Årsberetning 2018. Hentet fra <http://lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/%c3%85rsberetninger/Lillesand%20kommune/2018/%c3%85rsberetning%202018.pdf>.

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

Forankring og implementering av forsøket i organisasjonen

Den økonomiske situasjonen gjorde at viktige aktører vurderte det som sannsynlig at finansieringsmodellen i forsøksprosjektet ville gi et overskudd:

«Jeg tenkte: Hvor står vi nå? Jo, nå er det ikke mer å hente på nedskjæringer, så da må dette lønne seg!»

I kommunestyret var det bare Senterpartiets representant som stemte imot deltakelse i forsøksprosjektet; denne posisjonen var begrunnet i at finansieringsordningen ikke var i samsvar med prinsippet om kommunalt selvstyre.

I starten var det mer skepsis i administrasjonen, men ikke direkte motstand. Mange så det som et «økonomiprojekt»:

«Jeg selv var negativ fordi jeg frykta en stoppeklokkementalitet. Jeg ville ikke ha det, for det gir ikke kvalitet.»

Andre forteller at de hadde en mer positiv forventning:

«Jeg tenkte at vi ville få mer oppmerksomhet, noe som er spennende i seg selv. Og at vi ville få et handlingsrom til å teste ut en del ting.»

I administrasjonen har oppslutningen om forsøket økt etter hvert, og ingen av informantene sier at de var imot forsøket eller at det ikke skulle vært igangsatt. Man ser nå prosjektet som viktig for utvikling av tildelingsfunksjonen og tjenestetilbudet. Forsøket er langt bedre forankret i organisasjonen nå enn ved oppstart.

«Jeg oppfatter det slik at de ansatte forstår betingelsene i [forsøket], og de føler eierskap til forutsetningene som gjelder i prosjektet.»

Lillesand har i stor grad brukt økte rammer til å finansiere ulike utviklingsprosjekter. I samband med forlengelsen av forsøksprosjektet vil kommunen rette enda sterkere fokus på kompetanseheving, heltidskultur og styrking av arbeidet med å rekruttere nødvendig fagkompetanse. Videre vil kommunen forsterke arbeidet med innovasjon i tjenesteutvikling og tjenstedesign.¹⁸

4.3.2 Tildelingsfunksjonen i forsøket

Tildelingsenheten var fortsatt under oppbygging og utvikling da forsøksordningen kom i 2016. I 2018 ble det etablert et Innsatsteam som en del av Enhet for tjenestetildeling. Innsatsteamet består av 3,5 stillinger, og er finansiert med inntektspåslaget. Dette erstattet team for Hverdagshabilitering.

Under besøket i 2019 fikk vi høre at hverdagshabilitering ikke fungerte så godt før Innsatsteamet ble etablert. Trolig hadde opplegget for strenge inklusjons- og eksklusjonskriterier, noe som gjorde at de hadde ganske få brukere. Innsatsteam brukes på en større andel av brukerne. Teamet blir brukt i kartleggingsfasen, og tar ofte kontakt med brukere allerede før utskrivning fra sykehus for eksempel. De ser hva man kan få til med ulike former for tilpasninger, opplæring, trening og

¹⁸ Lillesand kommune (2019): Årsmelding 2018. Hentet 6. september fra <http://lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/%c3%85rsberetninger/Lillesand%20kommune/2018/%c3%85rsberetning%202018.pdf>.

hjemmebaserte tjenester. Innsatsteamet er ofte med på kartleggingssamtale sammen med ansatte som har ansvar for å fatte vedtak om tjenestetildeling. Innsatsteamet deltar også i tildelingsmøter.

I enheten er det enighet om at nærheten mellom innsatsteamet og resten av tildelingsenheten er svært verdifull. En viktig effekt av den tidlige kontakten med brukerne er at de på et tidlig stadium, kanskje når de er på sitt mest bekymrede og sårbare, blir trygge på at de vil få nødvendig bistand fra kommunen, noe som igjen er gunstig for det videre forløpet. Dessuten bidrar organiseringen av innsatsteamet som en del av tildelingskontoret til at det legges vekt på at brukerne skal ha som mål at de i størst mulig grad skal klare seg selv. Likevel er organiseringen av innsatsteamet et tilbakevendende spørsmål i kommunen. Selv om tjenestekontoret er tilfreds med denne organiseringen, er det andre enheter som mener innsatsteamets arbeidsform har stor overføringsverdi, og derfor burde knyttes tettere til utøvende enheter.

Samtaleguiden som ble innført ved inngangen til forsøket opplevdes av de ansatte som en vesentlig endring. Ansatte opplevde at guiden hadde gode rutiner, men også at den førte til mer arbeid.

De ansatte innrømmer i dag at de tidligere ikke hadde vært flinke nok til å fastsette målsettinger for brukerne. Forsøksprosjektet har slik sett bidratt til en viktig kulturendring både blant de ansatte og blant brukerne, der tilnærmingen har skiftet fra en «hjelpeskultur» til en «selvhjelpskultur». I intervjuene får vi i dag høre at samtaleguidens fokus på spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er et viktig grep. En informant sa for eksempel:

«Så tok det av, dette med medvirkning og alle de tinga som har kommet som en gavepakke fra [forsøket].»

Spørreundersøkelsen viser at de ansatte i dag er betydelig mer fornøyd med måten tildelingsarbeidet er organisert på enn da forsøket startet.

Brukermedvirkning

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

De forteller videre at samtaleguiden fra Helsedirektoratet bidrar til å sette bruker i fokus, og legger opp til at bruker skal få beskrive sin egen situasjon, legge vekt på muligheter og mål og bli mer ansvarlig. Guiden bidrar til gode rutiner, og kan kanskje være særlig nyttig for ansatte med lite erfaring, og da både som et hjelpemiddel i løpende virksomhet og som et verktøy for læring. Informantene var nokså samstemte i at kartleggingen er blitt bedre fordi den er blitt standardisert, og ved at spørsmålet om «hva som er viktig for deg» er sentralt i samtalen med bruker. Også dette bekreftes i spørreundersøkelsen.

Men kartleggingen er også blitt mer ressurskrevende, og antall årsverk i denne funksjonen har da også økt. Informantene mener den innledende kartleggingen er så nyttig at de har prioritert den sterkt. En informant fortalte i et av gruppeintervjuene at prioriteringen av den innledende kartleggingen gjør at de ikke har kapasitet til å gjennomføre oppfølgingssamtalene etter en måned. Vi er usikre på hvor omfattende dette problemet er. Enkelte av informantene mener at kartleggings-samtalene bidrar til mindre bruk av tjenester, redusert bruk av medisiner og behandlinger, mv. Nedgang i andel brukere blant innbyggere over 80 år understøtter dette (jf. Figur 4-13). En ansatt fortalte:

«Guiden har mer åpne spørsmål, og dermed kan jeg noen ganger bli overraska over brukernes svar på spørsmålet om hva som er viktig for dem. Det kan være så mangt og så individuelt. For eksempel en familie med et funksjonshemmet barn som sa at 'vi vil leve et helt vanlig liv og gå på jobb!'. Jeg tenkte i utgangspunktet at de trengte avlastning og omsorgsstønning, men denne familien endte med mindre avlastning i helga og mer fleksibilitet i uka fordi de vil jobbe.»

Likevel var noen litt mer nyanserte rundt forsøkets bidrag til økt brukermedvirkning:

«Vi hadde så mye fokus på det på forhånd at [forsøket] egentlig ikke har bidratt så mye. Men vi spør kanskje mer hvordan kan vi hjelpe deg istedenfor at vi bare sier at vi kan gjøre dette og dette. På den måten har vi blitt mer oppmerksomme på ulike og uvante behov. For eksempel kan vi lufte hunden til en med lårhalsbrudd.»

En annen ansatt fortalte:

«De fleste som kartlegges synes det er ok å fortelle om livene sine. Det blir ikke bare en samtale hvor de sier at jeg trenger det og det. De blir mer løsningsorientert.»

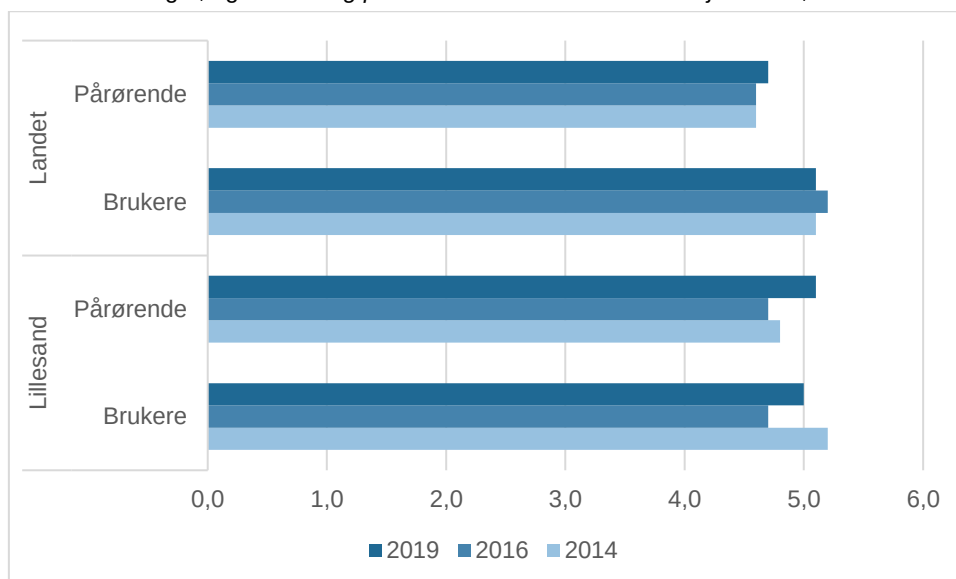
Og en tredje:

«Det er uvant for mange å ta ansvar for eget hjelpebehov. Mange er vant til at ting bare faller ned i fanget på dem, men vi får andre svar ut fra hvordan vi spør.»

Ansatte forteller også at LEON-trappa¹⁹ brukes i vurderingene som gjøres i etterkant av kartleggingen. Mens samtaleguiden oppfattes som svært nyttig, oppfattes sjekklisten som lite nyttig. Den blir lite brukt.

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 både å få folk til å møtes, og få brukt møtene i praktisk tjenesteutvikling.

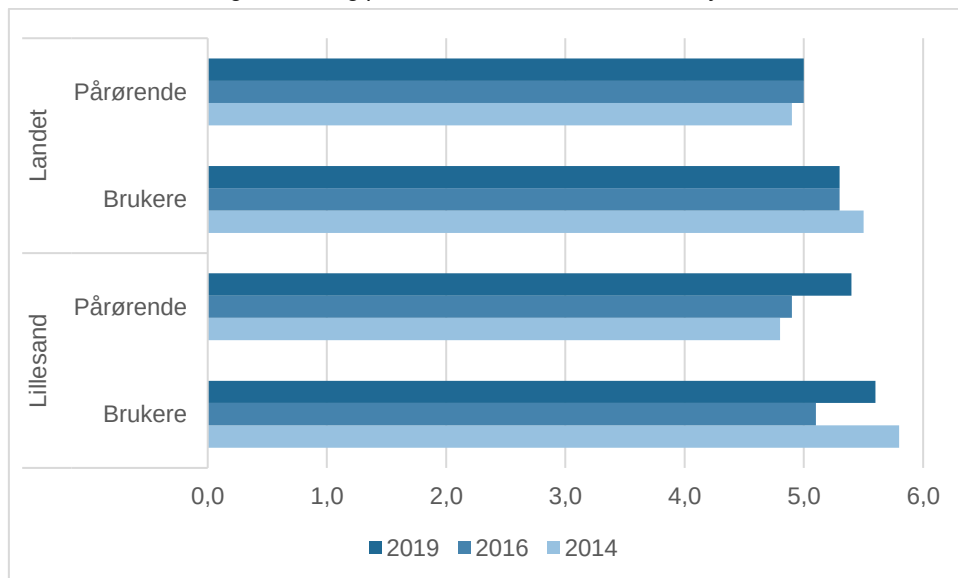
Figur 4-10 Samlet score i brukerundersøkelsen for pleie- og omsorgsinstitusjoner for Lillesand kommune og Norge for årene 2014, 2016 og 2019. Kilder: bedrekommune.no, personlig kommunikasjon med Stig Mosleth i Kommuneforlaget, og *Bruker- og pårørendeundersøkelser institusjon 2019*, Lillesand kommune, 2019



¹⁹ Det ble referert til LEON i intervjuene, ikke MEON.

Det har vært utført brukerundersøkelser i Lillesand i 2014, 2016 og 2019. Figur 4-10 viser samlet score for kommunen og Norge samlet for disse årene. Vi ser at tilfredsheten blant både brukere og pårørende er høyere i 2019 enn i 2016, men samtidig er score for brukerne lavere i 2019 enn i 2014.

Figur 4-11 Score på spørsmålet om bruker/pårørende opplevde at brukeren «fikk plass på sykehjemmet/omsorgsboligen da han/hun trengte det», Lillesand kommune og Norge, for årene 2014, 2016 og 2019. Kilder: bedrekommune.no og *Bruker- og pårørendeundersøkelser institusjon 2019*, Lillesand kommune, 2019



Særlig ett av enkeltspørsmålene er av interesse her, og det er om bruker og pårørende opplevde at brukeren fikk institusjonsplass da han/hun trengte det. Figur 4-11 viser score for Lillesand og gjennomsnitt for Norge. Landsgjennomsnittet for både brukere og pårørende er nærmest uendret gjennom hele perioden. I Lillesand ser vi at de pårørendes score var noe under landsgjennomsnittet i 2014 og 2016, men så følger en markert økning i 2019. Brukerne scorer høyere i 2019 enn i 2016, men lavere i 2019 sammenliknet med 2014. Her scorer Lillesand høyere enn landsgjennomsnittet for både 2014 og 2019.

Et av spørsmålene med lavest score i Lillesand, i likhet med landet for øvrig, er om tilgangen til fysioterapi. Her har pårørendes score økt fra 2,8 i 2014, via 3,2 i 2016, til 4,0 i 2019, til tross for at antall tildelte timer er redusert, se Figur 4-14. Landsgjennomsnittet er fortsatt på 3,1 i 2019.

I kommunens egen rapport sammenliknes 2019-tallene kun med tallene fra 2016. Den høyere score som da framkommer forklares med at Lillesand kommune startet samarbeidet med stiftelsen Livsglede for eldre i 2016, og at to av institusjonene ble sertifisert som livsgledehem i 2018. Forsøksprosjektet nevnes ikke i denne rapporten.²⁰

Totalt sett kan brukerundersøkelsen peke i retning av at tilfredsheten med pleie- og omsorgsinstitusjonene i Lillesand har økt noe i løpet av forsøksperioden. Imidlertid blir bildet mer uklart dersom man sammenlikner 2019 med 2014. Trolig kan økningen fra 2016 like gjerne tilskrives livsglede-prosessen og utvalgsskjevheter, som at det er forsøket som har hatt denne effekten.

Fra pårørende har vi i intervjuene som ble utført i 2018 fått positive tilbakemeldinger om at de oppfatter vedtaksprosessen som god, herunder at kommunens ansatte kommer på hjemmebesøk og lytter til brukerne og de pårørende, men også kritikk av at tjenestetilbudet er for rigid (kan ikke bruke dagsenter når man bor på sykehjem) og for lite forutsigbart (søkte i god tid, men fikk ingen

²⁰ *Bruker- og pårørendeundersøkelser institusjon 2019, Rapport*. Lillesand kommune, 2019.

løfter om avlastning i form av korttidsplass før dagen før ferien). Videre har pårørende uttrykt misnøye med informasjonsflyten fra sykehjem til pårørende.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Kartleggingen utføres som regel av to ansatte, gjerne med ulik fagkompetanse, noe som gir bedre tverrfaglige diskusjoner rundt hver enkelt sak.

Det er nå etablert en rutine med faste tildelingsmøter tre ganger per uke med bred deltagelse fra Enhet for tjenestetildeling og innsatsteamet. Dette sikrer god tverrfaglig kompetanse i tildelingen, og samordning av tilbudet til brukerne. Det er også etablert faste samarbeidsmøter mellom hjemmesykepleien, sykehjem, tildelingsenheten og innsatsteamet. Enkelt saker behandles ikke i disse samarbeidsmøtene. I tillegg er det mye uformell kontakt mellom saksbehandlere, noe som også var vanlig tidligere. Informantene oppgir ikke forsøket som noen drivende faktor i utvikling av dette samarbeidet.

Lederne for utførerenhetene er tilfreds med informasjonsflyten mellom tildelingsenheten og deres egne enheter. De opplever bl.a. at vedtak om tildeling er blitt bedre formulert slik at det er klarere hva som skal leveres. Nylig har det også blitt gjort en innsats for bedre samarbeid med fastlegekontorene, som nå får beskjed om alle nye brukere.

Vedtak

Da forsøket startet, ble det lagt ned 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 førte i en periode til mye bruk av overtid og til redusert kapasitet til å gjennomføre andre utviklingsprosjekter. Selv i dag er det enkelte som minner om at oppstarten slik sett ikke var godt nok planlagt. En av informantene sier:

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

En annen mente at fristen skulle vært skjøvet ut fra mai til desember i 2016.

Flere av informantene 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.

Det var omfattende arbeid knyttet til gjennomgang av gamle vedtak og etablering av systemene som finansieringsmodellen krever. Dette er nå gjennomført, og mange ser nytten av resultatene av dette merarbeidet, blant annet fordi den 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. Opprydningen viste 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. Det at vi bruker iPad'er gjør at utførerne må legge inn riktig.»

«Etter hvert så vi en enorm effekt av at vi rydda opp i vedtak. Gamle vedtak var ikke evaluert. Andre vedtak som hjemmetjenesten uansett ikke fulgte. Vi fikk koda alle vedtakene, og dermed fikk vi styringsdata og statistikk.»

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 lager utførerne et anslag for antatt gjennomsnittlig tidsbruk som legges inn i tjenestebildet. Tildelingskontoret er blitt bedt om å bruke estimert tid, for å ikke ha stoppeklokkepraksis. Tidsbruken legges også til grunn for kjørelistene. Hjemmetjenesten skriver inn endringer i et eget notat (B-notat), som fanges opp av saksbehandler ved store avvik i forhold til den estimerte tiden tildelingskontoret har registrert. Det som blir utført blir skrevet opp i en dagsplan som man kan følge med på underveis i arbeidsdagen.

Det foretas ingen registrering av faktisk tidsbruk. I hjemmetjenestene baseres registrert tidsbruk på et antatt gjennomsnitt hos hver bruker. For institusjonstjenestene fattes vedtak i døgn, som gir grunnlag for tilskuddet fra staten.

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

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

Det ble påpekt at det er upraktisk at vedtak om bofellesskap spesifiseres med flere individuelle ressurser til oppfølging. Man burde heller hatt en bemanningsnorm og tildeling av bofellesskap som tjeneste basert på en fast enhetspris.

Forsøksprosjektet har bidratt til mer systematikk og en formalisering av tildelingsvedtakene:

«Før ringte man [navn på bestyrer] på sjukehjemmet, og hun sa 'kom til oss'. Et av temaene i [forsøket] er likere tjenester og prosedyrer, og her er vi i en liten by med 'kjennskap og vennskap'. Nå har vi klart å sluse ting inn der de skal, så det er litt mer objektivt det vi gjør.»

Spørreundersøkelsen viser imidlertid kun en svak økning gjennom forsøksperioden i ansattes vurderinger av om kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester.

Det er fortsatt noen gråsoner i kodeverket og tildelingskriteriene i forsøksordningen. I Lillesand blir fysioterapi dels gitt av Innsatsteamet som «helsetjenester i hjemmet» og dels gitt som tjenester fra andre deler av organisasjonen finansiert av rundsumtilskuddet. Det ble sagt at det er uheldig at det ikke er etablert felles prinsipper for håndtering av tilbudet om fysioterapi. En informant mente at det burde vært krav om vedtak, dels for å bidra til større gjennomsiktighet i organisasjonen, og dels for å sikre brukerne mulighet til å klage. En annen informant mente at vedtak ville gi mer byråkrati, og det beste var at tjenestene ble gitt uten vedtak. Dette var det eneste punktet der vi kunne merke tegn til noe friksjon mellom de ulike enhetene.

En annen gråson ble også nevnt:

«Det er en evig diskusjon om hva som er 'praktisk hjelp' og hva som er en 'helsetjeneste i hjemmet'. Helsedirektoratet sier at det er alt for mye helsetjeneste i hjemmet, men dette er en vanskelig grenseoppgang.»

Rutiner og verktøy

I forsøket har kommunene fått en rekke verktøy som har bidratt til å endre kulturen (samtaleguide, skjema for samtykke, B-notat). Et innspill var at disse grepene kanskje kunne innføres i alle kommuner, uavhengig av forsøket.

Det er særlig to verktøy som er innført som en følge av forsøket. Det ene, som er nevnt flere ganger over, er kartleggingsverktøyet som ligger til grunn for vedtak. Selv om enkelte mener den kan bli litt vel omfattende og i visse tilfeller kutter deler av spørsmålene i guiden, er det bred enighet om at dette verktøyet fungerer godt, ikke minst ved å sette søkelys på hva som er viktig for bruker og hva bruker kan klare selv.

Det andre er koblingen av IPLOS, fagsystemet for omsorgssektoren, og økonomisystemet, slik at man kan se koblingen brukers behov-tjeneste-ressursbehov-utgift. Dette har gitt et mye bedre grunnlag for å budsjettere og har gitt en bedre forståelse for sammenhengen mellom brukernes behov og kommunens økonomi.

Det er en utfordring å synliggjøre at sammensetningen av tjenestene endres slik at det blir mer hjemmebaserte tjenester og hverdagsmestring, og mindre bruk av institusjonsplasser. Flere av informantene var opptatt av denne problematikken, og om det var mulig å utvikle måleverktøy for dette formålet.

4.3.3 Tjenesteutviklingen i forsøket

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Det er bred enighet om at Lillesand mangler botilbud med heldøgns bemanning. Kommunen har nå startet byggingen av et slikt tilbud. I dag har Lillesand to sykehjem samt aldershjemmet «Sjømannshjemmet». Sistnevnte er etablert i et gammelt og lite funksjonelt bygg, har lav helsefaglig bemanning og er vedtatt nedlagt. Det er planlagt å gi beboerne på aldershjemmet et bemannet botilbud eller plass på et av sykehjemmene. Det er en del tilfeller der brukernes ønske om plass på alders- eller sykehjem er drevet av utrygghet og ensomhet. Et bemannet botilbud ville kunne dekke behovet til disse brukerne. Kommunen har også et borettslag med 36 leiligheter tett på sykehjemmet, men leilighetene har ingen egen bemanningsbase.

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

Derimot kan endringene lavt nede i omsorgstrappen – i form av etablering av innsatsteamet – delvis ses som et resultat av forsøket. Dette kan også ha bidratt til at noe færre får tjenester, og kanskje også til at de som får tjenester får noe mer bistand enn tidligere.

Innsatsteamet sørger for tidlig innsats for nye brukere, og tett kontakt med resten av tildelingsavdelingen bidrar til riktige tjenester og fokus på rehabilitering. Det kan igjen føre til mindre forbruk av andre tjenester. Teamet har i løpet av 2018 gitt oppfølging og/eller kartlegging av ca. 100 personer. En informant fra innsatsteamet forteller:

«En viktig suksessfaktor er at innsatsteamet er lagt under tildelingsenheten. Når utskrivningsmeldinga fra sykehuset kommer så er vi der med en gang, for eksempel snakker vi med brukeren mens han fortsatt er på sjukehuset. Når jeg får meldinga går jeg rett til innsatsteamet. Dette har minka presset på korttidsavdelinga, for folk drar rett hjem. Og ved innskrivning på korttidsavdelinga begynner vi med en gang å snakke om utskrivning, og planlegge og trene for å kunne være hjemme. Vi har hatt tre avisoppslag med fornøyde brukere. Det er snakk om å flytte innsatsteamet over i hjemmetjenesten, men jeg synes nærheten til tildeling er veldig viktig.»

Noen informanter påpekte at det er en utfordring å få prinsippene som blir brukt av Innsatsteamet overført til den ordinære delen av hjemmetjenesten.

«Innsatsteamet er flinke og tidlig inne, men jeg ønsker meg at den tenkinga at brukeren skal være kaptein i eget liv skal gjelde overalt. Jeg ønsker meg litt mer strukturert tilnærming til kompetanseoverføring. Det å skifte på et sår er jo veldig konkret, men en visitt kan også brukes til å vurdere restkapasitet. Dette må vi prøve å implementere i hele tjenesten.»

Som sagt ovenfor er organiseringen av innsatsteamet et diskusjonstema i kommunen, og vi ser her noe av dilemmaet. På den ene siden har dagens organisering den fordel at det er god kommunikasjon med tildelingsenheten, men på den andre oppstår da utfordringer med kompetanseoverføring. Et annet tema som også kommer inn her er om innsatsteamet skal inngå i døgnturnusen som de utøvende enhetene følger, for blant annet lettere å kunne ta imot pasienter på ulike tider av døgnet, noe som i økende grad skjer som følge av samhandlingsreformen.

Med unntak av etableringen av innsatsteamet, har det ikke vært gjort noen større endringer i organiseringen av tjenestetilbudet i løpet av de siste årene. Enkelte mener at økt satsing på hjemmetjenester har bidratt til at brukere bor hjemme lenger og til lavere gjennomsnittlig liggetid på sykehjem.

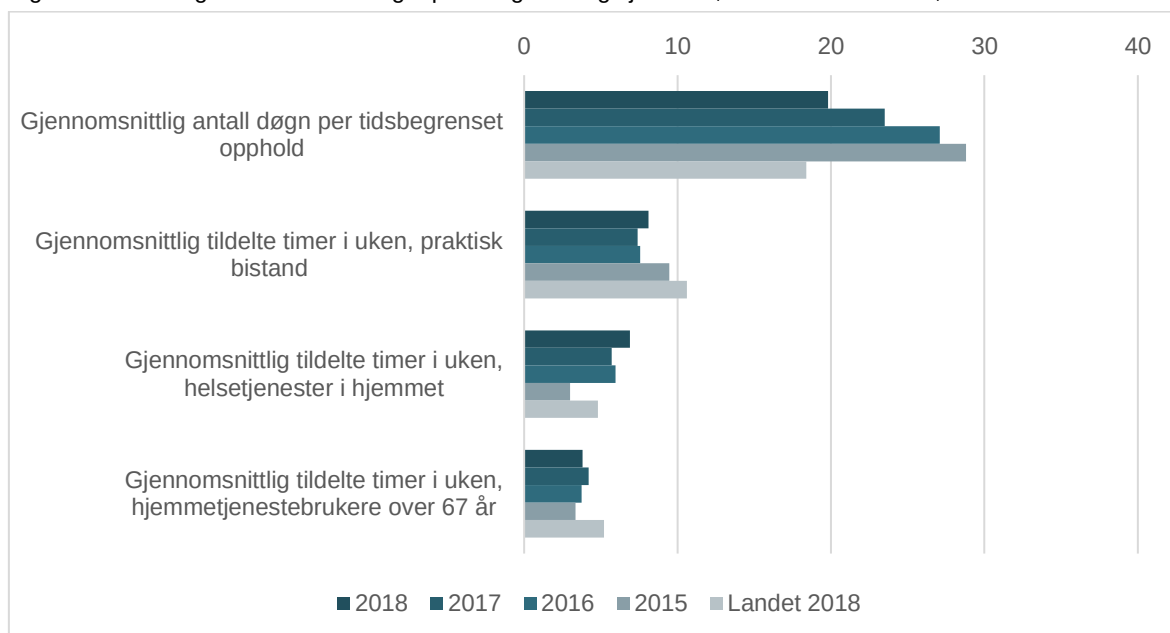
Periodevis har det vært mangel på langtidsplasser på sykehjem, blant annet for det økte antall pasienter som utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Når det har vært knapphet, har korttidsplassene vært brukt som langtidsplasser, slik at det har blitt mangel på korttidsplasser. Lillesand har opplevd at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

Figur 4-12 viser at den gjennomsnittlige liggetiden på de tidsbegrensede oppholdene i sykehjemmene har blitt redusert med om lag 1/3 i fra 2015 til 2018, men fortsatt er varigheten noe lenger enn landsgjennomsnittet. Dette kan tyde på at bruken av korttidsplassene nå er mer hensiktsmessig. Reduksjonen kan være et resultat av bedre gjennomstrømming for disse plassene, og gjennomstrømmingen var lav før forsøket startet.

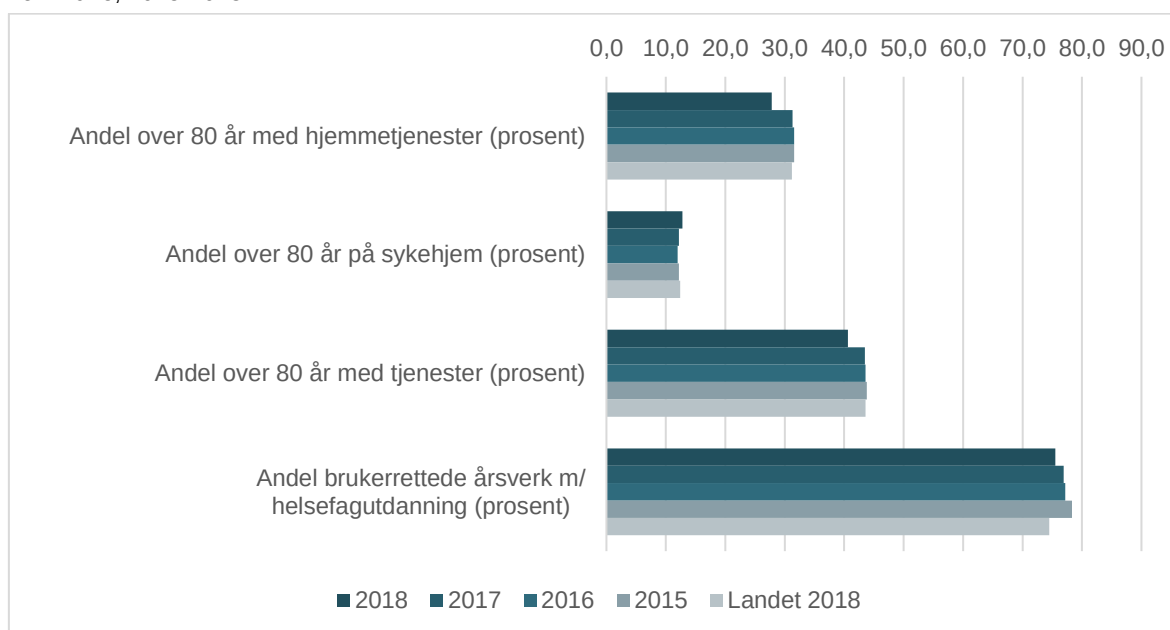
Vi har fått opplyst at kodepraksis for hjemmebaserte tjenester har endret seg i løpet av forsøket, noe som trolig bidrar til å forklare den uforholdsmessig store endringen i tildelte timer fra 2015 til 2016, både for praktisk bistand og helsetjenester. Dersom vi slår sammen tallene for disse to tjenestene, finner vi en 20 prosents økning fra 2015 til 2018. Om vi ser de to tjenestekategoriene hver for seg for perioden 2016-2018, ser vi at det har vært en økning i helsetjenester i hjemmet og en reduksjon i praktisk bistand, noe som er i tråd med det som skjer for landet som helhet.

Likevel har det vært en betydelig reduksjon i dekningen av hjemmetjenester for brukere over 80 år (se Figur 4-13). Trolig betyr dette at det er færre brukere som får hjemmebaserte tjenester, men at de som mottar tjenester, får tildelt flere timer hver enn tidligere. Dette bildet samsvarer med Tabell 4-6 i avsnitt 4.3.4 som viser utviklingen i aktivitetstilskudd.

Figur 4-12 Endringer i forbruk i utvalgte pleie- og omsorgstjenester, Lillesand kommune, 2015-2018



Figur 4-13 Endringer i forbruk av utvalgte pleie- og omsorgstjenester blant personer over 80-år, Lillesand kommune, 2015-2018



Andelen av brukerne over 80 år som mottar tjenester fra kommunen er redusert med 7 prosent gjennom perioden. Til tross for økningen i hjemmebaserte tjenester kan dette tyde på økt egenmestring blant brukerne.

En informant uttrykte overraskelse over at kostnadene på liggedøgn har økt. Fra 2015 til 2018 er økningen i utgifter per oppholdsdøgn i institusjon på 36 prosent, til 4554 kr. Tilsvarende for landet for øvrig utenom Oslo er henholdsvis 19 prosent og 3710 kr.

«Jeg tror vi har litt høy bemanning. Vi har ikke hatt en bemanningsfaktor i vår drift, og vi må starte en jobb med dette, for å få ned kostnadene».

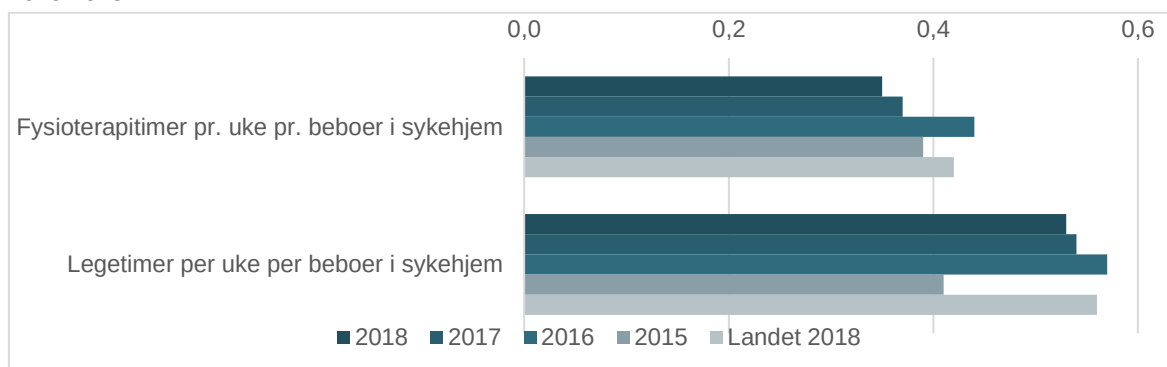
Ellers har økte rammer gjort at kommunen har satt i gang aktiviteter som informantene opplever har hatt en positiv effekt, og som oppleves som en viktig del av forsøket. Midlene er forsøkt brukt til

engangsutgifter og prosjektstillinger. Noen av disse aktivitetene er omtalt i nedenfor. I praksis kan det bli utfordringer med å redusere disse utgiftene.

«Dagtilbudet for demente koster veldig mye, og er nok ikke liv laga etter [at forsøket er avsluttet]. Vi betaler inklusive transport 1,5 millioner kroner per år for seks brukere. Jeg synes at vi må ha et slikt tilbud, men helst ikke så dyrt.»

Figur 4-14 viser en økning i forbruket av legetimer blant beboerne på sykehjem, med et markant sprang fra 2015 til 2016 på 39 prosent. Imidlertid må man være klar over at hver pasient på sykehjemmet får relativt få timer med lege og fysioterapi hver uke, så selv en beskjeden økning i timetallet kan gi store utslag i indikatoren

Figur 4-14 Endringer i forbruk av fysioterapi- og legetjenester blant beboere i sykehjem, Lillesand kommune, 2015-2018



Samlet sett er det usikkert i hvilken grad tjenestetilbudet har blitt endret som følge av forsøket. Som sagt ble behovet for botilbud med heldøgnsbemanning erkjent før forsøket startet. Innsatsteamet kan ha bidratt til at flere brukere har blitt selvhjulpne. Det har også vært en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid på korttidsplasser på sykehjem. Det er imidlertid usikkert om disse endringene kan tilskrives forsøksprosjektet.

Velferdsteknologi

Lillesand har vedtatt å satse på velferdsteknologi, ut fra en antakelse om at det vil kunne bidra til økt trygghet, og mulighet til å bo i eget hjem og mestre eget liv lengst mulig. Midlene fra forsøket finansierer en fulltidsstilling, hvor det ble ansatt en ny rådgiver i november 2018. Påbegynt arbeid har blitt videreført, og nye tiltak har blitt initiert. I tillegg er utskifting av alle trygghetsalarmene ferdigstilt. Blant de større prosjektene kan nevnes Digihelse, for kommunikasjon med helsenorge.no, og IKOS, som er et kvalitetssystem for omsorgstjenesten. Mindre prosjekter omfatter KOMP, som er digital kommunikasjon blant annet med pårørende for bruk i hjemmetjenestene, samt et prosjekt for innføring av medisindispenserroboter som er utsatt på grunn av leverandørproblemer. Lillesand kommune deltar også i flere programmer i velferdsteknologi-nettverket i Agder.

Forsøket som læringsarena

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

1. Styrkingen av tildelingsfunksjonen har gitt en ny forståelse av tildelingsprosessen.
2. Registrering av vedtak som grunnlag for stykkprisfinansieringen har gitt en kunnskap om forbindelse mellom brukernes behov, tildeling av tjenester og økonomi som man ikke fikk i tidligere systemer. Dette har også bidratt til økt forståelse og bedre dialog mellom utførende enheter, tildelingsenheten og støttefunksjonen innen økonomi.

3. Samlingene i forsøket har gitt mye kunnskapsoverføring, kanskje aller mest mellom de deltagende kommunene.
4. Til sist, og på et mer overordnet plan, har økonomien har gitt rom for å satse på ulike typer kompetanseutvikling (se spesielt punkt om Bruk av overskudd/ekstrainntekter og inntektspåslag i neste avsnitt).

Vi fikk høre at nettverket med de andre kommunene hadde vært nyttig. Det ble også gitt innspill om at samlingene med Helsedirektoratet kunne vært mer målrettede.

«Noen av samlingene i direktoratet har vært litt langdryge, og jeg har tenkt dette kunne vi tatt fra helsenett. Men det har vært fint å snakke med de andre i pausene. De kunne kjørt mer innhold, for eksempel ulike deler av tildelingsprosessen kunne vært gjennomgått. Eller flere case; hvordan ville ulike kommuner løst oppgaven, kanskje med en fasit. Eller gjennomgang av sjekklistepunktene og hvordan bruke dem til å snakke med brukere. Kanskje kunne de vært brukt til å drille tildelingen, utprøving og drøfting av case.»

4.3.4 Økonomi og finansieringsmodell i forsøket

Forsøkets effekt på inntektene

Inntektene fra finansieringsordningen for 2018 er på 234,6 mill. kr, inklusive inntektspåslaget og rundsumtilskuddet. Dette er 6,5 mill. kr over budsjett. I tillegg er ca. 1 mill. kr avsatt til fond blitt inntektsført for å finansiere ulike prosjekter.²¹ Aktivitetstilskuddene for 2018 utgjør 222 mill. kr, og Tabell 4-6 viser hvordan aktivitetstilskuddene til Lillesand kommune fordeler seg kvartalsvis på de ulike tjenesteområdene for perioden 2017-2019 (til og med 2. kvartal).

I 2015 var de korrigerte utgiftene i Lillesand helt på linje med landet som helhet. Lillesand var den forsøkskommunen som brukte mest på institusjon. 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 for øvrig. Utgiftene til hver sykehjemsplass var om lag 8 prosent høyere enn landsgjennomsnittet.

Tabell 4-6 Aktivitetstilskudd til Lillesand kommune per kvartal i årene 2017 – 2019

	millioner kroner									
	2017 1	2017 2	2017 3	2017 4	2018 1	2018 2	2018 3	2018 4	2019 1	2019 2
Langtidsopphold på institusjon	13	13	13	13	12	12	13	14	14	14
Korttidsopphold på institusjon	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3
Utskrivningsklare fra sykehus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Helsetjenester i hjemmet	23	24	26	25	24	25	28	30	29	30
Praktisk bistand daglige gjøremål	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3
Praktisk bistand, opplæring	5	4	5	5	4	4	4	3	4	4
Praktisk bistand, BPA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Avlastning utenfor institusjon	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Dagsenter	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3
Omsorgslønn	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1

²¹ Lillesand kommune. Årsberetning 2018. Hentet fra <https://www.lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/Årsberetninger/Lillesand%20kommune/2018/Årsberetning%202018.pdf>

Støttekontakt	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Summer:										
Institusjon	17	16	17	17	17	16	16	17	17	17
Helsetjenester, praktisk bistand	31	31	34	33	32	33	36	37	37	37
Andre tjenester	5	6	5	5	5	5	4	4	5	5
I alt	52	53	56	55	53	54	57	58	58	59

De største endringene gjennom forsøksperioden er at *Helsetjenester i hjemmet* har økt fra og med 3. kvartal 2018. Kommunen opplyser at dette er knyttet til ressurskrevende brukere. Det er for øvrig ingen vesentlige endringer i kodepraksis; de som har vært er i stor grad omkodning innenfor *Langtidsopphold på institusjon*. Her er det foretatt noen omkodninger til *forsterkede plasser*.²²

Tabellen viser at utgiftene til institusjonsplasser har holdt seg om lag uendret på 17 mill. kr fra 1. kvartal 2017 til 2. kvartal 2019. Det har vært en viss forskyvning fra korttids- til langtidsplasser. Utgiftene til «helsetjenester, praktisk bistand» har økt med rundt 20 prosent i samme periode (fra 31 til 37 mill. kr). Endringer i bruk av andre tjenester har mindre betydning for hovedbildet.

Bruk av overskudd/ekstrainntekter og inntektspåslag

Tabell 6-1 viser inntektspåslaget for Lillesand kommune i perioden 2016-2019. I perioden fra 2017 til 2019 har inntektspåslaget vært på rundt 7 millioner kroner.

Inntektspåslaget benyttes først og fremst til å finansiere en rekke ulike prosjektstillinger og tiltak. Saksframlegget til Helse-, kultur- og velferdsutvalget fra april 2019 inneholder en detaljert oversikt over tolv tiltak som har blitt initiert og deretter satt i ordinær drift, blant annet Livsglede-sertifisering som ble nevnt ovenfor, og opprettelse av brukerråd. Videre finansieres åtte stillinger helt eller delvis i 2019, blant annet en velferdsteknologikoordinator (100 prosent) og en sjåfør på timebasis. I intervjuer fikk vi opplyst at alle de 3,5 årsverkene i innsatsteamet, som har blitt bygget opp gradvis siden mars 2018, er finansiert med inntektspåslaget. Videre settes det av 1,3 mill. kr til fortsatt drift av dagtilbudet Levende gård, og ytterligere fire tiltak videreføres, blant annet et kurs i mestring av vold og trusler. Til sist iverksettes ni nye tiltak i 2019, blant annet ulike kompetansehevingstiltak, en lærlingeplass innen velferdsteknologi og innkjøp av en tredemølle.

Overskudd som ikke er brukt i løpet av året settes inn på et fond tilknyttet forsøksprosjektet. I 2017 ble det satt av 14,5 mill. kr på fondet. Ved inngangen til 2018 var dette fondet på nærmere 15,8 mill. kr. I løpet av 2018 ble ca. 1 mill. kr benyttet til å finansiere ulike prosjekter, og 1,2 mill. kr ble brukt til ulike investeringer. Ved utgangen av 2018 er fondet på 13,6 mill. kr.²³ Gjennom 2019 har fondet blitt noe redusert.

Fondsmidler har også blitt brukt i prosjektet for tekniske hjelpemidler, hvor hovedsatsingen i 2018 har vært utskifting av trygghetsalarmer og etablering av responscenteret i samarbeid med andre kommuner. I forbindelse med etablering av dagtilbud for demente på Levende gård i Høvåg ble det anskaffet en brukt ni-seters bil, som også blir disponert av frivilligsentralen når den ikke er på

²² Personlig kommunikasjon med Ånon Eikeland, Lillesand kommune, 1. oktober 2019

²³ Lillesand kommune. Årsberetning 2018. Hentet fra <https://www.lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/Årsberetninger/Lillesand%20kommune/2018/Årsberetning%202018.pdf>.

oppdrag for demente. Videre er det kjøpt inn hjelpemidler innenfor pleie og omsorg som blant annet pasientløftere og senger.²⁴

Forsøkets effekt på økonomistyringen

Forsøket har gitt kommunen et handlingsrom som de ansatte tidligere ikke hadde. En leder beskrev situasjonen som forsøkskommune:

«Jeg opplever ikke overskridelser på helse og omsorg, slik som i andre kommuner. Vi har ikke den problematikken, for vi får de pengene vi trenger. Det er en takknemlig jobb å være [leder] i en [forsøks-]kommune, og det er litt underlig å ikke sitte å diskutere hvordan håndtere merforbruk. [...] Men det går ikke an å rulle ut dette i full skala.»

En informant opplevde at spesielt tilbudet til personer med funksjonshemming hadde nytt godt av finansieringsordningen i forsøket:

«Vi har alltid være en enhet det har vært kutta i, og det har vært kutta til beinet. [Forsøket] har hjulpet oss med midler ved at vi har fått det vi har brukt. Vi har fått ro til å jobbe og til å tenke litt mer fag. Da vi gikk gjennom økonomien oppdaget vi at vi brukte mindre enn vi dro inn i gjennom [forsøket]».

En leder for en utførerenhet mente at den statlige finansieringen av kommunene nå i større grad blir brukt til å gi rammer til enhetene. Både økninger og reduksjoner i aktiviteten får nå mer umiddelbare konsekvenser for rammene til utførerenhetene. Reduksjoner ble håndtert ved omplasseringer innen kommunen. Dette krever fleksibilitet i personalet i den forstand at man må bytte arbeidsoppgaver og noen ganger arbeidssted i henhold til vekslende tjenesteforbruk.

Selv om kommunen har innført statlig stykkprisfinansiering, har enhetene i kommunen fortsatt utgiftsrammer. Budsjettbeskrankningene oppleves imidlertid som «myke», dvs. at det er mindre strenge krav om å følge budsjettene. Det blir generelt brukt mindre tid på arbeid med budsjetter enn før. Utførerenhetene opplever det slik at når behovet for tjenester endrer seg, har de fullmakt til å tilpasse kapasiteten tilsvarende. Rammene fungerer dermed som anslag og ikke beskrankninger.

Forsøkets effekt på kommunen for øvrig

Vi får opplyst at en stor fordel med finansieringsmodellen i forsøket er at den gir egen finansiering til pleie og omsorg, og at andre sektorer dermed blir skjermet. Men dette skaper også utfordringer. Allerede ved innledningen til forsøket skriver kommunen i årsberetningen at

«[Forsøket] gir resten av kommunens organisasjon en del utfordringer ved at midlene fra helse- og omsorgstjenester skjerms mot innsparinger.»

Særlig politikerne var opptatt av dette:

«Vi har gitt fra oss 37-38 prosent av budsjettet, og kan ikke drive politikk på det. Dermed er det teknisk sektor og kultur som lider, fordi det nå er der det er lettest å kutte.»

Og deretter fulgte en mer selvkritisk refleksjon:

«Det er jo kanskje litt dobbeltmoral å gi fra oss selvstyre fordi vi tjener penger på det.»

Ut fra årsberetningene er det ingen henvisninger til vesentlige kutt i innenfor teknisk sektor og kultur, utover at det i beretningen for 2017 står at en hovedutfordring

²⁴ Lillesand kommune. Årsberetning 2018. Hentet fra <https://www.lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/Årsberetninger/Lillesand%20kommune/2018/Årsberetning%202018.pdf>.

«er på en god måte å innfri forventet tjenestenivå innenfor knappere ressurser.»²⁵

Våre beregninger viser imidlertid at mekanismen for å gjøre uttrekket av det statlige rammetilskuddet har gitt de andre sektorene videre rammer enn de ville fått uten forsøket (jf. 6.2.1).

Insentiveffekter

En av informantene påpekte at finansieringsordningen ikke skaper belønning for å redusere tjenestenivået. En annen informant foreslo at det kunne være en form for «bonus» for å «skrive brukere ut av systemet.»

4.3.5 Hva skjer etter forsøket?

Allerede i 2018 var det informanter som var bekymret for om aktivitetsnivået ville være bærekraftig etter at forsøket ble ferdig. Informantene opplevde at det manglet gode analyser av dette spørsmålet. I dag er det mange som gruer seg til forsøket avsluttes. Både blant politikerne og administrasjonen er det en gryende bevissthet rundt det faktum at kostnadene må reduseres når prosjektet avsluttes i 2023.

Flere av informantene fra politisk og administrativ ledelse er bekymret for at kommunen må foreta innsparinger når forsøket er over, og det var enighet om at man i løpet av kort tid må starte planleggingen av utfasingen og avslutningen av forsøket. En informant spissformulerte forsøkets virkning på kommuneøkonomien slik:

«[Forsøket] var jo alltid for godt til å være sant!»

Kontrollutvalget ønsker å gjennomføre en risikoanalyse hvor dette er ett av temaene. Vi fikk også høre at fylkesmannen er opptatt av det samme.

Lillesand har foreløpig beregnet av at det er nødvendig å redusere utgiftene med rundt 20 mill. kr i 2023. Deler av reduksjonen kommer i andre sektorer enn pleie og omsorg, som følge av opplegget for uttrekket for rammetilskuddet. Planlagte betydelige investeringer øker behovet for reduksjoner med ytterligere 5-10 mill. kr som følge av renter og avdrag på lånene. Denne reduksjonen for utgiftene vil bli lagt inn i økonomiplanen for 2020-2023, og vil være en start på å forberede organisasjonen på innsparingene. Det er ikke tatt stilling til hvordan reduksjonene skal foretas. Flere informanter gir uttrykk for at kommunens handlingsrom er begrenset som følge av nye normer for bemanning for barnehage og skole.

Samtidig som kommunen er i startgropa for å planlegge reduksjoner i tjeneste- og/eller kostnadsnivået når den statlige finansieringen opphører, så må man finne måter å bruke det akkumulerte fondet på 12-13 mill. kr.

4.3.6 Oppsummering: hvordan har forsøket påvirket Lillesand?

Viktige beslutningstakere i Lillesand kommune mente å vite at kommunen hadde lave kostnader i tjenestetilbudet relativt til refusjonssatsene i forsøksordningen da tilbudet om å delta i forsøket kom i 2016. Denne vurderingen var på bakgrunn av de to foregående års nedskjæringer og effektivisering. Forventningen om at finansieringsmodellen vil gi et økonomisk overskudd var avgjørende for beslutningen om å delta.

Det var i hovedsak politikerne som ønsket deltakelse, mens det var mer skepsis i administrasjonen. Prosjektet framstår som godt forankret i dag, med unison oppslutning blant informantene våre. Flere informanter peker på at forsøket har gitt merinntekter og at mange opplever etableringen av

²⁵ Lillesand kommune. Årsberetning 2016. Hentet 6. september 2019 fra <http://lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/%c3%85rsberetninger/Lillesand%20kommune/2016/%c3%85rsberetning%202016%20-%20010617%20v2.pdf>.

tildelingskontoret som et framskritt. Politikerne opplever imidlertid at forsøket reduserer det kommunale selvstyret, da en stor andel av kommunebudsjettet unndras fra direkte politisk styring.

Forsøket har bidratt til en kulturendring i tildelingsfunksjonene, der man har fått sterkere fokus på brukernes egne ønsker og behov, noe som i sin tur har bidratt til at man er i ferd med å gå fra en «hjelpeskultur» til en «selvhjelpskultur». Ansatte opplever at de kan jobbe mer faglig, og i mindre grad styrt av «snevrere» økonomiske forutsetninger.

Brukerundersøkelsene som har vært utført blant brukere og pårørende innenfor pleie- og omsorgsinstitusjonene i 2014, 2016 og 2019, tyder på at tilfredsheten har økt noe i løpet av forsøksperioden. Imidlertid kan dette utslaget like gjerne tilskrives et såkalt livsglede-prosjekt og/eller utvalgsskjevheter.

Likevel har bruken av nye verktøy i kartlegging, sammen med sammenknytning av ulike fagsystemer og økonomisystemet, gitt bedre forståelse av tildelingsprosessen, og en mer helhetlig forståelse av sammenhengen mellom behov, tildeling og ressursbruk. Gjennomgangen av gamle vedtak og etablering av de nye systemene har gitt kommunen bedre ressursstyring.

Det er nå et ønske om at hjemmetjenesten kunne lære mer av den aktive tilnærmingen til rehabilitering og hjelp til selvhjelp som utøves i Innsatsteamet. De ansatte mener at bruken av nye kartleggingsverktøy i prosjektet fører til tjenester som bedre dekker brukernes behov.

De ansatte mener at Innsatsteamet har redusert behovet for både hjemmesykepleie og korttidsplasser. Fortsatt er det uklart hvor mye av tjenestetilbudet som er endret, og i hvilken grad endringen skal tilskrives forsøksprosjektet. Flere informanter ønsket seg en metodikk og et datagrunnlag for å kunne dokumentere tiltak som gir en slik forskyvning i tjenestebruken.

Forsøket har ført til utstrakt læring til de ansatte. Samlingene har gitt kunnskapsoverføring mellom kommunene.

Inntektspåslaget utgjør i 2019 7,2 mill. kr, og brukes til en rekke ulike formål; først og fremst til å finansiere Innsatsteamet i kommunen, men også andre prosjektstillinger, kompetansehevingstiltak og innkjøp av utstyr. Det er laget en egen plan for bruken av denne delen av merinntektene.

Forsøket har også gitt kommunen andre merinntekter, og fondet som er avsatt er i dag på rundt 12-13 mill. kr. Midler fra fondet er allerede brukt på utviklingsprosjekter og velferdsteknologi.

Forsøket har gitt kommunen to nye verdifulle verktøy. Det ene er kartleggingsverktøyet som brukes i tildelingen, og det andre er koblingen mellom IPLOS og økonomisystemet.

Det er utstrakt bekymring på alle nivåer om hva som vil skje når prøveperioden utløper i 2023. Så å si alle informantene legger til grunn at denne finansieringsmodellen ikke vil bli videreført. Både ansatte og politikere ser nå behovet for å planlegge for utfasingen av finansieringsmodellen i forsøket.

4.4 Hobøl

Hobøl kommune i Østfold er en av A-kommunene og har vært med i forsøket siden mai 2016.

Kommunen er i ferd med å slå sammen med Trøgstad, Spydeberg, Eidsberg og Askim til den nye kommunen Indre Østfold. Indre Østfold har planlagt å inngå i utvidelsen av forsøket, og dette ligger inne som en forutsetning i budsjettet for 2020.²⁶ Det er imidlertid ikke politisk vedtatt enda.

Tjenestene som inngår i forsøket er delt inn i to 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.

Tildelingsenheten har bestått av 2,14 årsverk, fordelt på tre personer i 100, 80 og 34 prosent stilling. Tildelingsteamet ble styrket med 40 prosent stilling da forsøksordningen startet, men pga. sykefravær og vakante stillinger har teamet slitt med kapasiteten gjennom hele forsøksperioden.

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. Informantene i Hobøl oppfattet at kapasiteten i tildelingsenheten var begrenset, men at kompetansen ble vurdert som forholdsvis god.

Utgiftsnivået i Hobøl lå relativt høyt. Hobøl var forsøkskommunen som brukte mest på helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, først og fremst drevet av tjenester til praktisk bistand. Tilbudet i Hobøl var også preget av høye kostnader til personer med psykisk utviklingshemming, og lave utgifter til omsorgsboliger.

Kommunen påpekte i starten av forsøket at de manglet enkelte tjenester lavt i omsorgstrappa. De så for seg økt satsing på dagsenter og aktivitetstilbud for eldre og personer med psykisk utviklingshemming. Videre ønsket de økning i innsatsen innen hjemmesykepleie og antall avlastningsplasser.

Økonomi

Hobøl har vært på ROBEK-listen frem til 15. juni 2018. Informantene har i forsøksperioden systematisk fremhevet at den stramme kommuneøkonomien og dels store utgifter til tunge brukere med nedsatt funksjonsnivå har gitt mindre handlingsrom for de resterende brukerne av helse- og omsorgstjenester. Tidligere har overskridelser innenfor pleie og omsorg ført til at andre sektorer har måttet bli med på innstramninger. Skjermingen av sektoren i forsøksperioden løftes frem som avgjørende for å kunne prioritere tjenester til flere av brukergruppene, det være seg eldre eller personer med psykiske problemer eller rus.

Tildelingsfunksjonen

Tildelingsprosessen i Hobøl utøvdes av en saksbehandler for enhet funksjonshemmede og en saksbehandler for enhet pleie, omsorg og rehabilitering. I pleie, omsorg og rehabilitering var det faste ukentlige tildelingsmøter med saksbehandler, ansatte fra hjemmetjenesten, sykehjemmet og dagtilbud, samt ergo- og fysioterapeut. Før forsøket startet var de utøvende tjenestene i stor grad involvert i tildelingen og enhetslederne for de to tjenesteenhetene undertegnet på vedtakene. Selv om dette har endret seg utover i forsøksperioden, hvor vedtaksmyndigheten har vært hos tildelingsenheten, har det i perioder med begrenset kapasitet grunnet fravær i tildelingsenheten vært utførerenheter som har gjennomført enkelte kartlegginger og tildelinger.

²⁶ Budsjett for 2020 for Indre Østfold kommune, hentet 8. november 2019 fra: <https://www.io.kommune.no/>

Tjenestene

I 2015 var de korrigerte utgiftene til pleie og omsorg i Hobøl nest høyest blant forsøkskommunene. Hobøl var forsøkskommunen som brukte desidert mest på pleie i hjemmet. Antall timer tildelt til praktisk bistand var svært mye høyere enn i de øvrige kommunene. Tilbudet i Hobøl var preget av høye kostnader til personer med nedsatt funksjonsevne, og lave utgifter til omsorgsboliger. Hobøl hadde få korttidsplasser og lang gjennomsnittlig oppholdstid.

Andelen fagutdannede var noe lavere enn landet og lavest blant forsøkskommunene. Spesielt gjaldt dette andel høyskoleutdannede hvor Hobøl sammen med Spydeberg scoret lavest.

Forankring og implementering av forsøket i organisasjonen

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

I likhet med flere av de andre A-kommunene kom ikke finansieringsmodellen i gang før i 2017.

4.4.2 Tildelingsfunksjonen i forsøket

Overordnet vurderer mange av informantene at forsøket har gitt likere behandling av ulike brukergrupper. Bestiller-utførermodeellen ved delingen av tildelings- og utførerenheten tillegges mye av ansvaret for dette. Delingen har ført til bevisstgjøring blant de ansatte om hvem som sitter på hvilket ansvar. De ansatte i tildelingsteamet fremhever at de er bevisste på å gi tjenester som de oppfatter er forsvarlige og i henhold til lovverket, og at økonomiske grunner ikke blir lagt til grunn for valg og registrering av tjenester.

På grunn av kapasitetsproblemer i tildelingsenheten i store deler av forsøksperioden 2016-2019 har utførerenhetene bistått tildelingskontoret med å gjennomføre kartleggingssamtaler og tildelinger. Dette gjelder flere områder, men spesielt innen rus og psykiatri. Ettersom dette har bedret seg noe i perioden har tildelingskontoret gradvis tatt mer av ansvaret. Informantene påpeker at det kan være problematisk for enkelte brukere, spesielt unge, når kartlegging skal gjøres av tildelingsteamet. Dette fordi det kan ta for lang tid mellom kartlegging og vedtak til tjenesten blir iverksatt. Tildelingsenheten har også fått ansatt med kompetanse innen rus og psykiatri som oppleves som en styrke.

Hjemmetjenesten trekker frem at tildelingen og kartleggingen av tildelingsenheten fungerer godt og at det er gode rutiner for nye vedtak og ved revurdering/endringer i behov. Hjemmetjenesten oppfatter at de har fått mer tid til oppfølging av brukere og pasienter siden de slipper å gjennomføre kartleggingssamtaler. De trekker også frem at de trolig ikke ville gjennomført like omfattende og presise kartleggingssamtaler hvis de hadde måttet gjennomføre samtalene selv.

Tildelingsenheten opplever å ha riktig kompetanse. Tidligere i forsøket har flere informanter ønsket mer kompetanse inn i tildelingen, blant annet jurist, sykepleier og personer med erfaring fra psykiatri.

Brukermedvirkning

Spørsmålet om «hva som er viktig for deg» oppleves av mange som viktig. Ansatte i tildeling forteller allikevel at det kan være vanskelig å sette fingeren på hva som er viktig for den enkelte, og at det dermed kan være utfordrende å anvende spørsmålet på en god måte i kartleggingen. De trekker frem at spørsmålet kanskje først og fremst bevisstgjør dem når de kartlegger brukerne.

Fokuset på «hva som er viktig for deg» legges også på tildelingsmøtene. Informantene opplever at tilnærmingen kanskje har størst effekt utenfor institusjonstilbudet. For eksempel så opplever ikke

representanter for dagsenteret at kartleggingene gir mer informasjon om brukeren nå enn før, mens hjemmetjenesten gjør det.

Som rutine skal kartleggingen gjennomføres ved besøk. På grunn av kapasitetsproblemer har ikke tildelingsenheten hatt ressurser til å gjennomføre alle kartleggingssamtaler i møte med bruker. Kommunen har prioritert nye brukere for hjemmebesøk. I saker der de kjenner bruker fra før og oppfatter det som hensiktsmessig har de gjort kartlegginger på telefon.

Både politikere og ansatte i tjenestene forteller at de utover i perioden har fått færre klager fra brukere eller pårørende, og opplever at omfanget er mindre enn før forsøksperioden.

Det er politisk vedtatt med brukervalg når det gjelder valg av firmaer som skal gi BPA. Dersom bruker blir innvilget at BPA-ordningen skal gis gjennom firma, kan bruker selv velge firma som kommunen har konsesjonsavtale med.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Ansvarsfordelingen og samarbeidet mellom tildelingsteamet og utførerenhetene beskrives som god. Det gjennomføres ukentlige tildelingsmøter med ansatte fra dagsenter, hjemmesykepleien, sykehjemmet, ergo- og fysioterapeut hvor man gjennomgår saker og rutiner. I tillegg har tildelings-teamet faste ukentlige møter der det drøftes saker som ikke tas opp i tildelingsmøtene. For å sikre tverrfaglige vurderinger i kartleggingssamtaler og samarbeidsmøter har stillingsprosenten til fysio- og ergoterapeut økt fra hhv. 80 og 20 til 94 og 30.

Det er allikevel ikke alle tjenestene som opplever at forsøksordningen har hatt særlig innvirkning på tildeling eller utføring. Det gjelder først og fremst tjenester for voksne personer med nedsatt funksjonsevne med omfattende tjenester som bor på institusjon. Tjenestene for denne bruker-gruppa beskrives gjerne som stabile over tid med få endringer i behov og hvor revurdering av vedtak derfor blir gjort i liten utstrekning. Samarbeidet mellom tildeling og utførende tjenester for denne gruppa løftes frem som noe som kunne vært bedre. Årsaken er knyttet til manglende kapasitet og ressurser. For andre grupper av personer med funksjonsnedsettelse, for eksempel barn eller nye brukere, opplever informantene at tildelingsfunksjonen og samarbeid med utfører har fungert godt.

Vedtak

Informantene har i løpet av forsøksordningen jobbet med å tydeliggjøre mål for brukerne. De opplever at vedtakene er blitt ryddigere, blant annet ved å definere mål og sette evalueringsdato. Ansatte i tildeling er også mer bevisst på ordlyden i vedtakene. Dette oppleves først og fremst å være en forvaltningsmessig styrkning, og kanskje mindre relevant for brukeren.

Enkelte informanter trekker frem at vedtakspraksisen har vært disiplinerende for tjenester innen rus og psykiatri. Tidligere oppfattes det å ha vært mer individuell praksis med manglende rutiner for revurdering. Beskrivelsen nå er at saksbehandlerne arbeider mer likeartet, og at man har blitt mer bevisst på hvor lenge tjenesten skal vare. Det er laget en rutine som viser at utførerenheten har ansvar for revurdering av vedtak, og det er laget et journalnotat med standard spørsmål som skal brukes ved revurdering.

Representanter fra dagsenter opplever at vedtakene er tydeligere på hvor mye hjelp den enkelte skal ha, da dette er spesifisert i form av bemanningsfaktor per bruker.

Dialogen mellom utførerenheten og tildelingsenheten oppleves som god, blant annet gjennom hyppige revurderinger og endringsmeldinger fra utførerenhetene. Tildelingsenheten gjør selvstendige vurderinger om endringene bør innebære endrede vedtak. Hvis endringen er av mindre karakter, endres ikke vedtaket. Vedtaksbehandlingen i saksbehandlingssystemet CosDoc vurderes som forholdsvis tidkrevende.

Hjemmetjenesten oppfatter at vedtakene holder et høyt nivå, og at de er nøye i tildelingsteamet, blant annet ved oppfølging av endringsmeldinger. Vedtak inneholder ikke delmål, bare overordnede mål. Hjemmetjenesten opplever at vedtakene er førende for hva som utføres. Vi har samtidig inntrykk av at det ikke legges mye arbeid i å lese vedtakene nøye, det er tiltaksplanen som er førende. Informantene forteller at de går i dialog med tildelingsenheten hvis de er uenig i vedtaket.

Generelt ligger det faste rutiner for revurdering av vedtak, med registrerte datoer for oppfølging. Alle vedtak skal være gjennomgått før 1. desember hvert år med unntak av psykisk helseteam hvor det gjøres hyppigere evalueringer. Utførerenheten i alle avdelinger skal evaluere tjenestene og melde eventuelle endringer i tjenestebehov til tildelingsteamet. Rutinene knyttet til revurderinger og evalueringer oppleves som en klar forbedring i forsøksperioden.

På spørsmål om tjenestene utfører mer eller mindre enn det som står i vedtaket, svarer flere at de tror brukere får mer enn det som er oppgitt.

Rutiner og verktøy

Tildelingsenheten opplever at samtaleguiden og tildelingskriteriene fungerer godt. De opplever å være mer bevisste på hva som er viktig for den enkelte bruker og å gjennomføre grundige kartleggingssamtaler.

4.4.3 Tjenesteutviklingen i forsøket

Et av de sentrale rammevilkårene for forsøksordningen er at forsøket en dag tar slutt. Det har derfor vært, og er fortsatt, stor bevissthet om å ikke blåse opp tjenestene for mye, slik at kommunen skal være i stand til å holde budsjettene den dagen de går tilbake til ordinær rammefinansiering. Slik vi oppfatter det, har dette vært disiplinerende med tanke på å ikke tildele for mange tjenester. Det vektlegges også at vridningen mot hjemmetjenester har ligget som en sentral driver i hele perioden. Flere informanter mener likevel at kommunen har innvilget flere tjenester i forsøket enn de ellers ville gjort.

Informantene opplever at tjenestene har blitt styrket når det gjelder:

- ▶ Dagsentertilbudet for eldre og demente
- ▶ Mer bruk av assistent og kveldstilbud for demente
- ▶ Samtalegrupper og kafé for personer med psykiske lidelser eller rusproblemer
- ▶ Større benyttelse av helsehuset i Askim, frisklivscentralen i Spydeberg og frivillighetssentralen
- ▶ Matservering flyttet til kl. 16
- ▶ Mer bruk av avlastning
- ▶ Ergoterapeut og fysioterapeut med treningsgrupper
- ▶ Økte ressurser på sykehjemmet og administrativ stilling i pleie og omsorg
- ▶ Kurs om hverdagsglede og mestring av depresjon

Forsøksordningen oppleves å være mest relevant blant informantene som har ansvar for tjenester til eldre og personer med problemer knyttet til rus og psykiatri. Dette gjelder tilbudet på sykehjemmet, dagsenteret, hjemmetjenester og ulike tjenester til rus/psykiatri. Selv om representantene fra dagsenteret er positive til virkningene av forsøksordningen, opplever de ikke at rutinene har endret seg, men at de positive virkningene av forsøksordningen først og fremst har handlet om økte rammer. Flere av representantene yrer at innholdet i enkelte av tjenestene er blitt veldig bra. Det er viktig å legge til at selv om rutinene har vært de samme i hele perioden, har økte

administrative støttefunksjoner trolig bidratt til bedre planlegging og strukturering, som kanskje har gjort at forutsetningene for å følge rutinene har bedret seg.

Representantene for hjemmetjenesten og sykehjemmet er også positive til forsøksordningen og opplever konkrete endringer med hensyn til bemanning. Det innebærer blant annet flere faste stillinger på morgen, kveld og natt, som har gitt rom for å gi bedre tjenester. De opplever også lite klager fra brukere og pårørende. Det løftes frem at ekstra stillingsressurser til administrasjon på sykehjem og i kantine har gitt bedre tilbud og frigjort ressurser slik at ansatte pleiere har kunnet fokusere på pleie og omsorg. Informantene fra hjemmetjenesten og sykehjem forteller at stemningen har blitt endret til det positive. De opplever tjenesten som en bedre arbeidsplass hvor man har mer tid til hver enkelt bruker og kan gi et bedre tilbud. De beskriver også at det er enklere å innhente vikarer i helger nå fordi vikarene ikke sliter seg ut. Informantene ved sykehjemmet opplever at ledelsen på sykehjemmet har vært styrket.

Enhetsleder fremhever også at de har innhentet ekstern kompetanse i noen vanskelige saker, noe som ikke ville vært gjort tidligere.

På spørsmål om hva kommunen mangler av tilbud, trekkes det frem økte ressurser til kreft- og demenskoordinator, samt økt tilbud til rehabilitering og korttid.

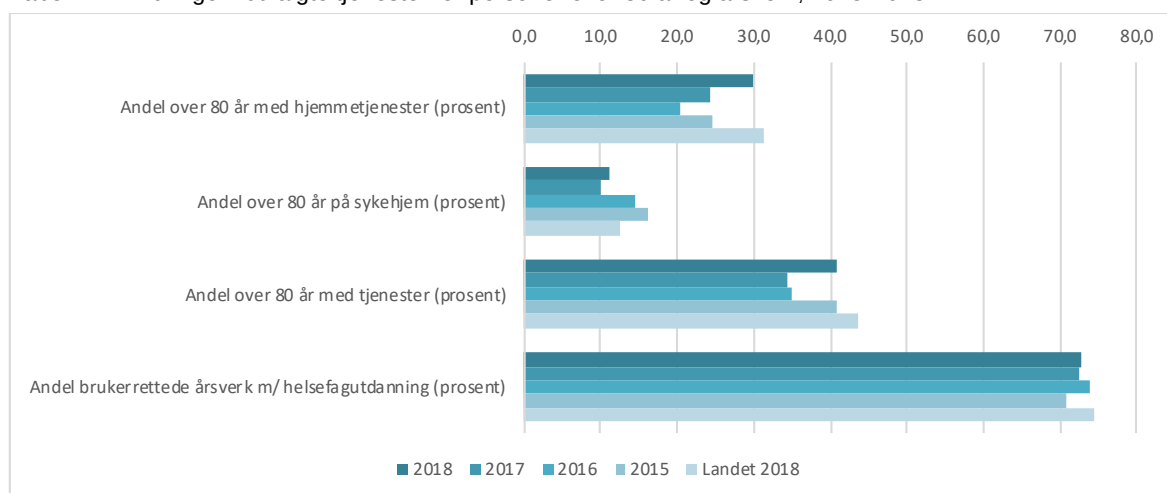
Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Utviklingen i Hobøl går i retning av flere tjenester i hjemmet og færre på institusjon. Tabell 4-7 viser endringer i utvalgte tjenester for personer over 80 år i perioden 2015-2018. Vi ser at Hobøl kommune har økt andelen over 80 år med hjemmetjenester i perioden og ligger rundt landsgjennomsnittet i 2018.

Andel personer over 80 år på sykehjem er redusert i perioden og ligger i 2018 under landsgjennomsnittet. Totalt sett ligger Hobøl litt under landsgjennomsnittet for tjenester for personer over 80 år.

Tabellen viser også andel brukerrettede årsverk med helsefagutdanning. Denne har vært stabil i perioden, på drøyt 70 prosent, og ligger på nivå med landsgjennomsnittet.

Tabell 4-7 Endringer i utvalgte tjenester for personer over 80 år og årsverk, 2015-2018



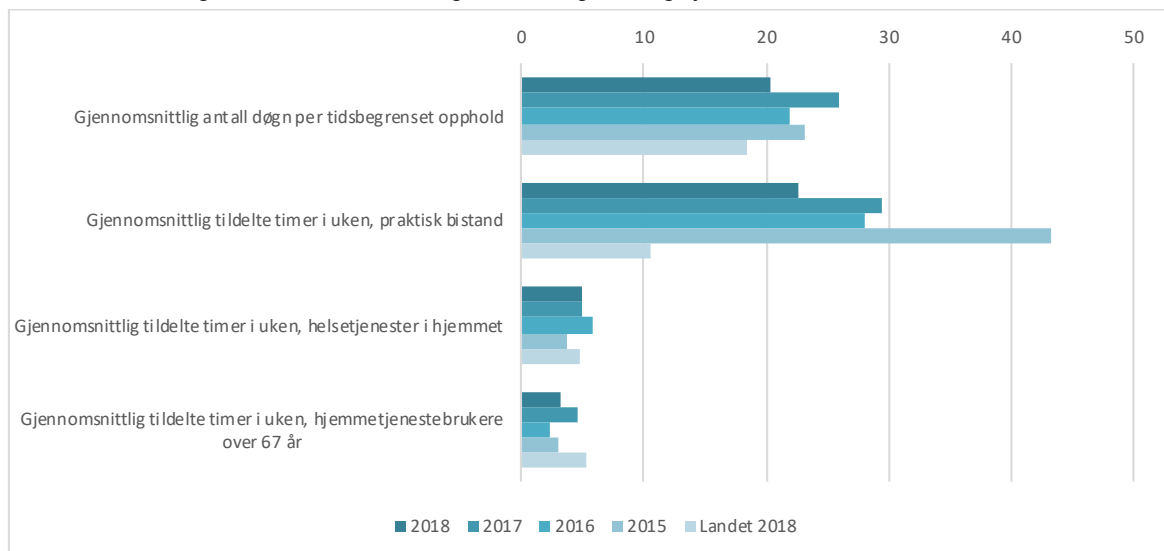
Et av hovedfunnene ved nullpunktsmålingen for Hobøl i 2016 var at kommunen lå godt over landsgjennomsnittet når det gjaldt tildelte timer til praktisk bistand i hjemmet. Tabell 4-8 viser at gjennomsnittlig tildelte timer med praktisk bistand i uken er nesten halvert, selv om de fortsatt ligger på det dobbelte av landsgjennomsnittet. Utviklingen støttes også av de kvalitative intervjuene. Ansatte forteller at de tidligere ville gjort vedtak på praktisk bistand, men som de i dag koder som helsetjenester i hjemmet. De trekker frem at praktisk bistand i stor grad gis til gruppen

unge funksjonshemmede i alderen 18-20 år og personer med psykiske problemer som trenger hjelp til oppfølging i hjemmet og til å mestre daglige oppgaver som drivere. For gruppen med psykiske problemer så forteller informantene at de tidligere ville gitt dem psykisk helsetjeneste, men at de når er mer bevisst på å gi tjenester lavere i omsorgstrappa eller som tilleggstjenester.

Gjennomsnittlig antall døgn per tidsbegrenset opphold ligger også over landsgjennomsnittet, men har variert noe i perioden.

Tildelte timer til helsetjenester i hjemmet ligger i 2018 litt over landsgjennomsnittet og er høyere i 2018 enn i 2015.

Tabell 4-8 Utvikling i tildelte timer for utvalgte helse- og omsorgstjenester, 2015-2018. Kilde: KOSTRA



Bedre struktur, rutiner og planer i de operative tjenestene ser ut til å ha gitt positive resultater for brukerne og for arbeidssituasjonen for de ansatte. Vi ser også tegn på positivt samspill ved at ressursinnsatsen er styrket. For eksempel vil ekstra ressurser til vakter og støttefunksjoner lette arbeidet for de faste ansatte som vil få mer tid til å gi god oppfølging. Det gir også vikarene mer forutsigbarhet i arbeidshverdagen som gjør det mer attraktivt for dem å takke ja til å jobbe. Det reduserer igjen ledelsens arbeid med å skaffe vikarer.

Velferdsteknologi

Vårt inntrykk er at det i hele perioden har vært lite fokus på utvikling av velferdsteknologi, og spesielt lite mot slutten av forsøksperioden i påvente av den nye kommunen. Langsiktig tenkning med utvikling av planer for helse og omsorg ser ikke ut til å ha vært en prioritet i Hobøl.

Forsøket som læringsarena

Forsøket oppleves å ha vært en læringsarena, både for tildelingsenheten, økonomi og utførerhetene. Den tette koblingen mellom økonomi og tildeling oppleves å ha gitt mye læring og økt bevissthet. Et eksempel som trekkes frem er større bevissthet om hva som er definert som helsetjenester og hva som er praktisk bistand.

For tildelingsenheten er det strukturen i tildelingsprosessen og kriteriene for tildeling som løftes frem som viktig. Informantene trekker frem at de faglige begrunnelsene for tildeling har blitt tydeliggjort som følge av forsøket. Enkelte forteller at det før forsøket var en større tilbøyelighet til å basere tildelinger på sympati for brukeren enn hva som er forsvarlig helsehjelp.

Mange av informantene fremhever at det i løpet av forsøket har blitt mer fokus på kompetanseheving for de ansatte, blant annet gjennom flere kurs internt og bedre rom for å ta kurs eller

utdanning eksternt. Ledelsen trekker frem at kompetanseheving har vært en prioritet, men at det har vært opp til hver enkelt om de ønsker kurs.

4.4.4 Økonomi og finansieringsmodell i forsøket

Politikere oppfatter at forsøksordning med statlig finansiering har bidratt til kompetanseheving og systemtenkning/strukturering av tjenestene. Økte økonomiske rammer har ført til «mindre brannslukking» og bedre planlegging. Politikere oppfatter også at øremerkingen til helse og omsorg har bidratt til mer heller enn mindre selvråderett, siden man har fått romsligere budsjetter og sektoren ikke må konkurrere med andre tjenester i budsjettssammenheng.

Forsøkets effekt på økonomistyringen

Forsøksordningen har nok utvilsomt vært bra for kommunens økonomi tilknyttet helse- og omsorgssektoren. Ledelsen forteller at de ikke har «rødsaker» lenger, og opplever at budsjettet ikke står og faller på enkeltbrukere. Konstituert rådmann og økonomileder forteller at forsøket har gitt ro og trygghet, i stor grad på grunn av økte rammer. I tillegg til ekstratilskudd for ressurskrevende har brukere har dette bidratt til bedre økonomisk stabilitet. Forsøksordningen har således gitt større fleksibilitet og frihet, som igjen oppleves å ha gitt lavere stressnivå hos alle. Det vektlegges også at kommunen har fått realvekst i de frie inntektene, som også har kommet helse og omsorg til gode. Det har ikke vært noen pålegg om kutt i perioden.

Informantene etterlyser imidlertid flere økonomiske planer for hva de skal gjøre med pengene. Selv om forsøket har gitt bedre oversikt over kostnadsdrivere, opplever ledelsen at de fortsatt har for dårlig oversikt over hva de «tjener» og «taper» penger på. De har til nå ikke hatt planer eller prosjekter for å utvikle tjenestene eller kompetansen blant ansatte, som hittil har vært mer ad hoc. Dette begrunnes ut fra deres historie som ROBEK-kommune med trang økonomi som har gitt lite grunnlag og bevissthet om langsiktig utvikling av tjenestene.

Overordnet opplever ledelsen at finansieringen er blitt mer riktig, ved at sektoren har fått en større del av kaka og rettet opp i skjevheten før forsøket.

Forsøkets effekt på inntektene

Tabell 4-9 viser utviklingen i aktivitetstilskudd i Hobøl kommune i forsøksperioden. Hovedinntrykket er at aktivitet i liten grad har endret seg i perioden. Helsetjenester i hjemmet har økt noe og kan forklares av endringer i kodingspraksis som informantene har fortalt om. Tilskudd til institusjon har variert noe, mens praktisk bistand ligger høyt, men er redusert noe mot slutten av perioden. Oppsummert er det lite grunnlag for å spore en vekst i aktivitetene i Hobøl kommune i perioden.

Tabell 4-9 Aktivitetstilskudd til Hobøl kommune per kvartal, 2017-2019. Tall i mill. kr. Kilde: Helsedirektoratet

	Hobøl									
	2017-1	2017-2	2017-3	2017-4	2018-1	2018-2	2018-3	2018-4	2019-1	2019-2
Langtidsopphold på institusjon	5,8	5,9	6,1	6,0	5,7	6,7	7,4	3,9	5,7	5,7
Korttidsopphold på institusjon	2,0	2,9	2,8	1,9	1,9	1,2	2,5	0,8	1,5	1,5
Utskrivningsklare fra sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Helsetjenester i hjemmet	6,3	6,2	6,5	6,4	7,1	7,1	7,0	7,8	7,4	7,4
Praktisk bistand daglige gjøremål	2,7	2,8	3,3	2,8	4,3	4,3	4,3	2,7	3,5	3,5
Praktisk bistand, opplæring	4,9	4,8	5,2	4,8	5,3	6,4	5,1	3,5	4,2	4,2
Praktisk bistand, BPA	1,8	1,8	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8
Avlastning utenfor institusjon	1,6	1,5	1,4	1,5	1,2	1,4	1,3	0,8	1,1	1,1
Dagsenter	1,6	1,6	1,3	1,5	1,0	1,2	1,0	0,9	0,9	0,9
Omsorgslønn	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4

Støttekontakt	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Institusjon	7,8	8,8	8,9	7,9	7,5	7,9	9,9	4,8	7,2	7,2
Helsetjenester, praktisk bistand	15,7	15,6	16,9	15,8	18,6	19,8	18,4	15,8	16,9	16,9
Andre tjenester	3,8	3,9	3,5	3,6	2,9	3,3	3,0	2,5	2,6	2,6
I alt	27,4	28,3	29,2	27,2	29,0	31,0	31,3	23,1	26,7	26,7

Bruk av overskudd/ekstrainntekter og inntektpåslag

Som vist over har Hobøl kommune i liten grad økt aktivitetene i forsøksperioden, og det kan være forklaringen på at overskuddet som er generert i forsøket har vært forholdsvis moderat. Det moderate overskuddet som er generert har gitt kommunen anledning til å sette av penger til reserver som har vært brukt ved store utgifter/krevende brukere.

Representanter opplever at de mot slutten av perioden har fått flere tyngre brukere på institusjon, blant annet særlig trengende eldre pasienter. Driften knyttet til disse brukerne beskrives som dyrere enn det kommunen får tilskudd for gjennom forsterket plass. Kommunen har brukt deler av overskuddet fra forsøksordningen for å sette inn ekstra mannskap.

Ved inngangen til 2019 hadde Hobøl 4 mill. kr igjen av inntektpåslag fra tidligere år og ingenting av aktivitetsbasert tilskudd/rundsumtilskudd. Det rapporteres om at alle disse midlene vil brukes i 2019. Så langt i år har midlene hovedsakelig blitt brukt til prosjektledelse, styrking av ledelse/ administrasjon innen pleie og omsorg, styrking av tildelingsenheten, styrking av bemanning på sykehjem og i hjemmetjenesten, kostnader ved brann i vaskeriet som ikke ble dekket av forsikring, velferdsteknologi og nye sykehjemssenger.

Insentiveffekter

Flere av informantene er tydelig på at de ville holdt igjen tjenester mye mer hvis de ikke hadde vært i forsøket. Tallene på aktivitetstilskudd i perioden viser imidlertid at Hobøl har evnet å holde igjen på tildeling av tjenester og er i stor grad på samme nivå i 2019 som de var i 2017, selv om det har variert noe i perioden.

Vår tolkning, basert på informantenes beskrivelser, er at finansieringsordningen ikke har ført til at kommunen har effektivisert og strammet inn tjenesteutførelsen for å generere overskudd. Det ser heller ut til at forsøket har gitt mer ro i tjenesten og mer tid til oppfølging av pasienter og brukere. Sånn sett kan det se ut som om enhetsprisene for kommunen har gått opp snarere enn ned som følge av forsøket.

4.4.5 Oppsummering: hvordan har forsøket påvirket Hobøl?

Hovedinntrykket fra intervjuene med politikere og representanter for tjenestene i Hobøl kommune i 2019 er at det fortsatt er stor positivitet om forsøksordningen. Enkelte beskriver deltakelse i forsøksordningen som en gavepakke som har gitt tydeligere rutiner og bistand til å strukturere tildelingsarbeidet. Blant representantene for tjenestene fortelles det om at forsøksordningen har bidratt til at sektoren har fått flere hender og at ansatte har fått mer tid til pasienter og brukere, større muligheter til å gi mer tilpassede tjenester og rom for kompetanseheving for de ansatte gjennom kurs og seminarer. Ansatte i utførerenhetene, spesielt hjemmetjenesten, opplever at de mot slutten av forsøksperioden opplever mer ro og glede i arbeidshverdagen.

Årsakene til de positive endringene oppleves å være bedre økonomi, til dels rom for å utvikle enkelte nye tjenestetilbud, flere ansatte på vakt, mer stabil vikarsituasjon og større ressurser til administrative støttefunksjoner.

Oversikten over aktivitetstilskudd i 2017-2019 viser at Hobøl har evnet å holde igjen på tildeling – ingen av tjenesteområdene har økt nevneverdig i perioden. Dette til tross for at den økonomiske modellen i utgangspunktet gir insentiver til å øke tjenesteproduksjonen og at hver enkelt tjeneste utføres så effektivt som mulig. Resultatene tyder heller på at det motsatte har skjedd, nemlig at de ansatte har fått mer tid til oppfølging av hver enkelt og således at *enhetsprisene* har økt. Et av argumentene som vektlegges av tildelingsenheten er at kriteriene og systemet for tildeling har bidratt til å profesjonalisere vedtakspraksisen, hvor den faglige begrunnelsen for vedtak står sterkere.

Det er satt i gang få arbeidsprosesser eller investeringer for å utvikle tjenestene på lengre sikt. Det har for eksempel ikke vært utarbeidet en plan for hvordan kommunen skulle bruke det moderate overskuddet som er generert av forsøket. Overskuddet er blitt satt på fond og brukt som reserver til spesielt ressurskrevende brukere. Sånn sett har forsøket gitt tjenestene positive resultater her og nå, og et pusterom for tjenestene, men vi ser det som en utfordring for kommunen å opprettholde kvaliteten på tjenestene når forsøket tar slutt. En del av begrunnelsen for manglende investeringer knyttes til kommunesammenslåingen som er vedtatt, hvor Hobøl kommune slås sammen med fire andre i storkommunen Indre Østfold. Det har fra politisk hold vært tydelige føringer på at man ikke skulle gjøre større satsinger så kort tid før sammenslåingen. Flere informanter på sentralt hold fremhever at kommunesammenslåingen har drevet fokus litt vekk fra forsøket.

De positive erfaringene som løftes frem i 2019 bør forstås ut fra Hobøl kommunes egen utvikling i forsøksperioden. Hobøl kom forholdvis sent i gang med innføringen av forsøket sammenlignet med de andre forsøkskommunene. Innføringen opplevdes som ressurskrevende. På grunn av kapasitetsproblemer har det tatt tid å få fullført jobben med å omkode og registrere vedtak. Fagsystemet leverte heller ikke rapport for forsøksordningen før 2019 og det ble gjort manuelt frem til 1. kvartalsrapportering 2019.

Arbeidet med å få oversikt over tjenestene og rydde i de økonomiske systemene løftes frem som en positiv virkning for å få innsikt i kostnadene i helse- og omsorgssektoren. Dette har vært en positiv virkning i store deler av perioden, men informantene opplever at de ikke er helt i mål når det gjelder å få forståelse av kostnadsdrivere i tjenestene.

4.5 Spydeberg

Spydeberg har deltatt i forsøket siden 2016, og fulgt den såkalte B-modellen med statlig øremerking av midler til helse og omsorg. Kommunen er i ferd med å slås sammen med Trøgstad, Hobøl, Eidsberg og Askim til den nye kommunen Indre Østfold. Indre Østfold har planlagt å inngå i utvidelsen av forsøket, og dette ligger inne som en forutsetning i budsjettet for 2020.²⁷

4.5.1 Status før forsøket

Spydeberg var fram til mai 2016 organisert etter en to-nivå-modell med sju enheter plassert direkte under rådmann. Kommunens helse- og omsorgstjenester var i praksis delt mellom to enheter: Grinitun pleie og omsorg, bestående av sykehjemmet og hjemmebaserte tjenester, og Familierelaterte tjenester, med ansvar for tjenester til funksjonshemmede, rus/psykiatri og en rekke andre tjenester. Spydeberg var i mai 2016 midt inne i en omorganiseringsprosess der denne strukturen ble endret.

²⁷ Budsjett for 2020 for Indre Østfold kommune, hentet 8. november 2019 fra <https://www.io.kommune.no/>

Økonomi

I starten av forsøket var veksten i utgifter til helse- og omsorgstjenester forholdsvis lav i kommunen, med 1 prosent fra 2012 til 2015. Kommunen hadde ved starten av forsøket ambisjoner om å kunne sette av midler på fond.

Av forsøkskommunene var Spydeberg kommunen som brukte nest mest til pleie i hjemmet og tredje mest til institusjon.

Tildelingsfunksjonen

Tildelingsfunksjonen var før forsøket litt ulikt organisert med delt ansvar mellom en egen kartleggingsenhet med tre årsverk og utførerenhetene. For tjenestene på sykehjem og hjemmetjenester var det kartleggingsenheten som foretok kartlegging av brukerne og virksomhetsleder i utførerenheten som avgjorde hva som skulle tildeles og fattet vedtak. For familierelaterte tjenester var det fagansvarlige ledere som gjennomførte tildelingen på egen hånd. I forbindelse med oppstarten av forsøket ble tildelingsprosessen endret og man opprettet en egen tildelingsenhet som ble gitt beslutningsmyndigheten.

Kommunen hadde forventninger om at tildelingsenheten skulle gi økt profesjonalisering og bedre kompetansesammensetning.

Tjenestene

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

Informantene hadde en oppfatning av at hjemmetjenesten måtte styrkes og særlig hjemme-tjenestens evne til å tilrettelegge og å jobbe med habilitering og rehabilitering. I tillegg fremheves behovet for å jobbe med aktivisering og dagtilbud, både til eldre og utviklingshemmede.

Forankring og implementering av forsøket i organisasjonen

Den viktigste endringen ved innføringen av forsøket var etableringen av tildelingsenheten, som medførte en omlegging av vedtaksprosessene. Det ble utarbeidet et kriteriesett som ble ansett for å være i tråd med Helsedirektoratets veileder, nytt kartleggingsskjema ble tatt i bruk og skjemaet for søknad om tjenester er endret.

En annen effekt var at budsjettet ble omgjort slik at tjenestene som inngikk i forsøket ble budsjettert som ett område og en egen rapporteringsenhet.

Informantene anså imidlertid at mange av endringene i starten av forsøket var en planlagt utvikling som ville ha skjedd uavhengig av forsøket.

Som vi har vært inne på, har blant annet utskiftninger i ledelsen og kapasitetsproblemer medført lite kontinuitet og svak forankring av forsøket i kommunen i store deler av forsøksperioden. Mange av forventningene som ble ytret i starten av forsøket ser ikke ut til å ha blitt innfridd.

4.5.2 Tildelingsfunksjonen i forsøket

Opprettelsen av tildelingsenheten oppfattes av informantene som i hovedsak et godt grep for å få mer system og tydeligere rutiner knyttet til tildeling. Informantene i 2019 oppfatter at kommunen har god kompetanse på vedtak, men at kapasitet til tider har vært lav. Da intervjuene ble gjennomført var det kun én full stilling i tildelingsenheten og to personer med en mindre stillingsprosent knyttet

til tildeling. Dette oppfattes av informantene som sårbart. Den lave bemanningen har skyldtes vakanser og per november 2019 skal enheten være bemannet med 2,5 årsverk.

En av konsekvensene er ifølge informantene at de ikke får prioritert oppfølging og revurdering av vedtak. En annen konsekvens er at det i perioder kan gå noe tid fra tjenesten blir iverksatt før det sendes ut et vedtak til bruker.

Brukermedvirkning

Informantene opplever at brukere og pårørende ivaretas på tilfredsstillende måte og informantene beskriver at kommunen prøver å strekke seg for å dekke individuelle behov. Selv om informantene forteller at de ikke gjennomfører en systematisk kartlegging i forkant av tildeling, slik idealmodellen i forsøket innebærer, benytter de seg av spørsmål som ligner på «hva som er viktig for deg» hvis de opplever at situasjonen er uavklart.

Informantene forteller at brukermedvirkningen på systemnivå fungerer godt. Både eldreråd og råd for personer med funksjonsnedsettelse fremheves som velfungerende, både med engasjement og høy grad av kontinuitet. Kommunen har også i perioder gjennomført «pårørende-skole» hvor pårørende inviteres til møter.

Informantene forteller, i likhet med informanter i andre kommuner, at de også belager seg på brukermedvirkning gjennom klager. De forteller at de går i dialog med bruker eller pårørende når de mottar klager, typisk knyttet til omfang i vedtak om BPA eller når brukere er nødt til å flytte for å få sykehjemsplass.

På grunn av kapasitetsproblemer forteller informantene også at de i for stor grad baserer seg på vurdering fra sykehus, framfor å gjøre en egen vurdering av brukers behov.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

Det generelle inntrykket fra intervjuene er at kompetansen i tildelingsenheten er god på de fleste tjenesteområder. Et område som fremheves som utfordrende er psykiatri hvor kommunen har leid inn kompetanse i perioder.

Samarbeidet mellom tildeling og utfører oppleves i hovedsak som godt. Det gjennomføres ukentlige tildelingsmøter hvor utførerene deltar. Møtene oppfattes som å fungere hensiktsmessig. Spesielt fremheves det nytten av at utførerleddet som har budsjettansvaret er tilstede under tildelingsmøtene. I tilfeller hvor de ikke deltar oppfattes det at det kan være vanskelig å finne frem til gode løsninger på lavere trinn i omsorgstrappa. Enkelte fremhever at samarbeidet i noen grad er avhengig av enkeltpersoner.

Det fremheves allikevel at samarbeidet kan bli bedre når det gjelder vedtak som omfatter flere tjenester. En utfordring som løftes frem i slike situasjoner er at tildelingsenheten ber om at utførerne skal bli enig seg imellom om hvem som skal utføre tjenesten.

Vedtak

Vedtakene er i utgangspunktet ikke spesifisert med timer, heller ikke i tjenestebildet. Det er utførerleddet som spesifiserer timene i arbeidslista.

Når det gjelder revurdering av vedtak ser det ut til at kapasiteten hos tildelingsenheten har gjort at man i mindre grad enn tidligere har tid til å revurdere vedtak systematisk. Tidligere var rutinene at man hadde evalueringsdato for de fleste typer vedtak, mens det nå i noen grad er opp til saksbehandler å vurdere situasjonen og om det er et vedtak som det kan bli endringer i. Kommunen baserer seg på dialogen mellom bruker/pårørende og utførerene for å fange opp endringer i behov.

Vi har tidligere i forsøket også påpekt at kommunen ikke har systemer for å kontrollere at tildelte tjenester samsvarer med faktisk utførte tjenester, og informantene forteller at de fortsatt ikke har kapasitet til å kontrollere eller få på plass systemer for dette.

Rutiner og verktøy

Da tildelingsenheten ble opprettet tok man i bruk et kriteriesett for tildeling som lignet det Helsedirektoratet har utviklet i forsøket, samt en samtaleguide for kartlegging. I dag svarer noen av informantene at de i liten grad har klart å videreføre rutinene og bruken av verktøyene. Enkelte forteller at de har tatt i bruk en forenklet utgave av samtaleguiden, og at de opplever at selv om bruken i noen grad varierer mellom saksbehandlerne er det allikevel en bevissthet knyttet til hvilke spørsmål som er relevante i kartleggingssituasjonen.

4.5.3 Tjenesteutviklingen i forsøket

Hovedinntrykket fra kommunen er at tjenesten opplever en stor vekst i behov knyttet til institusjonsplasser. Kommunen er derfor nødt til å kjøpe plasser andre steder. Per september 2019 kjøper kommunen 12 plasser fra andre kommuner. Enkelte oppfatter at det tidligere var en høyere terskel for å kjøpe sykehjemsplasser. Forklaringen knyttes både til at det i dag er tildelingsenheten som vedtar og at behovet er økt.

Informantene oppfatter at kommunens kapasitet på korttidsplasser er fylt opp. Kommunen har imidlertid få overliggerdøgn.

En annen utfordring er at kommunen mangler omsorgsboliger som kunne vært brukt av brukere med forholdsvis store omsorgsbehov. Mange av dagens boliger er leid ut til personer uten store hjelpebehov.

Selv om flere av informantene i utførerleddet oppfatter at kommunens prioritering av forebygging og hverdagsrehabilitering er god, har kommunen ikke hatt ressurser til å satse på dette i perioden. Kommunen hadde planer om å iverksette et innsatsteam, men dette har blitt nedprioritert fordi behovet for behandling har vært så stort.

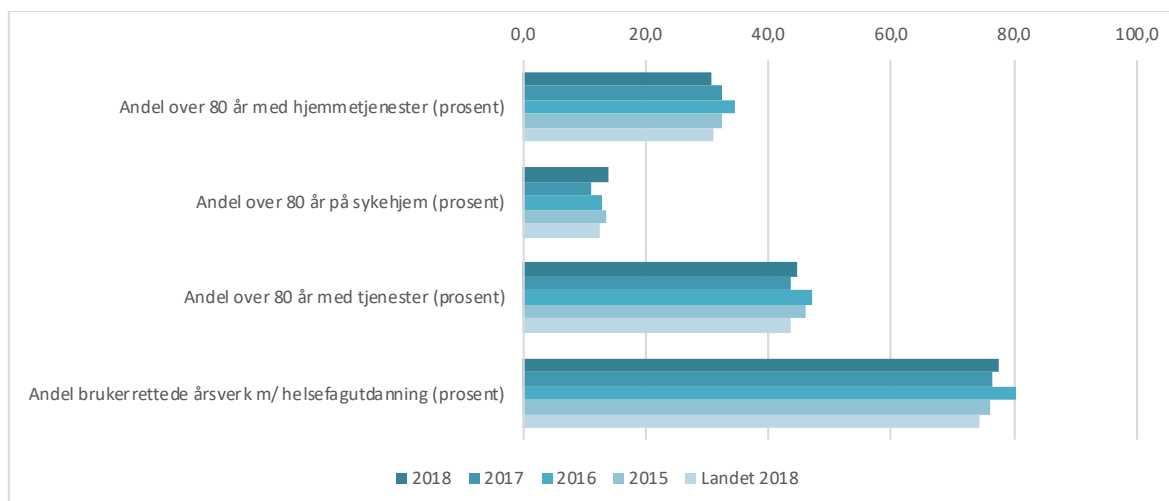
Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

Figur 4-15 viser endringer i utvalgte tjenester for personer over 80 år. Hovedinntrykket er at det i 2018 var en lavere andel over 80 år som mottok hjemmetjenester og en høyere andel som var på sykehjem, sammenlignet med 2015. Spydeberg ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder hjemmetjenester og over når det gjelder sykehjem. Figuren viser imidlertid at det varierer fra år til år. Totalt sett ligger andel personer over 80 år med tjenester på landsgjennomsnittet. Statistikken fra KOSTRA gir imidlertid ikke det fulle bildet av tjenesteutviklingen. Ser man bruttoutgifter til ulike brukergrupper i perioden 2015-2018 basert på kommunens regnskaper (jf. kap. 6.5), er det en betydelig vekst i følgende tre brukergrupper:

- Personer med nedsatt funksjonsevne over 18 år, fra 32 til 59 mill. kr
- Personer med psykiske problemer og rusproblemer, fra 11 til 26 mill. kr
- Eldre i institusjon (sykehjem), fra 44 til 58 mill. kr

Kostnader til hjemmetjenester og omsorgsbolig har imidlertid gått litt ned i den samme perioden, noe som kan tyde på at kommunen må løse mange av oppgavene på et høyt omsorgsnivå. Merk at disse bruttotallene ikke er pris- eller behovsjustert, og heller ikke hensyntar inntekter fra de samme brukerne (egenandel og tilskudd til ressurskrevende brukere).

Figuren viser også andel brukerrettede årsverk med helsefagutdanning. Spydeberg ligger over landsgjennomsnittet og har opplevd økning i perioden.

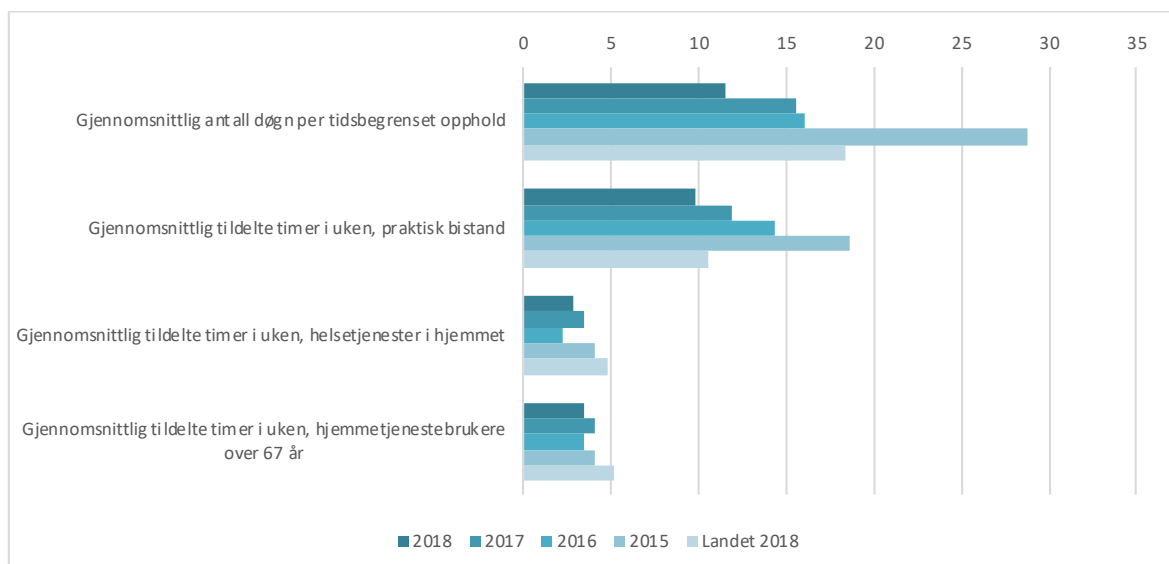


Figur 4-15 Endringer i utvalgte tjenester for personer over 80 år og årsverk, 2015-2018. Kilde: KOSTRA

Figur 4-16 viser utviklingen i tildelt tid for tidsbegrenset opphold (korttidsplasser), praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet og totalt for hjemmetjenestebrukere.

Vi kan se at Spydeberg har hatt en dramatisk reduksjon i tildelte døgn for tidsbegrenset opphold (korttidsplasser) i perioden 2015-2018, og ligger i 2018 godt under landsgjennomsnittet. Gjennomsnittlig tildelte timer til praktisk bistand har også blitt redusert mye, med nesten 50 prosent, og ligger i 2018 nært landsgjennomsnittet.

Tildelte timer til helsetjenester i hjemmet har også gått ned i perioden og ligger en del under landsgjennomsnittet. Totalt sett ligger tildelte timer til helsetjenestebrukere noe under landsgjennomsnittet uten en klar trend i perioden.



Figur 4-16 Utvikling i tildelte timer for utvalgte helse- og omsorgstjenester, 2015-2018. Kilde: KOSTRA

Velferdsteknologi

Satsing på velferdsteknologi oppfattes ikke å ha vært en prioritering i kommunen. Kommunens ressursituasjon, manglende kontinuitet av personal og kommunesammenslåing trekkes frem som årsaker.

Forsøket som læringsarena

Den manglende forankringen og kontinuiteten i personell ser ut til å ha påvirket forsøket som læringsarena. Den store effekten av forsøket knyttes til opprettelse av tildelingsenheten.

4.5.4 Økonomi og finansieringsmodell i forsøket

Kommunen opplever sterkt press på helse- og omsorgstjenestene og forteller at på tross av at kommunen har fått et inntekstpåslag på fire prosent i forsøksperioden har de måttet gå med overskridelser. Situasjonen ville således vært enda mer utfordrende for sektoren uten inntekts-påslaget. Kommunen hadde i forkant av forsøket forventninger om å kunne sette av deler av inntekstpåslaget på fond.

For omtale av utvikling i tjenester og utgifter vises det for øvrig til kapittel 5.1.

4.5.5 Oppsummering: hvordan har forsøket påvirket Spydeberg?

Spydeberg kommune har deltatt som B-kommune i forsøket. Det innebærer at ramme-finansieringen til kommunens helse- og omsorgssektor har vært øremerket og de har fått et inntekstpåslag på fire prosent.

Vi oppfatter at forsøket i perioden 2016-2019 generelt sett har hatt liten prioritet i Spydeberg, noe som også er naturlig gitt hvordan modell B er innrettet. Kommunen har i store deler av perioden slitt med utskiftninger i bemanning og lav kapasitet som har lagt begrensinger på kommunens evne til langsiktig planlegging og styring. Ved starten av forsøket var kommunen midt inne i en omorganiseringsprosess og de ansatte har i store deler av perioden opplevd situasjonen i helse- og omsorgssektoren som krevende. Enkelte informanter fremhever at veksten i innbyggertall også har bidratt til manglende kapasitet for de kommunale tjenestene som helhet.

Spydeberg har i den siste fasen av forsøket også vært i en overgang til den nye kommunen Indre Østfold, sammen med fire andre kommuner i regionen, som trolig også har medvirket til at kommunens tjenesteproduksjon har manglet systematikk, styring og utvikling. De ansatte i utførerleddene beskriver tjenesteproduksjonen mer positivt.

Selv om kommunen har jobbet med å ta ned tjenesteforbruket og forskyve ressurser fra institusjon til hjemmebaserte tjenester, ser vi for eksempel at det er en høyere andel personer over 80 år på sykehjem i 2018 enn det var i 2015, og en lavere andel personer over 80 år som mottar hjemme-tjenester. Spydeberg fjernet fem sykehjemsplasser i 2017 fordi de forventet færre eldre på institusjon og for å prioritere hjemmebaserte tjenester. Informantene beskriver i dag et tydelig press på institusjonsplasser, spesielt knyttet til demenspasienter.

4.6 Selbu

Selbu har deltatt i forsøket siden 2016, og fulgt den såkalte B-modellen med statlig øremerking av midler til helse og omsorg.

4.6.1 Status før forsøket

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

omsorgssektoren på 3,5 årsverk for 2016. Dette forslaget ble kansellert som følge av deltagelsen i forsøket.

Tildelingsfunksjonen i Selbu kommune har i forsøksperioden vært en del av Forvaltningskontoret i Værnes-regionen. Forvaltningskontoret har ansvar for å ta imot søknader og henvendelser og ta beslutninger om tjenester til brukerne for de fire kommunene Meråker, Tydal, Stjørdal og Selbu. Kontoret kartlegger bistandsbehovet hos nye brukere og gjør vedtak om tildeling.

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

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

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

4.6.2 Utvikling i forsøksperioden

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

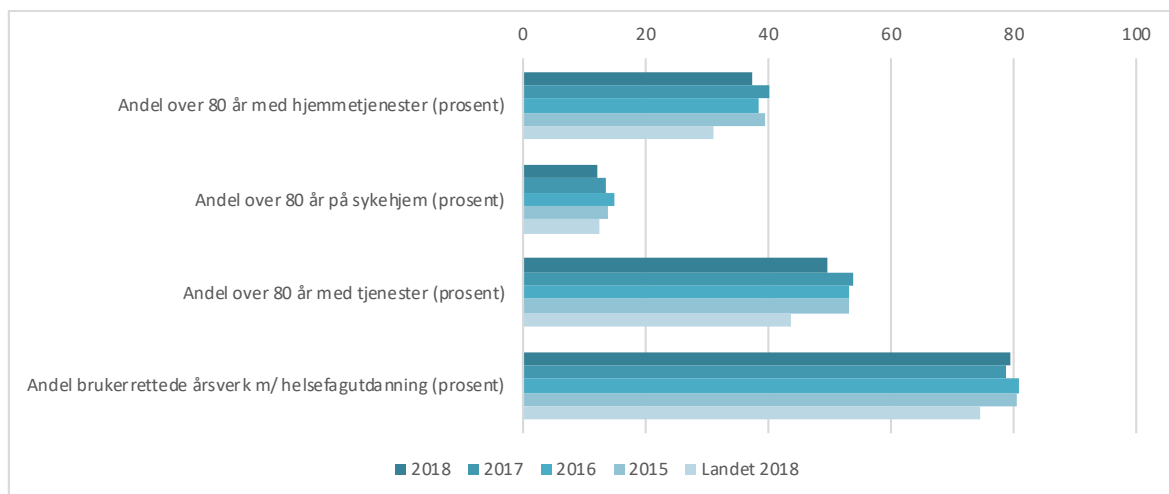
Kommunens mangel på heldøgnsbemannede omsorgsboliger er det tilbudet som flest informanter trekker frem som et problemområde. Dette var erkjent allerede før forsøket. Ekstramidlene i forsøket er blitt brukt til å dekke kommunens egenkapitalinnskudd i prosjektet. Investeringen ville trolig blitt gjennomført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

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

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

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

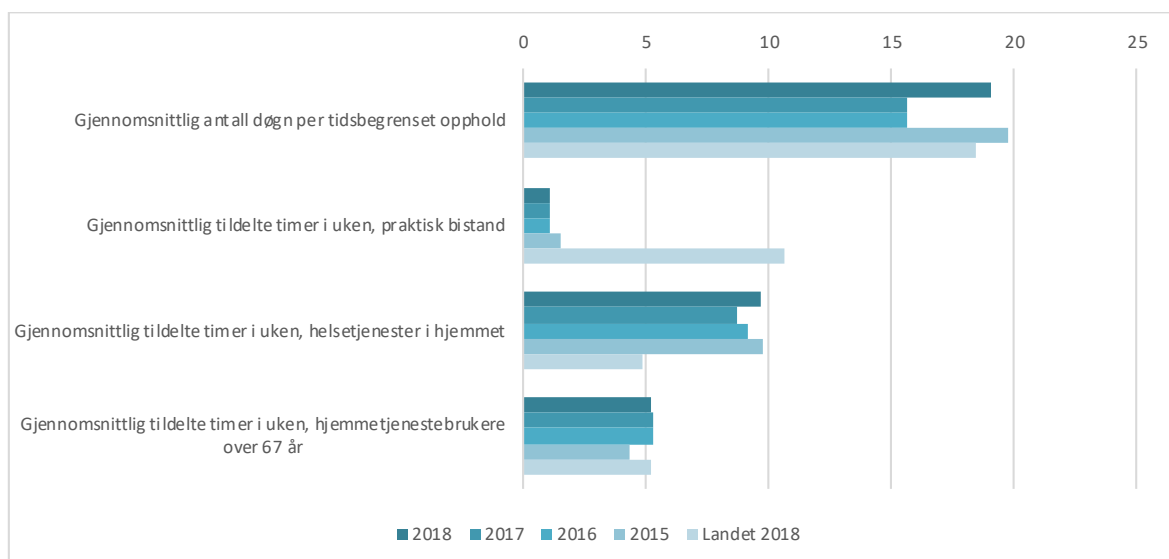
Figur 4-17 Nøkkeltall for andel brukere og for andel av de ansatte med helsefagutdanning



I 2018 lå Selbu betydelig høyere enn resten av landet i andel mottakere av tjenester i aldersgruppen 80 år og over. Det var en svak tendens til nedgang i andel brukere i Selbu i perioden. Det er bruken av hjemmetjenester som ligger høyt i Selbu.

Andelen av de ansatte i med brukerrettede oppgaver som har helsefaglig utdanning ligger høyere enn landsgjennomsnittet.

Figur 4-18 Nøkkeltall for omfang av utvalgte tjenester



Gjennomsnittlig oppholdstid på korttidsplass har variert en del fra år til år i Selbu, men hovedinntrykket er at varigheten er på linje med landsgjennomsnittet. Selbu rapporterer langt færre timer med praktisk bistand per bruker enn resten av landet. Antall timer med helsetjenester i hjemmet ligger tilsvarende høyt i Selbu. Dette har sammenheng med at praktisk bistand opplæring i Selbu er bakt inn i registreringen av helsehjelp. Det forventes at statistikken vil endre seg som følge av endret registrering i forbindelse med deltakelse i SIO fase II. Summerer man de to typene tjenester, finner man at Selbu tildeler betydelig færre timer enn landsgjennomsnittet (hhv. 10,8 og 15,4 timer per uke i 2018). Ser man bare på brukere over 67 år, er tildelte timer per hjemmetjenestebrukere på nivå med landet forøvrig.

Vedtak

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

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

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

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

Alle vedtak skal ha en sluttdato, men dette er ikke fullt ut gjennomført. Dette kan være til hinder for en hensiktsmessig revurdering av tildelingen.

Tidligere var det en tendens til at hjemmetjenesten leverte litt mer enn det vedtakene tilsa. Dette er nå strammet inn.

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

Kapasitetsutnyttelsen i tildelingsenheten har variert over tid. Det har vært utilstrekkelig kapasitet i enkelte perioder, men kapasiteten skal nå være tilstrekkelig.

Det er en sykepleier og en ergoterapeut som behandler de fleste sakene om tildeling i Selbu. Dette gir vanligvis riktig og god kompetanse, men de kan trekke på andre med annen kompetanse når det er behov.

Selbu har sammen med de andre kommunene i 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. Selbu klarer å ta imot praktisk talt alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. En del av disse kommer til DMS, mens andre kommer til sykehjemmet i Selbu eller de får pleie hjemme.

Kompetanse og samarbeid i tildelingen

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

Brukermedvirkning

Selbu mener at de lenge har vært gode på brukermedvirkning både i enkeltsaker og på systemnivå. Bl.a. markerer de brukermedvirkningen 6. juni hvert år som «Hva er viktig for deg?»-dagen. Informantene sier at kommunen ikke har noe godt system for å dokumentere brukermedvirkning. I malen for kartleggingsamtale er ikke spørsmålet «Hva er viktig for deg?» direkte spesifisert, men temaet kommer likevel vanligvis fram i samtalen.

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

Rutiner og verktøy

Statistikkarbeidet oppleves som en av de sentrale effektene av forsøket. Gjennom prosjektet har Selbu kommune laget en statistikkbank. Dette er nytt og oppleves som verdifullt, særlig for langsiktig planlegging. Ansatte opplever at de kan ta ut relevant informasjon som gir oversikt over tjenestene som et grunnlag for styring. Som et ledd i PLO-prosjektet utviklet Selbu egne tildelingskriterier og tjenestebeskrivelser som de bruker i dag.

Økonomi og finansieringsmodell

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

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

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

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

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

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

4.6.3 Oppsummering: Hvordan har forsøket påvirket Selbu?

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

- ▶ Øremerkingen av finansiering til pleie- og omsorgssektoren gjorde at planlagte kutt ble kansellert
- ▶ Ekstramidler til B-kommunene har bidratt til å framskynde utviklingen av tjenester
- ▶ Utvidet krav om rapportering har bidratt til at kommunen har fått bedre innsikt i driften av pleie- og omsorgssektoren og dermed gitt læring
- ▶ Deling av tildelingsfunksjon med Stjørdal og Stjørdals status som A-kommune har gjort at forvaltningskontoret har fått opparbeidet kompetanse som også Selbu nyter godt av
- ▶ Kanskje ville bygging av bemannede boliger ikke blitt realisert like raskt uten forsøket
- ▶ En del av forsøksmidlene er blitt brukt til ulike opplæringstiltak
- ▶ Rapporteringskravene i forsøket innebærer merarbeid

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

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

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

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

4.7 Utvikling i kontrollkommunene

Kontrollkommunene ble valgt ut for å kunne sammenligne observerte endringer i deltagerkommunene med den generelle utviklingen i norske kommuner. Dette er et nyttig korrektiv siden kommunale helse- og omsorgstjenester er konstant utvikling også i kommuner som ikke deltar i forsøket. Gjennom dette forsøker vi å unngå å tilskrive effekter til forsøket som egentlig skyldes mer generelle trender.

Av hensyn til lesbarhet presenteres ikke kontrollkommunene i sin helhet i rapporten. Dette kapittelet oppsummerer de viktigste funnene fra kontrollkommunene på forhold som har relevans for forsøket.

4.7.1 Våler i Østfold

Tema	Vår vurdering
Tildelingspraksis	Våler etablerte tildelingsenhet i 2016, som består av tre personer med sykepleierbakgrunn. Informantene beskriver at det tok litt tid å komme i gang, men at tildelingen i hovedsak fungerer bra. Samarbeidet med utførerenheter beskrives som godt, men noen utfordringer knyttet til tildeling innen rus og psykiatri.
Brukermedvirkning	Kommunen begynte i 2019 å ta i bruk materiale fra forsøket for å tilpasse tjenestene bedre til brukernes behov. Dette gjelder både (en tilpasset versjon av) samtaleguiden og mal for søknadsskjema, som endres fra avkrysning til helhetlig behovsvurdering. Kommunen har bevissthet og kunnskap rundt mange av temaene som er sentrale i forsøket, slik som «hva er viktig for deg», tverrfaglig behovsvurdering og fokus på forebygging. Flere uttrykker at de ønsker deltagelse i forsøket (ifm. utvidelsen) for å få økt trykk bak disse satsingene, og vurderer å søke om dette.
Vedtak	Kommunene har jobbet med å få tydeligere språk i vedtakene. Det trekkes fram at revurdering av vedtakene kunne vært mer systematiske og mindre avhengig av tilbakemeldinger fra utførerenheter. Det er i liten grad kontroll av samsvar mellom vedtak og faktisk utførte tjenester.
Tjenester	Flere i kommunen trekker fram at tjenestetilbudet i for stor grad er rettet mot institusjon. Kombinasjonen av mange institusjonsplasser og mangler i nederste delene av omsorgstrappen, har gjort at noen brukere gis plass på institusjon selv om de kunne klart seg hjemme hvis forholdene lå til rette for det. Kommunen har hatt fokus på innsparinger innen pleie og omsorg som oppfølging av en konsulentrapport fra Agenda Kaupang i 2018, men ikke kommet skikkelig i gang med dette.

4.7.2 Trøgstad

Tema	Vår vurdering
Tildelingspraksis	Tildelingen i Trøgstad har vært organisert som et forvaltningsteam sammensatt av fagpersoner fra aktuelle virksomheter siden 2013. Under nullpunktmålingen i 2016 ønsket flere av informantene et eget forvaltningskontor, blant annet for å styrke kvaliteten i saksbehandlingen. I 2019 er tildelingsfunksjonen fortsatt organisert som et forvaltningsteam bestående av representanter fra de ulike utførerleddene. Det er kun virksomhet Pleie og omsorg som har en egen saksbehandlerstilling. Ved fravær er det få eller ingen som kan ivareta denne funksjonen. Inntrykket er at tildelingen fungerer, selv om det i perioder ved fravær er vanlig at tjenestene igangsettes en stund før det lages et vedtak. Ansatte forteller om kort sakshandlingstid. Kapasiteten i tildeling oppleves som begrenset, spesielt knyttet til pleie og omsorg. Enkelte opplever det som utfordrende å sitte med ansvar for både tildeling og utføring.
Brukermedvirkning	Kommunen bruker et felles søknadsskjema for alle tjenestene. Søknadsskjemaet er utformet slik at brukere kan krysse av for hvilken tjeneste de søker på. I skjemaet spørres det også om brukerens behov. De ulike enhetene har dels ulike kartleggings-skjemaer og saksbehandlings-/tildelingspraksis. Informantene beskriver at kommunen har tatt i bruk «hva som er viktig for deg?» i kartleggingen, men at det er variasjoner mellom tjenestene. Tjenester innen helse og rus, samt hjemmetjenester virker som områdene hvor dette står sterkest, blant annet med et fokus på brukerens behov og vektlegging av ressursene hos brukerne. Kapasitetsproblemer i tildeling gjør at kartleggingsbesøk ikke alltid prioriteres. Resultatene fra spørreundersøkelsen blant de ansatte viser at respondentene fra Trøgstad vurderer brukermedvirkning som godt.
Vedtak	I perioder ved fravær i tildeling er vanlig at tjenestene igangsettes en stund før det lages et vedtak. Praksis knyttet til revurdering av vedtak fremstår som lite systematisk på tvers av tjenestene. Hovedinntrykket er at det gjøres justeringer underveis i møte mellom bruker og tjenesten. Informantene oppfatter at det kan være vanskelig å avslutte tjenestene. På spørsmål om kommunen har metode for å kontrollere samsvar mellom vedtak og utført tjeneste svarer informantene at de ikke har systematisk praksis for å kontrollere det. De oppfatter allikevel at det er godt samsvar.
Tjenester	Kommunen har mål om å prioritere tjenester lavt i omsorgstrappa. Utviklingen i perioden viser at det er en økt andel brukere over 80 år som mottar hjemmetjenester, mens andelen på sykehjem har vært stabil. Informantene beskriver et økende behov for sterkt pleietrengende pasienter og at det er utfordrende å møte behovet for sykehjemsplass. En av konsekvensene er at korttidsplasser blir fylt opp av langtidspasienter.

4.7.3 Søgne

Tema	Vår vurdering
Endringer i tildelingspraksis	I 2010 opprettet kommunen en forvaltningstjeneste med ansvar for å saksbehandle de fleste søknader om helse- og omsorgstjenester. Enheten har ikke vedtaksmyndighet og det er utførerenhetene som tar beslutningen. Det har skjedd få endringer i systemer og rutiner for tildeling av tjenester i perioden. Informantene rapporterte om godt samarbeid mellom Forvaltningskontoret og utførerenhetene, men at det hadde tatt tid fra kontoret ble etablert til man fikk til et godt samarbeid. Forvaltningskontoret oppfatter at de har ganske god tilgang på tverrfaglig kompetanse. Kapasiteten i tildelingen oppleves normalt som tilstrekkelig. Det brukes i liten grad standardiserte verktøy i tildelingen. Valg av verktøy overlates til den enkelte. Enkelte bruker Iplos-skjema eller en guide med ADL-punkter. Brukerne kan krysse av for ønsket tjeneste i søknadsskjema.
Endring i brukermedvirkning	Informantene mener at brukermedvirkningen stort sett fungerer godt. I alle vurderinger av vedtak spørres brukere og/eller pårørende om behovet for bistand. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» stilles ofte, men det er ikke en obligatorisk del av kartleggingen.
Vedtak	Normalt er det lite ventetid på vedtak, bortsett fra en del av vedtak knyttet til rus og psykiatri og enkelte andre komplekse saker. Vanligvis spesifiseres tidsbruk i vedtak om tjenester. Flere oppfattet dette som et pålegg fra Fylkesmannen. Revurdering av vedtak oppleves som å fungere greit. Det settes ofte en avslutningsdato og utløp av vedtak utløser revurdering. Fagsystemet er innstilt slik at de genereres et varsel når det er gått et halvt år siden forrige vedtak. Forøvrig er utførerenhetene raske med å påpeke endringer i behov. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at dokumentert brukermedvirkning er området som de ansatte opplever som minst positivt.
Tjenester	Kommunen har hatt klare mål for sektoren, blant annet å satse på forebygging og tiltak lavt i omsorgstrapp. Økonomistyring er preget av langsiktighet, noe som bidrar til forutsigbarhet og gjennomføringsevne. Hovedinntrykket fra intervjuene er at tjenestene dekker brukernes behov, men flere oppfatter at tjenestene ligger nær et minimum. Informantene er tydelige på at de prioriterer å gi «nødvendig helsehjelp». Nøkkeltall fra Kostra viser at Søgne ligger «lavt i omsorgstrappa» sammenlignet med landsgjennomsnittet for tjenester til innbyggerne over 80 år. Søgne ligger også lavt når det gjelder utgifter til tjenester for unge personer med psykiske problemer og rus og for bolig med døgnomsorg til eldre. I intervjuene ble det vektlagt at begge tjenesteområder skulle prioriteres høyere fremover. Kommunen ligger høyt på utgifter for tjenester til personer med psykiske problemer og rus over 18 år, noe som kommunen ønsket å prioritere ned.

4.7.4 Oppdal

Tema	Vår vurdering
Endringer i tildelingspraksis	Oppdal kommunene har ikke en egen bestillerfunksjon eller tildelingsenhet. Det er den enkelte utførerenhet som formelt fatter vedtakene. Et hverdagsmestringsteam og en egen koordinator står for mye av kartleggingen. Det er ukentlig møte med bred representasjon hvor alle vedtakene gjennomgås. Informantene gir uttrykk for at drøftingen på møtet bidrar til konsensus om vedtakene. Kommunen vurderer nå å opprette tildelingsenhet.
Endring i brukermedvirkning	I 2016 ga informantene uttrykk for at Oppdal kommune har god brukermedvirkning på systemnivå. I tillegg til faste møter i eldrerådet og rådet for funksjonshemmede har alle brukerorganisasjonene deltatt i alle tiltak etter innføring av samhandlingsreformen og de deltar ved utforming av planer. Brukermedvirkning på systemnivå ble ikke belyst under besøket i 2019. På spørsmål om hvordan brukerne involveres i tildelingen svarer informantene at det har vært jobbet mye med dette. Brukerne er aktivt involvert i kartleggingsfasen, og spørsmålet om «hva er viktig for deg?» er godt kjent blant informantene. Kommunen legger også stor vekt på dialogen med pårørende.
Vedtak	Det er enighet mellom lederne og ansatte som utfører tjenesten om at brukerne skal få timene som er tildelt, verken mer eller mindre. Kriteriene for tildeling har bidratt til å skape en felles forståelse av hva som er riktig nivå. Kriteriene ble etablert etter inspirasjon fra kriteriene i det statlige forsøket. Praksisen med hensyn til å evaluere vedtakene synes også å variere virksomhetene imellom. Videre er det ikke en enhetlig praksis knyttet til å angi at tildelt tjenesten revurderes enten innen en gitt tid eller ved endring av behov.
Tjenester	Fra 2015 til 2018 har det vært sterkest vekst i utgiftene til boliger med døgnomsorg. På dette området lå kommunen høyt allerede i 2015. Utviklingen i Oppdal går altså i retning situasjonen i Os og Stjørdal som er med i forsøket. Oppdal beveger seg også det som er mer vanlig i våre naboland Sverige og Danmark. Utgiftene til psykisk helse er på et lavt nivå sammenliknet med det som er vanlig ellers i landet. Nivået for tildeling av timer helsetjenester i hjemmet har blitt mer likt landet som helhet. Fra 2017 til 2018 har det vært en kraftig økning for praktisk bistand og en kraftig reduksjon for helsetjenester i hjemmet

4.7.5 Østre Toten

Tema	Vår vurdering
Endringer i tildelingspraksis	I Østre Toten skjer tildelingen gjennom en egen tildelingsenhet. Målt opp mot behovet, har kapasiteten i tildelingsenheten variert en del over tid. Ved forrige besøk, i 2016, var kapasiteten utilstrekkelig. Enheten fikk styrket bemanningen og hadde en periode rimelig god kapasitet. Nå begynner det igjen å stramme seg til. Siden 2016 er bredden i kompetansen i tildelingen styrket gjennom å ansette en vernepleier og en fysioterapeut. Vi mener at hovedbildet er at tildelingsprosessen i Østre Toten er blitt noe styrket siden 2016.
Endring i brukermedvirkning	Det er lagt økende vekt på brukermedvirkning i tildeling av tjenester. Mye er endret siden 2016 på dette området. Sjekklisten som brukes i kartlegging omfatter spørsmålet «hva er viktig for deg?». Spørsmålet ligger også til grunn for å sette mål for vedtak. I tilknytning til fagsystemet (Profil) er det laget et hjelpeskjema som skal sikre brukermedvirkning. De legger også vekt på å definere mål for bruker og at bruker selv skal stille seg bak dette målet.
Vedtak	Intervjuene tyder på at revurdering ikke fungerer godt nok. Økte behov blir registrert og dokumentert gjennom søknad og eventuelt økt tildeling, men det er ganske vanlig at brukere mottar tjenester som de ikke lenger kan sies å ha bruk for ifølge informanter i kommunen. I 2016 tydet kartleggingen på at det ikke alltid var samsvar mellom tildeling og faktisk utførelse av tjenester. Kartleggingen i 2019 tyder på at manglende samsvar fortsatt er et problem. Det er erkjent at det i en del tilfeller leveres tjenester utover det som er vedtatt og det det er behov for. I enheten for hjemmetjenester er det startet en prosess for å rydde opp i dette. Det er uenighet om hvor stort omfang dette har. På den andre siden sa informanter som utførte tjenester at de ikke har ressurser til å utføre alle tildelte tjenester.
Tjenester	Kommunen har satset mer på hverdagsmestring og rehabilitering på korttidsplass og (relativt) mindre på omsorgsboliger og langtidsplasser. Det har vært en betydelig omlegging fra heldøgnsstilbud til deltid. Allerede i 2015 ble det besluttet å bygge nytt sykehjem. Det nye sykehjemmet under bygging vil erstatte eksisterende sykehjem og innebærer ikke økning av antall plasser. Samtidig vurderes det å omdanne tidligere sykehjem til omsorgsboliger som det er knapphet på. I tilknytning til rus og psykiatri, er det etablert botilbud med heldøgns bemanning. Samtidig er tilbudet til personer med psykiske problemer og rusproblemer blitt mer differensiert, herunder et lavterskeltilbud. Kommunen har også økt kapasiteten på fysio- og ergoterapi for å styrke rehabilitering og redusere institusjonalisering. I 2016 hadde kommunen et rehabiliteringsteam. Dette ble nedlagt, samtidig som det ble lagt mer vekt på at alle skal tenke på rehabilitering.

4.7.6 Fjell

Tema	Vår vurdering
Endringer i tildelingspraksis	Fjell kommune har ikke et tildelingskontor, det er fortsatt tjenestelederne som har tildelingsmyndigheten, Tildelingen er blitt profesjonalisert gjennom opprettelse av en saksbehandlerstilling som betjener sykehjem og hjemmetjenesten. Fjell blir en del av nye Øygarden kommune fra og med 01.01.2020. I den nye kommunen vil alle med saksbehandlingskompetanse blir samlet på ett sted.
Endring i brukermedvirkning	Informantene opplyser at alle brukere har primærkontakter. Ved kartlegging samtaler man om hva som er viktig for den enkelte bruker. «Hva er viktig for deg?» spørres til alle brukerne, men det brukes ikke i utforming av vedtak men til utforming av tiltak.
Vedtak	Rutinene med hensyn til revidering av vedtak fremstår som tilsvarende som det som ble beskrevet i 2016. Kommunen reviderer vedtak som hovedregel en gang i året eller ved endring av helsetilstand eller behov. På samme måte som i 2016 oppfatter informantene at det er god sammenheng mellom vedtatte og utførte timer. Det står på arbeidslisten hva som skal gjøres, og kommunen legger i hovedsak til grunn at dette blir gjennomført.
Tjenester	Fjell kommune har jobbet etter strategien <i>Sjef i eige liv</i> i mange år. Dette innebærer prioritering av hjemmetjenester, lavterskeltilbud og forebyggende tiltak, mens sykehjemsdekningen har vært svært lav sammenlignet med landsgjennomsnittet. Fra 2015 til 2018 har det vært sterkest vekst (målt i kronebeløp) i utgiftene til personer med nedsatt funksjonsevne over 18 år. Den største prosentvise veksten finner vi i utgiftene til personer med psykiske- og rusproblemer under 18 år. Vi ser videre at for gruppen eldre har utgiftene til institusjon vokst noe mer enn utgiftene til bolig med døgnomsorg og vesentlig mer enn utgifter til andre hjemmetjenester. Dette gir utviklingen i Fjell en noe annen profil enn det som preger landet som helhet.

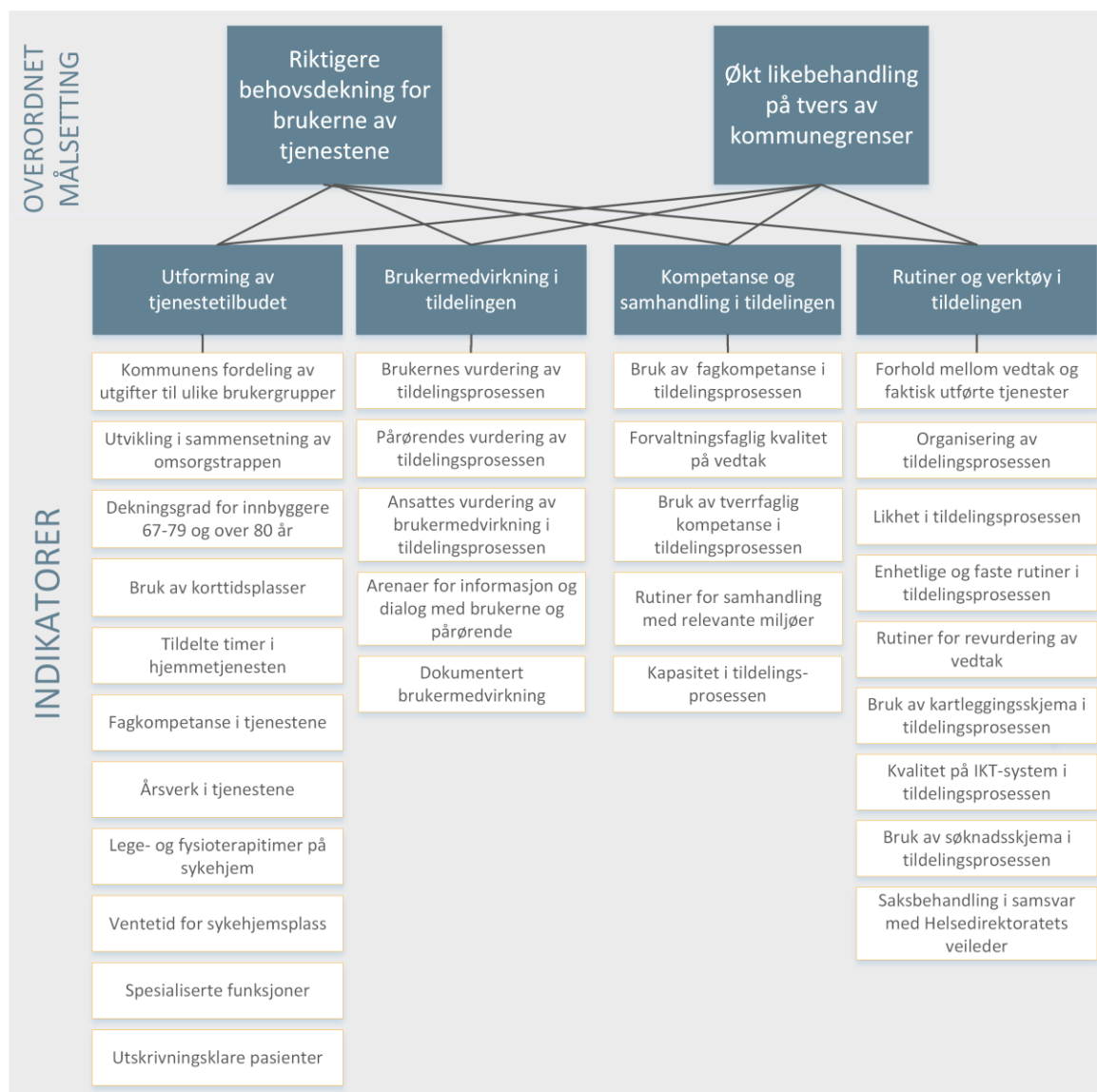
5 Indikatorer

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 de ulike indikatorene. Av hensyn til lesbarhet er de presentert under følgende overskrifter (heller enn å presenteres punkt for punkt som i figuren under):

- ▶ Utvikling i sammensetning av omsorgstrappen
- ▶ Årsverk og kompetanse i tjenestene
- ▶ Drift av tjenestene
- ▶ Brukermedvirkning i tildelingsprosessen
- ▶ Kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen
- ▶ Rutiner og verktøy i tildelingsprosessen



Figur 5-1 Samlet indikatorsett

5.1 Utvikling i sammensetning av omsorgstrappen

Dette avsnittet tar for seg utviklingen i omsorgstrappen basert på ulike kilder. Med dette menes den overordnede sammensetningen av tjenester, fra lavterskel tiltak til institusjonsplass.

5.1.1 Andelen av utgiftene brukt på institusjon

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

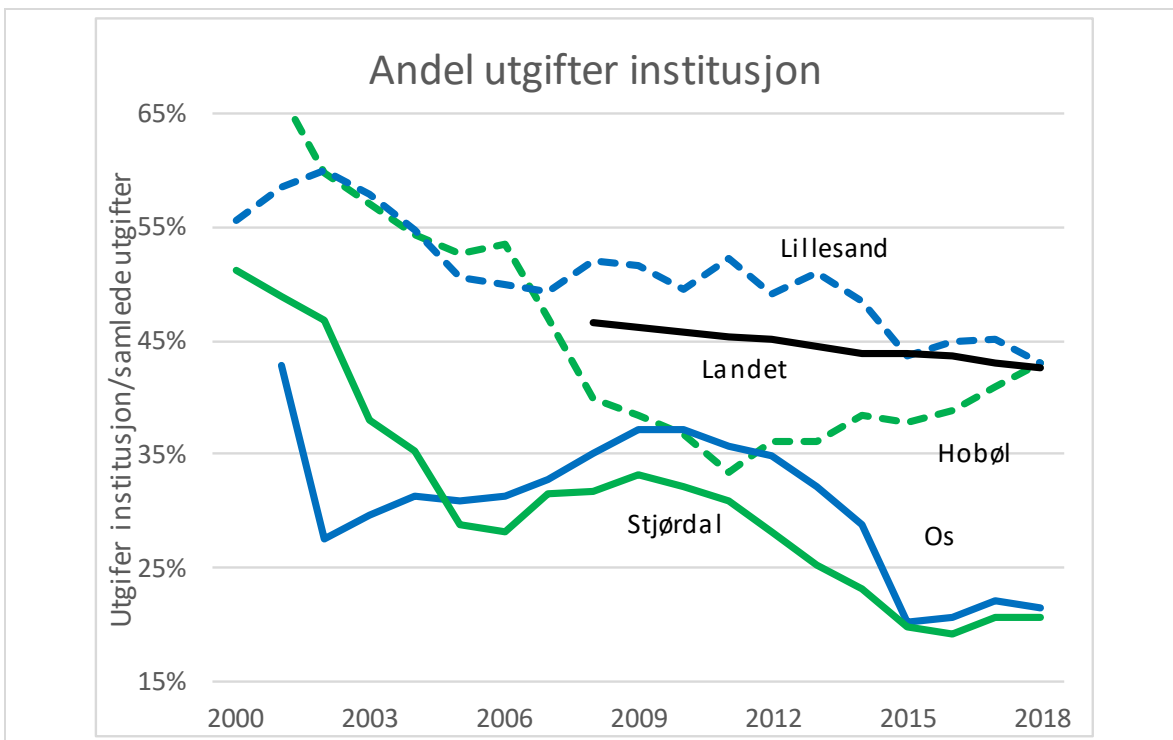
Som første steg i analysen har vi sett på utviklingen i andelen av bruttoutgiftene som blir brukt på institusjon. Utviklingen gir uttrykk for kommunenes prioritering av utgifter til institusjon. I neste steg har vi studert utviklingen for tjenestene på et mer detaljert nivå.

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

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

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

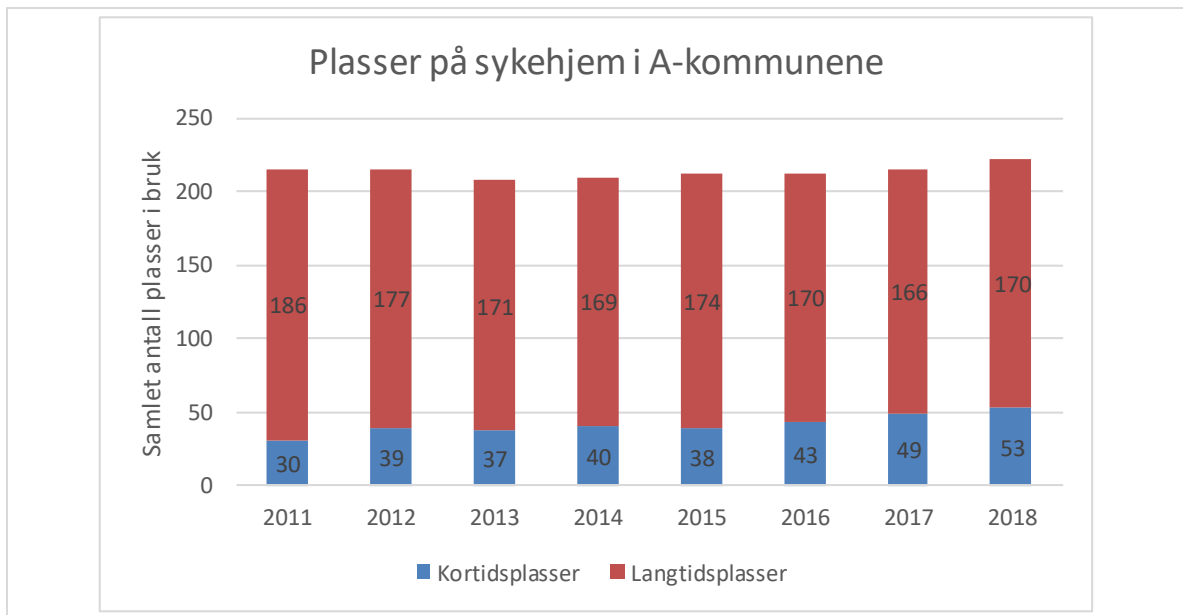


Figur 5-2 Andel av bruttoutgifter brukt på institusjon 2000-2018 for landet og de fire A-kommunene. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Tre av de fire A-kommunene har hatt en utvikling fra 2015 til 2018 som bryter med den langsiktige trenden (jf. figuren over). Lillesand er den eneste av de fire kommunene hvor andelen utgifter brukt på institusjon har gått ned. Den gjennomsnittlige økningen har vært på 1,7 prosentpoeng. Fra 2017 til 2018 er det bare Hobøl som har fortsatt økningen, mens i de tre andre kommunene har andelen vært på samme nivå eller blitt redusert.

5.1.2 Langtidsplasser og korttidsplasser på sykehjem

Økte utgifter til institusjon har imidlertid bare i begrenset grad gitt seg utslag i flere sykehjemsplasser. Samlet antall plasser i bruk for de fire kommunene har bare økt med syv plasser, fra 216 i 2011 til 223 i 2018 (jf. figuren under). Det stabile nivået som har vært helt siden 2011 videreføres altså også de to siste årene.



Figur 5-3 Samlet antall plasser i bruk på sykehjem 2011-2018 for de fire A-kommunene fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser. Kilde: Registrerte oppholdsdøgn rapportert til KOSTRA

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

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

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

Tabell 5-1 Antall plasser på sykehjem 2011-2017 fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser for de fire A-kommunene. Kilde: Antall plasser er beregnet på grunnlag av registrerte oppholdsdøgn rapportert til KOSTRA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Korttidsopphold</i>								
Hobøl	2,9	3,0	5,0	4,0	3,7	3,7	5,0	5,3
Lillesand	8,7	14,1	8,0	9,3	9,0	7,4	8,7	8,4
Os	12,2	13,0	14,1	17,0	16,0	17,3	16,7	18,5
Stjørdal	6,1	8,5	9,8	10,2	9,8	15,0	19,0	20,6
I alt	30,0	38,6	36,8	40,4	38,4	43,5	49,4	52,8
<i>Langtidsopphold</i>								
Hobøl	20,2	19,8	22,0	24,6	28,1	25,6	24,8	25,2
Lillesand	67,6	66,7	71,7	68,0	63,7	62,8	59,4	58,0
Os	31,7	29,7	24,9	24,4	29,1	29,4	30,5	25,3
Stjørdal	66,6	60,9	52,4	52,3	53,4	51,7	51,2	61,1
I alt	186,1	177,1	170,9	169,3	174,3	169,5	165,9	169,7
<i>Sykehjem i alt</i>								
Hobøl	23,1	22,8	26,9	28,6	31,8	29,3	29,8	30,5
Lillesand	76,3	80,8	79,7	77,3	72,7	70,2	68,1	66,4
Os	43,9	42,7	38,9	41,3	45,1	46,8	47,3	43,8
Stjørdal	72,8	69,4	62,1	62,5	63,2	66,7	70,2	81,8
I alt	216,1	215,7	207,7	209,7	212,7	213,0	215,3	222,5

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

Siden 2015 har det samlede antall sykehjemsplasser blitt redusert i Hobøl og Lillesand, mens det har vært en økning i Os og Stjørdal. I begge disse kommunene har økningen vært betydelig. Veksten i Stjørdal startet allerede i 2013. Utbetalingen av tilskudd viser en betydelig vekst for langtidsopphold på institusjon fra 2017 til 2019 for både Os og Stjørdal (jf. Tabell 5-3).

Både Stjørdal og Os er blant kommunene i landet med lavest dekning for eldre over 80 år på sykehjem (jf. Tabell 5-2). Økningen i disse to kommunene kan ha sammenheng med at nivået har blitt for lavt.

I 2019 er økningen av sykehjemsplasser i Stjørdal resultat av en omhjemling av plassene fra boliger med døgnomsorg til sykehjem. Etter det vi har skjønnet har ikke kommunen gjort bygningsmessige endringer som følge av omhjemlingen. Kommunen må ellers følge reglene som gjelder sykehjemsdrift. Uansett kan det i praksis være små forskjeller mellom driften av sykehjem og boliger med døgnomsorg.

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

Antall plasser i A-kommunene vist i Figur 5-3 og Tabell 5-1 er basert på antall oppholdsdøgn som kommunene har rapportert til KOSTRA. Utbetalingen av aktivitetstilskuddet er basert på en egen

rapportering av oppholdsdøgn til Helsedirektoratet. Nivået på antall oppholdsdøgn er ikke den samme i de to kildene. I *Vedlegg 1* drøfter vi hvorfor nivået er forskjellig og hvilken betydning dette har for datakvaliteten.

5.1.3 Dekningsgrad for innbyggere over 80 år

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

For gruppen over 80 år varierte dekningen i 2018 mellom 39,2 prosent i Stjørdal til 49,5 prosent i Selbu. Dekningen for landet som helhet var på 45 prosent.

Fra 2015 til 2018 har den samlede dekningen for A-kommunene blitt redusert med 1,6 prosentpoeng. Reduksjonen har i all hovedsak skjedd for institusjon.

For hjemmetjenester er dekningen for A-kommunene omtrent på samme nivå i 2015 og 2018. Statistikken bygger på personer med tilbud 31. desember det enkelte år. Det kan se ut til at situasjonen for den enkelte kommune til en viss grad er preget av tilfeldige utslag.

Tabell 5-2 Andel personer over 80 år som mottar pleie- og omsorgstjenester per 31. desember 2015-18

	2015	2016	2017	2018
<i>Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)</i>				
Spydeberg	32,5	34,4	32,6	30,7
Hobøl	24,6	20,4	24,4	29,8
Lillesand	31,6	31,6	31,3	27,8
Os	40,2	40,3	41,9	41,1
Selbu	39,5	38,4	40,3	37,3
Stjørdal	36,8	37,4	34,6	32,9
Landet	33,0	32,5	32,0	31,2
Snitt A	33,3	32,4	33,1	32,9
Snitt B	36,0	36,4	36,5	34,0
<i>Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)</i>				
Spydeberg	13,4	12,7	11	13,8
Hobøl	16,2	14,5	10	11,0
Lillesand	12,2	12	12,2	12,8
Os	6,6	5,8	4,1	5,5
Selbu	13,7	14,8	13,6	12,2
Stjørdal	5,3	5,5	5,1	6,3
Landet	13,6	13,3	12,9	12,4
Snitt A	10,1	9,5	7,9	8,9
Snitt B	13,6	13,8	12,3	13,0
<i>Andel innbyggere 80 år og over med tjenester (prosent)</i>				
Spydeberg	45,9	47,1	43,6	44,5
Hobøl	40,8	34,9	34,4	40,8
Lillesand	43,8	43,6	43,5	40,6
Os	46,8	46,1	46,0	46,6
Selbu	53,2	53,2	53,9	49,5
Stjørdal	42,1	42,9	39,7	39,2
Landet	46,6	45,8	44,9	43,6
Snitt A	43,4	41,9	40,9	41,8
Snitt B	49,6	50,2	48,8	47,0

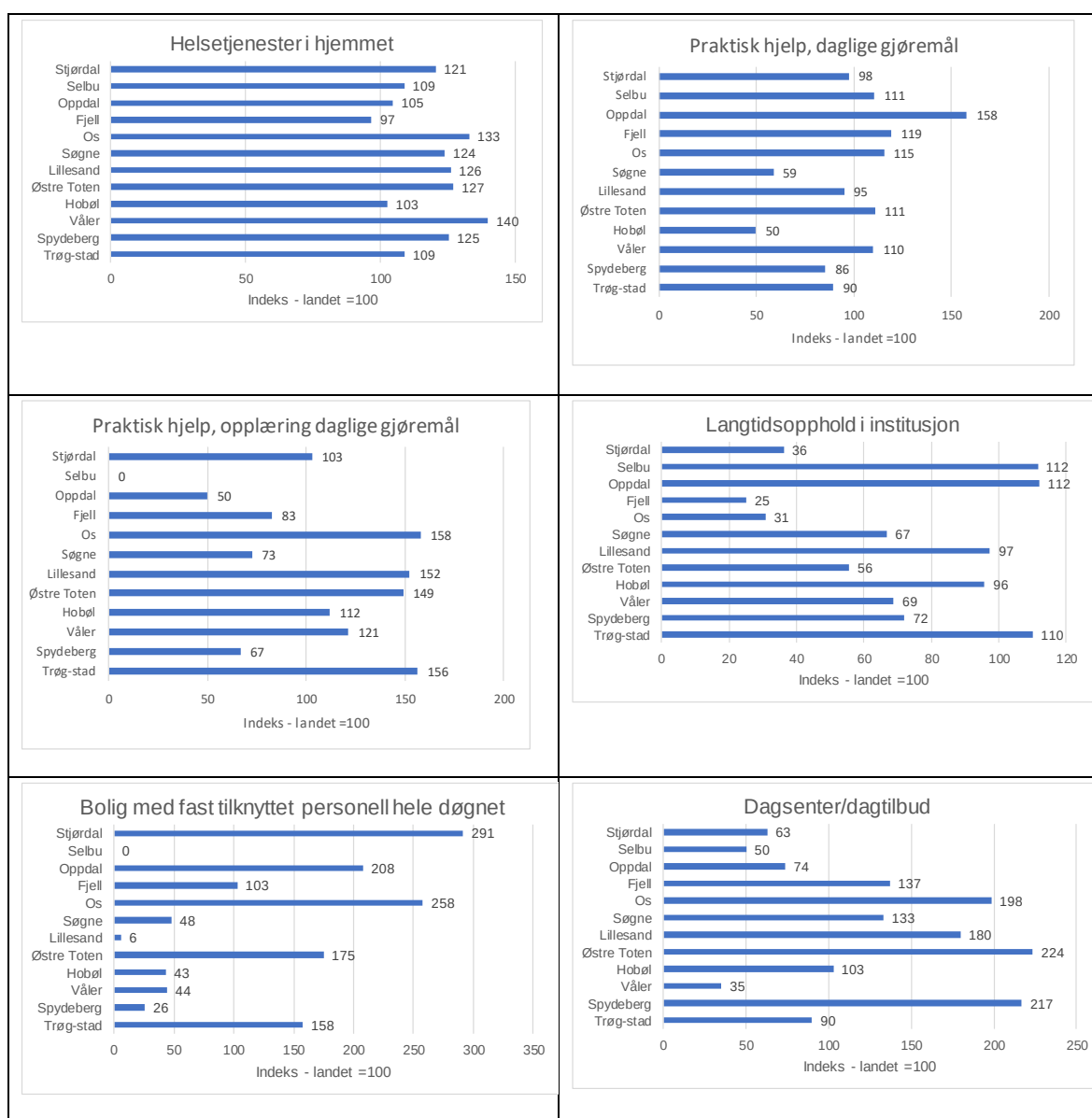
Den reduserte dekningen innebærer at en større del av de eldre klarer seg uten bistand. Noe av forklaringen kan være at en styrket og mer profesjonell tildelingsfunksjon bidrar til flere selvhjulpne eldre. Samtidig er den reduserte dekningen trolig også et resultat av andre forhold som gjelder hele landet.

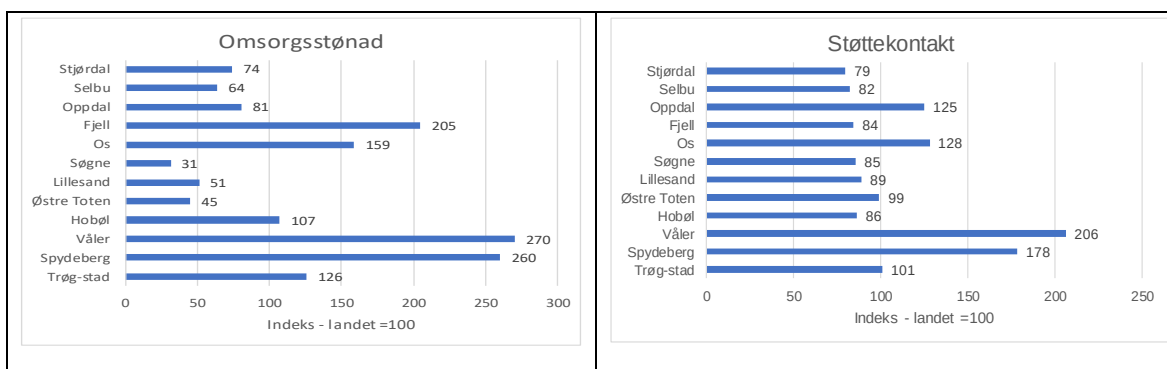
For landet har nedgangen i den samlede dekningen fra 2015 til 2018 vært på hele 3,0 prosentpoeng. Dag Ragnvald Abrahamsen i SSB peker på at utviklingen henger sammen med endringer i aldersfordelingen innad i denne aldersgruppen²⁸. Han viser til at det de siste tre årene har kommet om lag 3 300 nye 80-åringer inn i gruppen 80 pluss, mens det samtidig har blitt om lag 1 100 færre over 85 år. Videre uttaler han at denne tendensen forsterkes av stadig bedre helse i hele befolkningen.

²⁸ Kommunal rapport 25. juni 2019 «Flere over 80 år er unge og friske». <https://kommunal-rapport.no/2019/06/flere-unge-80-aringer>

5.1.4 Omsorgstrappen belyst med data fra IPLOS fra 2015 til 2018

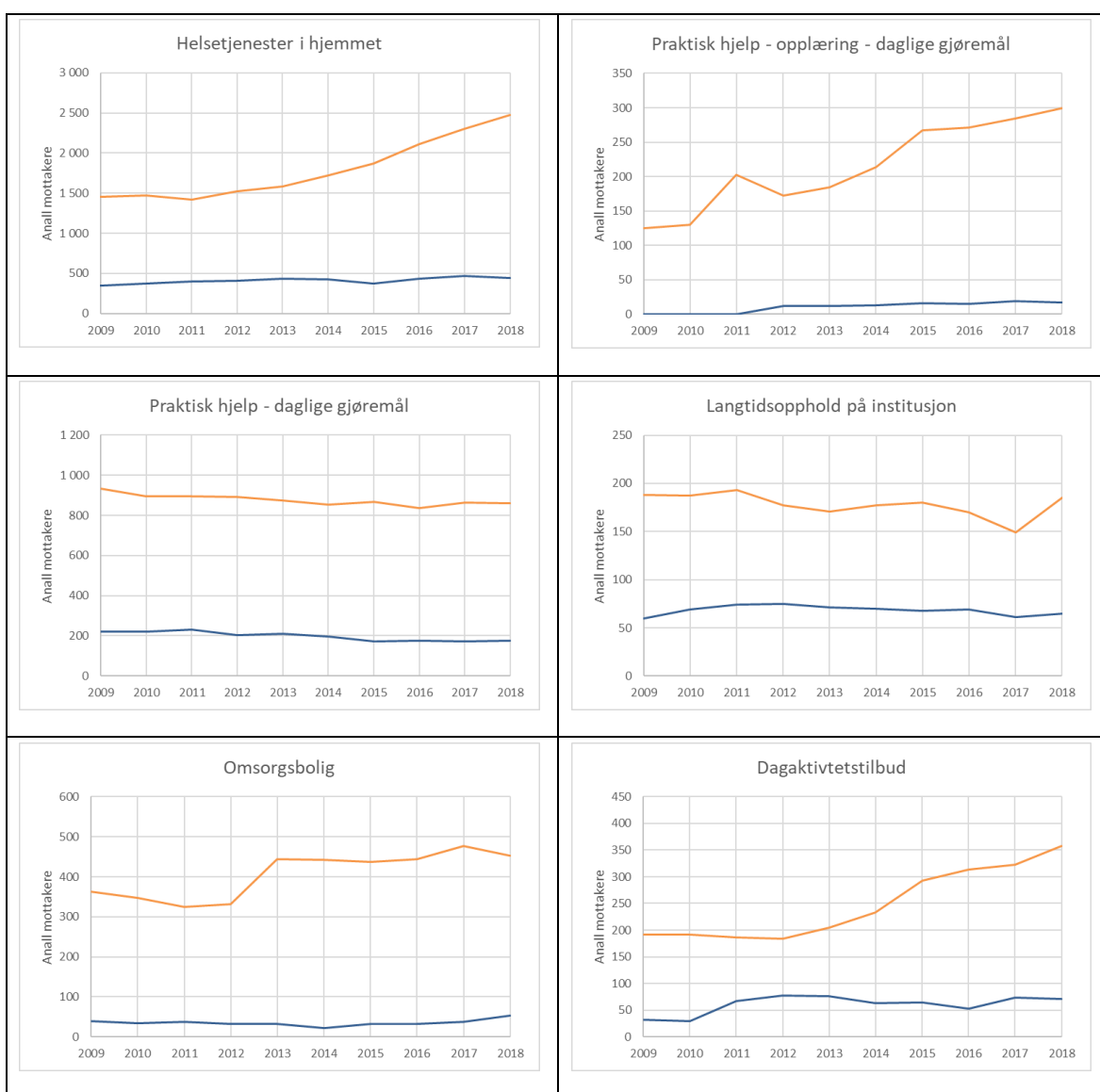
Statistikken fra IPLOS gir et langt mer detaljert bilde av tilbudet av tjenester enn de tre KOSTRA-funksjonene omtalt over. Vi har sammenliknet tilbudet av tjenester i de 12 A-, B- og C-kommunene med landet som helhet. Det er beregnet en indeks for alle tjenestene i de 12 kommunene som viser om kommunen 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 5-4 under.

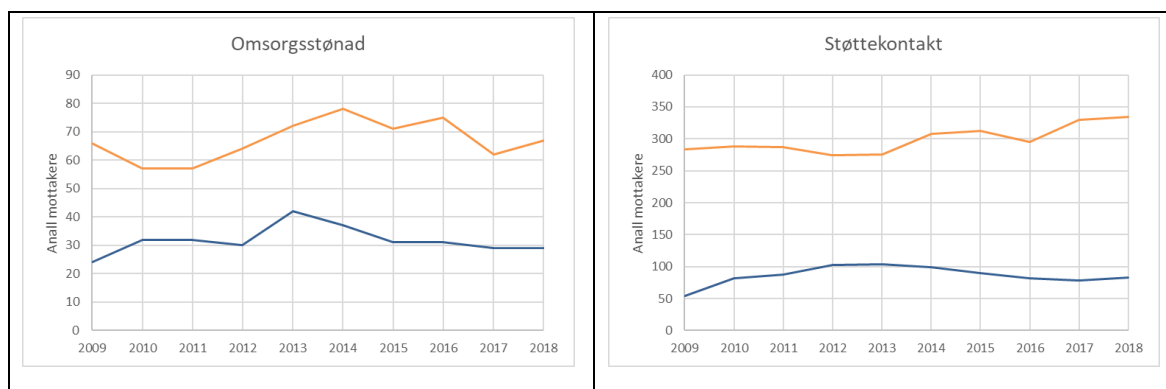




Figur 5-4 Antall brukere med ulike tilbud 2016 sett i forhold til behovet for tjenester sammenliknet med landet som helhet (landet=100)

Videre viser Figur 5-5 utviklingen samlet for de seks A- og B-kommunene for de samme tjenestene for perioden fra 2009 til 2018 (A-kommuner i oransje, B-kommuner i blått).





Figur 5-5 Samlet antall brukere i A- og B-kommuner for utvalgte tjenester 2009-2018. Kilde: IPLOS

En hovedkonklusjon er at det er store forskjeller mellom kommunene i sammensetningen av omsorgstrappen (Figur 5-4). En annen er at trendene for perioden fra 2009 til 2015 ser ut til å fortsette også etter at forsøket startet opp (Figur 5-5). Utbetalingene av tilskudd gir grunnlag for å følge utviklingen av sammensetningen av tjenester helt frem til andre kvartal 2019 (jf. avsnitt 5.1.5).

Utviklingen i de ulike tjenestene i A- og B-kommuner 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 seks kommunene i vårt utvalg hatt økt veksttakt etter at forsøket startet i 2016.

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

Praktisk bistand daglige gjøremål: Tjenesten omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. Fra 2009 til 2015 har kommunene i vårt utvalg en reduksjon i antallet som mottar tjenester, som altså er den samme trenden som for resten av landet. I 2017 og 2018 er antall brukere på omtrent samme nivå som i 2015, noe som altså innebærer et brudd med den langsiktige trenden. Det er store forskjeller på hvor mye kommunene satser på disse tjenestene. I fire av kommunene er tilbudet mindre utbygd enn landet, og i de åtte andre er tilbudet mer utbygd.

Praktisk bistand – opplæring daglige gjøremål: Formålet med praktisk bistand – opplæring er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet, dvs. opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påklledning og i forbindelse med måltider. Dette omfatter også boveiledning. Disse tjenestene utgjør en viktig del av tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne. Antall personer som mottar disse tjenestene er mer enn doblet i A-kommunene i perioden fra 2010 til 2018. Økningen har vært relativt svak etter at forsøket startet i 2016.

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 vedtak, blir ikke registrert. Antall personer som mottar disse tjenestene har nesten blitt doblet i perioden fra 2010 til 2017. Den økte satsingen er i tråd med signaler fra statlige myndigheter. Imidlertid er det store forskjeller på

hvor utbygd tilbudet er i kommunene. I A-kommunene er tilbudet mest utbygd i Os (indeksverdi 198) og Lillesand (180) og minst utbygd i Stjørdal (63). Som det framgår av Tabell 5-4 har aktivitetstilskuddene til dagsenter gått ned med 7 prosent fra 2017 til 2019 i A-kommunene.

Langtidsopphold i institusjon: Frem til 2017 har det vært en nedadgående tendens i antall personer som mottok tilbudet. Nedgangen har skjedd samtidig med at det har blitt flere personer i de aktuelle aldersgrupper. I 2018 har det vært en relativt sterk vekst i antall personer på langtidsopphold, noe som først og fremst skyldes økningen i Os i forbindelse med åpningen av Luranetunet.

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

Omsorgsstønad: Denne stønaden gis til privatpersoner som har omfattende omsorgsarbeid i hjemmet knyttet til en av sine nærmeste. Kommunene varierer i hvilken grad de bruker ressurser på dette. Blant forsøkskommunene har Spydeberg, Os og Hobøl flest mottakere av omsorgslønn (korrigert for kommunens tjenestebehov). Fra 2015 til 2017 har bruken av omsorgslønn økt noe. Antall brukere i 2017 er nesten på samme nivå som i 2015.

Støttekontakt: Støttekontakt er et tilbud til personer som har behov for dette på grunn av funksjons-hemming, 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.

5.1.5 Utvikling i aktivitetstilskudd 2017-2019 i A-kommuner

Vi har beregnet utviklingen i tilskuddet i faste 2019-priser. Det betyr at vi har brukt satsene for tilskuddet for 2019 også for 2017 og 2018. På den måten fjerner vi effekten av prisveksten, slik at dataene gir et uttrykk for utviklingen av aktivitet. Dataene i tabellene under viser altså den samlede effekten av utviklingen i vedtatte timer og døgn i de fire kommunene.

Utviklingen i aktivitetstilskuddet til og med andre kvartal 2019 er vist i tabellen under. Utviklingen er preget av at det fortsatt skjer en viss rydding av dataene. For eksempel har det i Os vært en omkoding mellom helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Det betyr at den kvartalsvise utviklingen må tolkes med en viss grad av forsiktighet. I kapittel 4 er utviklingen for den enkelte kommune presentert og kommentert.

Tabell 5-3 Aktivitetsbasert tilskudd samlet for de fire A-kommunene fordelt på fire kvartaler fra 2017 til andre kvartal 2019. Faste 2019 priser i millioner kroner.

	Alle fire A-kommuner (millioner kroner)									
	2017-1	2017-2	2017-3	2017-4	2018-1	2018-2	2018-3	2018-4	2019-1	2019-2
Langtidsopphold på institusjon	37	37	38	37	33	38	42	42	49	53
Korttidsopphold på institusjon	20	20	24	18	23	21	24	22	23	23
Utskrivningsklare fra sykehus	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0
Helsetjenester i hjemmet	137	142	146	156	132	142	144	143	139	138
Praktisk bistand daglige gjøremå	13	13	14	19	27	22	22	18	19	20
Praktisk bistand, opplæring	33	35	35	35	34	37	35	35	35	35
Praktisk bistand, BPA	5	7	6	6	6	7	7	7	7	8
Avlastning utenfor institusjon	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4
Dagsenter	13	14	13	13	14	13	12	13	12	13
Omsorgslønn	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4
Støttekontakt	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4
Institusjon	58	58	62	55	55	59	66	66	72	77
Helsetjenester, praktisk bistand	189	197	201	215	200	207	209	203	200	201
Andre tjenester	23	25	23	23	24	23	22	22	23	24
I alt	270	280	285	293	280	289	297	291	295	301

Innholdet i tabellen over blir kommentert i det følgende:

- ▶ Det er store forskjeller i den økonomiske betydningen av ulike tjenester. Tilskuddet til helse-tjenester i hjemmet utgjør omtrent halvparten og tilskuddet til institusjon rundt en fjerdedel av det samlede tilskuddet.
- ▶ Utgiftene til langtidsopphold på institusjon har økt betydelig fra tredje kvartal 2018. Økningen har sammenheng med åpningen av Luranetunet bo- og behandlingssenter i Os og at boliger i Stjørdal ble hjemlet om til institusjon.
- ▶ Utgiftene til *helsetjenester i hjemmet* har vokst gjennom 2017. Tilskuddet ble så betydelig redusert i 2018 og har blitt ytterligere redusert i 2019.
- ▶ Utgiftene til *dagsenter* har blitt noe redusert gjennom perioden.
- ▶ Kommunene får finansiert utgiftene til *utskrivningsklare pasienter* som en del av forsøket. En mulig effekt kan være at kommunene ikke like raskt tar imot slike pasienter som følge av at staten betaler. Tilskuddet til disse pasientene har imidlertid vært på et lavt nivå i hele perioden. Vi viser ellers til at vi har sammenliknet utviklingen i de fire A-kommunene for perioden 2011-2018 med landet som helhet (jf. kap. 5.3.3).
- ▶ Det har vært en sterk økning av totale tilskudd i 2017. Utbetalingen i fjerde kvartal var 8,6 prosent høyere enn i første kvartal. Vi vet imidlertid ikke hvor mye av endringen som kan knyttes til opprettinger. Dette henger blant annet sammen med at Os og Stjørdal har hatt rettinger i 4. kvartal som også gjelder tidligere perioder i 2017.

Utviklingen i aktiviteten de fire A-kommunene er vist i tabellen under. Kommunene er preget av en svært forskjellig utvikling.

Tabell 5-4 Aktivitetstilskudd samlet for de fire A-kommunene 2017-2019²⁹. Faste 2019 priser i millioner kroner.

	Alle A (mill kr)			Vekst 2017-2019				
	2017	2018	2019	Alle	Hobøl	Lillesand	Os	Stjørdal
Langtidsopphold på institusjon	148	155	204	37 %	-3 %	5 %	55 %	84 %
Korttidsopphold på institusjon	82	89	92	12 %	-28 %	-19 %	35 %	21 %
Utskrivningsklare fra sykehus	2	2	2	9 %		-16 %	-15 %	130 %
Helsetjenester i hjemmet	580	562	553	-5 %	15 %	21 %	3 %	-21 %
Praktisk bistand daglige gjøremå	60	89	78	31 %	23 %	18 %	110 %	-22 %
Praktisk bistand, opplæring	138	141	142	2 %	-15 %	-19 %	16 %	-2 %
Praktisk bistand, BPA	23	28	29	27 %	2 %	5 %	11 %	
Avlastning utenfor institusjon	14	12	14	-3 %	-24 %	133 %	-13 %	-18 %
Dagsenter	54	51	50	-7 %	-35 %	-20 %	8 %	-5 %
Omsorgslønn	13	14	14	5 %	-13 %	13 %	11 %	3 %
Støttekontakt	13	15	15	22 %	14 %	4 %	22 %	31 %
Institusjon	232	246	298	28 %	-10 %	0 %	44 %	58 %
Helsetjenester, praktisk bistand	802	820	802	0 %	6 %	14 %	13 %	-18 %
Andre tjenester	94	92	93	-1 %	-24 %	-3 %	8 %	1 %
I alt	1 128	1 157	1 193	6 %	-3 %	8 %	17 %	-3 %

Den samlede aktiviteten i de fire A-kommunene har økt med 6 prosent (jf. figuren over). Aktiviteten har økt i Lillesand (8 prosent) og Os (17 prosent), mens den har blitt redusert i Hobøl (-3 prosent) og Stjørdal (-3 prosent).

Samlet har tilskuddet til institusjon økt (+28 prosent), nivået er uendret til de hjemmebaserte tjenestene og tilskuddet til andre tjenester er redusert (-1 prosent). Denne utviklingen er i stor grad preget av økte tilskudd til institusjon i Os og Stjørdal og en betydelig reduksjon av tilskuddet til hjemmebaserte tjenester i Stjørdal. Som tidligere nevnt har Os og Stjørdal vært blant kommunene som har brukt minst på institusjon, slik at utviklingen har gjort disse kommunene litt mer like det som ellers er vanlig. Utviklingen i Hobøl og Lillesand er på linje med den langsiktige utviklingen for landet med at en større del av utgiftene blir brukt på institusjon og en mindre del på hjemmebaserte tjenester.

Utviklingen for den enkelte tjeneste er preget av store forskjeller mellom de fire kommunene. Situasjonen i hver kommunene er nærmere kommentert i kapittel 4.

5.2 Årsverk og kompetanse i tjenestene

5.2.1 Årsverk i tjenestene

Antall ansatte og årsverk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester er en god indikator på omfanget av tjenester som faktisk leveres. Rapportering av årsverk har vært gjort av kommunen selv, som har rapportert til oss på fem ulike tidspunkter. Se for øvrig omtale i 3.6.5.

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

²⁹ Tilskuddet for 2019 er beregnet som det dobbelte av utbetalingene de to første kvartalene.

Tabell 5-5 viser at A-kommunene har hatt en gjennomsnittlig økning i antall årsverk som er vesentlig høyere enn i B- og C-kommunene. Dette kan være en indikasjon på at aktivitetsnivået i A-kommunene øker mer enn i andre kommuner. Det viktig å bemerke at differansen mellom A-kommunene og de øvrige i sin helhet kan forklares ut fra den store økningen i Os. For forklaringer knyttet til dette henvises det til kap. 4.1.

Tabell 5-5: Utvikling i antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene 2016-2019 (ekskl. tildeling). Kilde: egen datainnsamling basert på innrapportering fra kommunene

	2016		2017	2018	2019	Endring
Kommune	jan	sept	sept	sept	sept	jan 2016- sept 19
A-kommuner						
Hobøl	89,1	89,1	81,2	88,9	95,8	7,5 %
Lillesand	251,0	252,7	260,9	277,8	269,6	7,4 %
Os	350,5	364,3	374,7	422,3	474,0	35,2 %
Stjørdal	447,6	459,3	467,6	473,3	468,6	4,7 %
A Totalt	1138,1	1165,3	1184,4	1262,3	1308,0	14,9 %
B-kommuner						
Selbu	114,6	114,6	114,8	116,9	121,2	5,8 %
Spydeberg*	97,7	97,7	97,7	97,7	97,7	0,0 %
B Totalt	212,3	212,3	212,4	214,6	218,9	3,1 %
C-kommuner						
Fjell*	261,3	266,7	266,7	266,7	266,7	2,1 %
Oppdal	183,9	184,1	184,1	210,1	219,3	19,3 %
Søgne	181,9	199,8	204,7	217,0	225,0	23,7 %
Trøgstad	140,4	137,8	131,2	143,6	155,0	10,4 %
Våler	95,6	97,8	97,7	93,9	92,7	-3,0 %
Østre Toten*	382,5	389,6	372,2	332,7	332,7	-13,0 %
C Totalt	1245,6	1275,7	1256,6	1263,9	1291,4	3,7 %
Totalsum	2596,0	2653,3	2653,4	2740,8	2818,3	8,6 %
* Forutsatt ingen endring i 2019 grunnet ufullstendig datagrunnlag						

5.2.2 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 2018 74,5 prosent med relevant fagutdanning i de brukerrettede tjenestene innenfor pleie og omsorg. Gjennomsnittet for A-kommunene lå på 76,5 prosent.

Sammenliknet med landet er nivået i Stjørdal høyere og betydelig lavere i Os og Lillesand. Andelen har økt for Hobøl og Stjørdal, den har blitt redusert i Lillesand og er nokså uendret i Os.

Tabell 5-6 Andel årsverk i brukerrettede tjenester med relevant fagutdanning 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
<i>Andel brukerrettede årsverk m/ helsefagutdanning (prosent)</i>				
Spydeberg	76,0	80,2	76,6	77,4
Hobøl	70,9	73,9	72,5	72,8
Lillesand	78,3	77,2	76,9	75,5
Os	72,8	76,3	74,8	72,6
Selbu	80,5	80,8	78,9	79,6
Stjørdal	81,7	82,2	83,1	85,0
Landet	73,0	74,2	74,4	74,5
Snitt A	75,9	77,4	76,8	76,5
Snitt B	78,3	80,5	77,8	78,5

5.2.3 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 2018 høyest i Os og lavest i Stjørdal. Nivået for forsøkskommunene er jevnt over noe høyere i 2018 enn i 2015. Denne indikatoren for kvalitet viser altså en positiv utvikling.

Tabell 5-7 Lege- og fysioterapitimer per uke per beboer på sykehjem 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
<i>Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem</i>				
Spydeberg	0,78	0,76	0,85	0,60
Hobøl	0,70	0,76	0,40	0,36
Lillesand	0,39	0,44	0,37	0,35
Os	0,44	0,43	0,67	0,66
Selbu	0,33	0,33	0,38	0,38
Stjørdal	0,05	0,10	0,46	0,38
Landet	0,41	0,43	0,42	0,42
Snitt A	0,40	0,43	0,48	0,44
Snitt B	0,56	0,55	0,62	0,49
<i>Legetimer per uke per beboer i sykehjem</i>				
Spydeberg	0,71	0,69	0,77	0,39
Hobøl	0,31	0,34	0,42	0,38
Lillesand	0,41	0,57	0,54	0,53
Os	0,84	1,13	1,76	1,99
Selbu	0,52	0,51	0,59	0,59
Stjørdal	0,38	0,38	0,37	0,44
Landet	0,53	0,55	0,55	0,56
Snitt A	0,49	0,61	0,77	0,84
Snitt B	0,62	0,60	0,68	0,49

5.2.4 Spesialiserte funksjoner

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

I Tabell 5-8 er angitt hvilke funksjoner kommunen har. Noen av kommunene har hatt utvidelser med tanke på nye tjenestetilbud underveis, men dette har skjedd i like stor grad i C-kommuner. Det altså er ingen klar sammenheng mellom dette og deltagelse i forsøket. A-kommunene rapporterer imidlertid om utvidelse av flere eksisterende tiltak, særlig innen kartlegging og hverdagsrehabilitering, ref. kapittel 4.

Tabell 5-8 Spesialiserte funksjoner i kommunene pr. september 2019

Har kommunen egne tilbud for:					
	Hverdags-rehabilitering	Palliasjon	Personer med demens	Personer med kreft	Andre grupper
<i>Stjørdal</i>	Ja	Ja	Ja	Ja (ny?)	Hjemreise-koordinator (2019), trygghets-ambulerende team
<i>Lillesand</i>	Ja (ny i forsøks-perioden)*	Nei	Ja	Ja NY?	
<i>Os</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	KOLS/Diabetes, kartleggingsteam
<i>Hobøl</i>	Nei	Nei	Ja	Nei	
<i>Selbu</i>	Ja	Nei	Ja	Nei	
<i>Våler</i>	Nei	Nei	Ja	Ja	
<i>Oppdal</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Fjell</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	
<i>Søgne</i>	Ja (ny i forsøks-perioden)	Ja	Ja	Ja	

* - innsatsteam

5.3 Drift av tjenestene

Dette avsnittet gjennomgår noen sentrale parametere knyttet til drift av tjenestene, som både kan bidra til å belyse kvalitet og hvor effektivt tjenestene fungerer.

5.3.1 Tildelte timer hjemmetjenesten

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

For A-kommunene har utviklingen fra 2015 til 2018 gitt en betydelig reduksjon i antall timer per bruker med praktisk bistand og omtrent uendret nivå for helsetjenester i hjemmet. Samtidig er det flere brukere som både får helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand.

Tabell 5-9 Gjennomsnittlig antall tildelte timer 2015-2018, praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet

	2015	2016	2017	2018
<i>Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, praktisk bistand</i>				
Spydeberg	18,6	14,4	11,9	9,8
Hobøl	43,3	28,1	29,5	22,6
Lillesand	9,5	7,6	7,4	8,1
Os	10,8	9,1	10,7	9,0
Selbu	1,5	1,1	1,1	1,1
Stjørdal	6,6	5,8	5,7	6,0
Landet	9,5	9,7	10,1	10,6
Snitt A	17,5	12,6	13,3	11,4
Snitt B	10,1	7,7	6,5	5,5
<i>Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, helsetjenester i hjemmet</i>				
Spydeberg	4,1	2,2	3,4	2,8
Hobøl	3,7	5,8	5,0	4,9
Lillesand	3,0	6,0	5,7	6,9
Os	10,7	8,4	8,0	8,3
Selbu	9,8	9,1	8,7	9,7
Stjørdal	7,8	10,0	7,9	7,5
Landet	4,6	4,8	4,8	4,8
Snitt A	6,3	7,5	6,7	6,9
Snitt B	6,9	5,7	6,1	6,3

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

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

For A-kommunene har antall timer blitt noe redusert fra 2018 enn i 2015. Det har vært en økning for Lillesand som lå lavt i 2015, og en reduksjon for Os som lå høyest i 2015. Tildelingen er altså likere nå enn den var før forsøket startet.

Tabell 5-10 Gjennomsnittlig tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere over 67 år 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
<i>Gjennomsnittlig tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere over 67 år</i>				
Spydeberg	4,1	3,4	4,1	3,5
Hobøl	3,1	2,3	4,6	3,2
Lillesand	3,3	3,7	4,2	3,8
Os	13,3	8,7	10,2	8,9
Selbu	4,3	5,3	5,3	5,2
Stjørdal	7,5	10,4	8,3	8,5
Landet	4,9	4,9	5,0	5,2
Snitt A	6,8	6,3	6,8	6,1
Snitt B	4,2	4,4	4,7	4,4

5.3.2 Ventetid sykehjemsplass

Langtidsplass i sykehjem kan etter en faglig vurdering tildeles personer som er varig ute av stand til å ta vare på seg selv. Det vil si at en ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av mentalt eller fysisk funksjonstap, og hvor sosialt nettverk eller offentlig hjelp ikke kan kompensere for funksjonstap i eget hjem. På landsbasis i 2018 hadde 90 prosent av tjenestemottakerne mottatt sykehjemsplass innen 15 dager etter vedtaksdato. Andelen er stabil over tid. Det er store variasjoner mellom fylkene. I 2016 hadde Rogaland høyest andel med 94,7 prosent, mens Telemark hadde lavest andel med 70,6 prosent.

A-kommunene implementerte *Kommunal forskrift om kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig for kommunene i forsøket* i 2018, som en del av forsøket³⁰. Denne inneholder blant annet samboergaranti i § 2-3 og ventelistegaranti i § 3-4.

Noen av A- og B-kommunene har i noen av årene siden 2009 hatt problemer med å tilby langtids-plass innen 15 dager etter vedtak (jf. tabellen under). Det ser med andre ord ut til at kommunene en stor del av tiden har nok langtidsplasser. I 2017 hadde alle kommunene utenom Lillesand kortere ventetid enn landet. Situasjonen i Lillesand kan være en indikasjon på at kommunen ikke har nok langtidsplasser i forhold til behovet. Det er ikke grunnlag for å hevde at innføring av forskriften har endret ventetiden i positiv eller negativ retning.

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

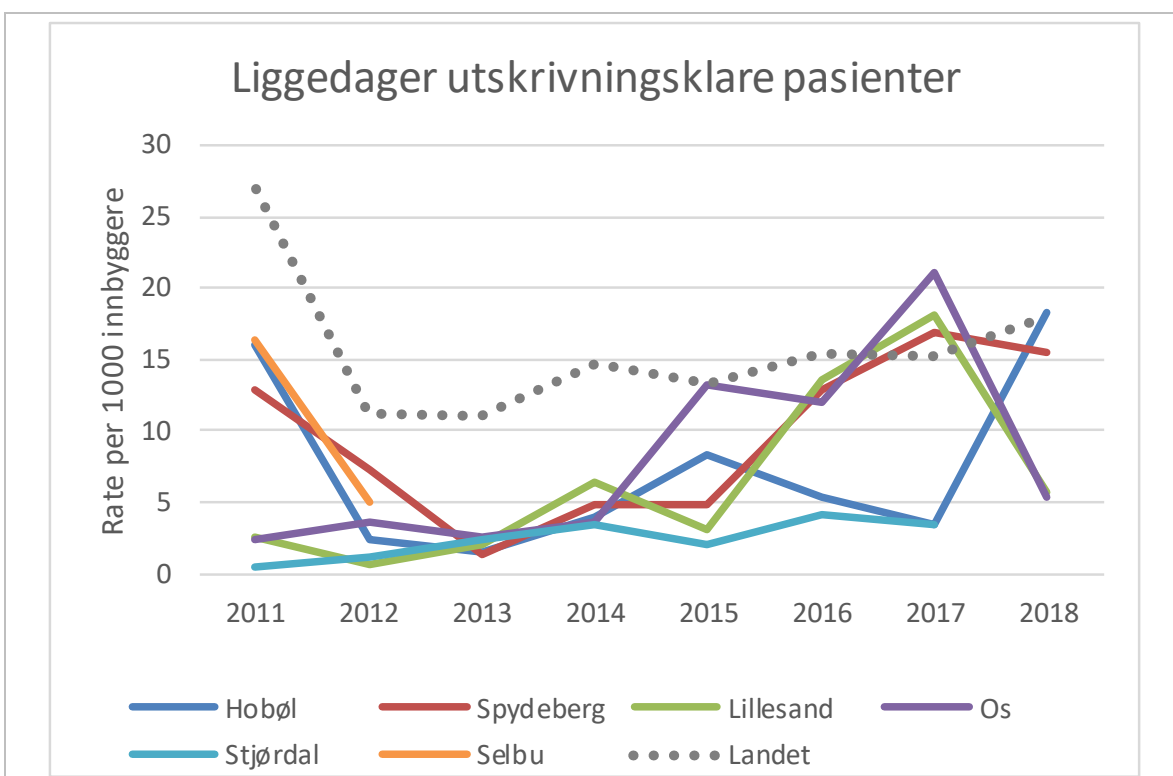
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Norge	91	90	89	89	89	89	90	89	90	91
Lillesand	94	94	89	88	68	90	80	88	81	83
Os	91	82	97	97	100	98	95	97	98	94
Stjørdal	97	97	95	96	97	100	100	96	100	100
Selbu	100	100	100	95	100	91	100	100	100	100
Hobøl	100	73	44	100	93	86	100	97	100	100
Spydeberg	100	100	100	89	92	100	91	95	92	82
Snitt A	95	93	95	94	91	95	94	95	95	94
Snitt B	100	86	72	94	93	93	95	96	96	91

³⁰ Se <https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/2017-06-19-1115> for en av de fire likelydende forskriftene (Hobøl)

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. Det kan være tilfeller det kommunene ikke fatter vedtaket før tjenesten er tilgjengelig, selv om søker har behov for tjenesten. Den målte ventetiden blir da feilaktig forkortet.

5.3.3 Utskrivningsklare pasienter

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



Figur 5-6 Liggedager utskrivningsklare pasienter 2011–2018. Rate per 1000 innb. Kilde: Helsedirektoratet³¹

I perioden fra 2011 til 2016 har de seks kommunene i forsøket jevnt over klart å ta imot flere pasienter fra sykehuset enn landsgjennomsnittet. Fra 2015 til 2018 har raten svingt nokså mye. Os kommune opplyser om at grunnen til det store antallet liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2017 var at det nye sykehjemmet ikke sto ferdig før i november. I 2018 er raten på linje med landet eller lavere i alle de seks kommunene i forsøket. Det er med andre ord ingen entydig tendens til utviklingen for kommunene i forsøket.

5.3.4 Gjennomstrømming for korttidsplassene

Korttidsplass i sykehjem er som tidligere nevnt en viktig del av en tiltakskjede som kan bidra til å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem. Vi har

³¹ For Selbu mangler data for perioden fra 2013 til 2018 og fra Stjørdal for 2018.

tidligere vist at det har vært en betydelig økning i bruken av korttidsplasser etter at forsøket startet (jf. Tabell 5-1).

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

I perioden fra 2015 til 2018 var hvert opphold på korttidsplass i gjennomsnitt for landet på rundt 19 døgn. Gjennomsnittet for A-kommunene var i 2018 på 20,6 døgn. Hobøl og Os hadde en oppholdstid som var lenger enn landet som helhet. Disse kommunene lykkes altså ikke så godt med gjennomstrømmingen som det som ellers er vanlig. Fra 2015 til 2018 har oppholdstiden økt i Os, mens den har blitt redusert i de fem andre kommunene. Lillesand, Stjørdal og Spydeberg har hatt en betydelig reduksjon.

Fra 2015 til 2018 har Stjørdal hatt en reduksjon i oppholdstid fra et nivå høyere enn landet til et betydelig lavere enn landet. Tidligere er det vist at Stjørdal omtrent har doblet antall korttidsplasser for 2015 til 2018. Det betyr at det er mer enn tre ganger så mange innom en korttidsplass i 2018 som i 2015. Her har det altså skjedd en svært markant økning i bruken av korttidsplasser bare i løpet av tre år.

Tabell 5-12 Gjennomsnittlig antall døgn per tidsbegrenset opphold 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
<i>Gjennomsnittlig antall døgn per tidsbegrenset opphold</i>				
Spydeberg	28,8	16,1	15,6	11,5
Hobøl	23,1	21,9	25,9	20,4
Lillesand	28,8	27,1	23,5	19,8
Os	19,4	22,3	29,2	26,9
Selbu	19,7	15,6	15,6	19
Stjørdal	22,8	15,2	13,0	15,3
Landet	19,0	19,0	19,3	18,4
Snitt A	23,5	21,6	22,9	20,6
Snitt B	24,3	15,9	15,6	15,3

5.4 Brukermedvirkning i tildelingen

Brukermedvirkning i tildelingen – som beskrevet i Figur 5-1 – belyses gjennom kvalitative beskrivelser fra brukere (5.4.1) og pårørende (5.4.2), samt svar på spørreundersøkelsen til ansatte i kommunene (5.4.3).

5.4.1 Brukernes vurdering av tildelingsprosessen

Som en del av evalueringen har vi gjort telefonintervjuer med et utvalg brukere som mottar helse- og omsorgstjenester i kommunene som har deltatt i forsøket. I intervjuene har vi stilt spørsmål om brukenes erfaringer med tildelingsprosessen og tjenestene de mottar fra kommunen. Metode for datainnsamling er omtalt i kap. 3.6.4.

Siden utvalget er for lite til å gjøre generaliserbare slutninger om hvordan brukerne i kommunene generelt sett oppfatter tildelingsprosessen, kommer vi nedenfor først og fremst til å presentere resultatet fra undersøkelsen for hele perioden samlet, i tillegg til å løfte frem noen kvalitative beskrivelser. Slik vi oppfatter det, har ikke metoden vært egnet til å se på endringer mellom svarene over tid eller mellom kommuner.

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 har det vært få av i hele forsøksperioden. Mange av brukerne har vært lite delaktig i selve tildelingen fordi prosessen har blitt initiert av et sykehus eller en annen behandlingsinstitusjon, fastlegen, av pårørende eller i samråd med tjenesten de allerede mottar.

Hvordan kommer brukerne i kontakt med hjelpetjenestene i kommunen?

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

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

39 prosent av brukerne som vi har intervjuet i løpet av forsøksordningen svarte at de selv hadde sendt inn søknad til kommunen om tjeneste. Rundt halvparten av disse hadde fått bistand av pårørende, behandler/fastlege eller av kommunen. Selve det å sende inn en søknad har som regel vært gjort ved å fylle ut et skjema (fysisk eller på nett), ved telefonsamtale eller ved personlig oppmøte.

Av brukerne som svarte at de ikke hadde sendt inn søknad, hadde de fleste vært på sykehus eller behandlingsinstitusjon (56 prosent), og personalet ved institusjonen hadde tatt kontakt med kommunen.

Rundt 20 prosent av brukerne vi har intervjuet svarte at de har benyttet seg av en helse- og omsorgstjeneste over tid og at den siste endringen ble gjort uten søknad. En mindre andel av tildelingene var initiert av fastlege eller en ansatt i tjenesten som hadde holdt i søknadsprosessen, gjerne i kontakt med pårørende.

I intervjuene har vi også eksempler på brukerne som flytter fra en kommune til en annen (eller trenger et tjenestetilbud ifm. ferie i en annen kommune), og hvor ansatte i fraflyttingskommunen tar kontakt med tjenestene i den nye bostedskommunen.

For brukerne som har vært på sykehus/behandlingsinstitusjon forløper ofte søknadsprosessen uten at brukeren blir direkte involvert, dvs. at den konkrete kontakten med kommunen gjøres av personalet på sykehuset/behandlingsinstitusjonen og ikke av brukeren selv. Dette gjøres både over telefon eller som elektroniske meldinger (e-link). Det er naturligvis slik at brukerens behov normalt sett dekkes av behandlingsinstitusjonen, og at brukeren således er involvert. Slike prosesser oppfattes som regel som hensiktsmessige fra brukerens side, fordi mange av tilfellene gjelder sykdommer eller skader hvor hjelpebehovet er åpenbart, kun for en kort periode, hvor brukerbehovene typisk ikke skiller seg fra bruker til bruker eller at det ikke foreligger andre (evt. mer komplekse) brukerbehov som krever tilleggstjenester. For eksempel kan det være et sår som må renses i en kort periode.

For brukerne som allerede benytter seg av et omsorgstilbud, kan det være vanskelig å ha oversikt over endringer i tjenestene de mottar. For mange av brukerne skjer dette i løpende prosesser uten at de selv oppfatter seg som å være delaktige i selve endringen av tjenestetilbudet. Det kan også

være situasjoner hvor for eksempel den ene ektefellen flytter på sykehjem, og hvor personen som fortsatt bor hjemme får tildelt tjenester i den samme prosessen. I slike situasjoner kan tildelingen være uoversiktlig for brukeren, uten at dette betyr at brukeren er misfornøyd med prosessen.

Hvordan oppfattes kontakten og kartleggingen?

Et av de mest sentrale elementene når det gjelder brukerkontakten i forsøksordningen er at kommunen skal gjennomføre en kartlegging av bruker før man tildeler en (ny) tjeneste. Brukerne har derfor på ulike måter blitt spurt om hvordan de har oppfattet at kommunen har innhentet informasjon om deres situasjon og behov.

De klart fleste av brukerne, 71 prosent, har opplevd at kommunen på en eller annen måte har innhentet informasjon om deres situasjon og behov, enten i direkte kontakt på hjemmebesøk, med ansatte i hjemmesykepleien, på møte på tildelingskontoret, via sykehus/behandlingsinstitusjon, fastlege eller pårørende. 21 prosent svarer nei, og 8 prosent svarer vet ikke. 71 prosent svarer også at kommunen innhentet informasjon om *hva som var viktig for dem*, med tanke på livskvalitet og det å ha det bra. 24 prosent svarer at kommunen ikke har innhentet informasjon om hva som er viktig for dem.

Vi stilte også brukerne spørsmål om de kunne rangere på en skala fra 1-3 (1 er i liten grad og 3 er i stor grad) i hvilken grad kommunen innhentet informasjon om hva som er viktig for seg. De fleste brukerne svarer i stor grad, med et gjennomsnitt på 2,6 i perioden. En god del opplevde spørsmålet som lite relevant.

Det vanligste har vært at brukerne fikk hjemmebesøk en tid etter søknad eller sykehusopphold, hvor kommunens ansatte gjennomførte en kartlegging av brukers behov, livssituasjon og bolig. Rundt 40 prosent av brukerne vi har vært i kontakt med svarer at kommunen har vært på hjemmebesøk hvor det ble gjennomført en kartlegging. En god del svarer også at kommunen har kartlagt på telefon eller under et møte i kommunens lokaler. Mange av brukerne har opplevd disse kartleggingssamtalene som nyttige, og flere forteller at de har følt seg godt ivaretatt. De fleste har opplevd at behovsavklaringen har vært en grei og ukomplisert prosess. Flere forteller at hjelpeapparatet har god oversikt over hvilke tjenester som er relevant for dem. Det er ikke uvanlig at utførerenhetene deltar på møtet.

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

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

Inntrykket fra intervjuene med ansatte i kommunene er at utførerenhetene i stor grad er ansvarlige for å justere tjenestene når det er behovsendringer og melde om endringer til tildelingskontoret. I enkelte kommuner fortelles det om hyppige endringsmeldinger. Hvorvidt det gjøres et nytt vedtak er avhengig av omfanget av endringen.

Som vi har vært inne på tidligere, svarer en god del av brukerne (21 prosent) at kommunen *ikke* har innhentet informasjon om deres situasjon og behov i forbindelse med siste søknad eller endring av tjeneste. De fleste av disse oppfatter at kommunen ikke har tatt kontakt fordi de kjenner deres situasjon godt fra før, og at det derfor har vært unødvendig med en ny kartlegging.

En pårørende til en bruker som har hatt hjemmetjenester i flere år opplever at kommunen ikke har vært opptatt av å kartlegge brukerens ressurser og påpeker at hverken ergo- eller fysioterapeut har snakket med bruker om hverdagen. Som vedkommende selv sier:

«Jeg ser at dette har vært styrt av pleietjenester i mange år. Kontakten [med bruker] er primært gjennom omsorgsmedarbeiderne.»

En annen bruker forteller at vedkommende og pårørende selv har måttet være pådriver for at kommunen skulle få nødvendig oversikt over situasjonen, og opplever at kommunen «ikke har vært på banen». Vedkommende utviklet demens og fikk diagnose for dette som angivelig ble kommunisert til kommunen, uten at kommunen iverksatte tiltak. Pårørende oppfattet i denne situasjonen at egne personlige relasjoner med hjelpeapparatet var nøkkel til iverksetting av tjenester.

En tredje bruker, som hadde behov for sårstell, opplevde at tildelingsprosessen tok for lang tid, uten noen form for kontakt, og at såret hadde grodd da kommunen kom for å kartlegge behovet. I andre tilfeller hvor bruker svarer at kommunen ikke har innhentet informasjon om deres situasjon, har de kun vært kartlagt av spesialisthelsetjenesten eller venter på at søknaden skal bli behandlet og har derfor foreløpig ikke vært i kontakt med kommunen.

De klart fleste av brukerne som har blitt intervjuet opplever at deres egne behov har blitt vektlagt i søknaden. Inntrykket fra intervjuene er at mange av behovene er nokså tydelige og at kommunen er lydhøre for hva brukerne ønsker seg. En del opplever spørsmålet som ganske trivielt. En bruker sier det slik:

Først og fremst var det viktig å få hjelp med dusj og sånne ting.

Det er heller ikke uvanlig at brukerne allerede før kartleggingen har ønsket om hvilke tjenester de ønsker å motta, og at kommunen tildeler tjenesten som brukeren har forespeilet. Selv om sistnevnte situasjon i prinsippet strider med noe av ideen bak forsøksordningen, nemlig at brukerens behov og ikke tilgangen på tjenester skal være avgjørende for tildelingen, er det mange situasjoner hvor brukerens behov og tjenesten de ønsker seg er såpass nært tilknyttet, at det blir kunstig å dele dem opp i to helt separate prosesser.

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

Vet ikke hva jeg skal si fordi jeg føler at de personene som har vært her er på tilbudssiden, men at de ordningene [jeg har hatt behov for] ikke finnes helt - at det er gap mellom de to og jeg er midt mellom.

Situasjonen viser at kommunene ikke nødvendigvis tildeler akkurat den tjenesten brukeren ønsker og ser for seg. Forklaringen kan både ligge i at kommunen må ha tilgjengelig personell, men det også at tildelingskriteriene som er utarbeidet i forsøksordningen legger føringer på tildelingen. Under brukerintervjuene i 2017 fortalte flere brukere som hadde mottatt tjenester over tid og som ønsket å utvide tjenesten, at de hadde fått avslag og at de var misfornøyd med at deres behov ikke

hadde blitt vektlagt. Vår vurdering den gang, var at misnøyen var knyttet til omfanget, og ikke selve prosessen. Intervjuene i 2018 og 2019 tyder på at denne konklusjonen bør nyanseres. Det er fullt mulig at brukeren oppfatter at deres behov blir ivaretatt i søknaden selv om de får avslag, hvis dialogen og prosessen med å avklare behovene er gode.

På spørsmålet om brukeren fikk være med på å fastsette mål for tjenesten svarte 61 prosent ja. Mange av målene som kom frem i intervjuene handlet om aktivisering, at brukeren skulle klare seg selv og gjøre hverdagen lettere. Blant de 32 prosentene for svarte nei er det en god del som allikevel oppfatter at målet for tjenesten er implisitt eller ikke særlig relevant for dem.

Vi spurte også brukerne om de oppfattet at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen. De fleste beskriver at kartleggingsmøtene i hjemmet eller hos kommunen fungerte godt, og totalt sett svarer 74 prosent at de opplevde personene som kompetente. En god del synes det var vanskelig å vurdere som personene hadde den rette kompetansen, og det var vanlig at brukeren ikke skilte mellom ansatte som utførte tjenesten og ansatte som vurderte søknaden. 21 prosent svarte *vet ikke* på spørsmålet.

En person beskriver at selv om vedkommende oppfatter at kommunen kjenner godt til brukerens situasjon, mangler kommunen kompetanse om diagnosen og hvilke utfordringer den gir.

Alt i alt svarer 85 prosent at de er fornøyd med kommunenes håndtering av siste søknad. 6 prosent sier seg misfornøyd og 7 prosent sier at de hverken er fornøyd eller misfornøyd.

Brukernes vurdering av tjenestene

De alle fleste, 84 prosent, svarer også at tjenesten i stor grad er tilpasset deres behov. 16 prosent svarer at tjenestene i hverken stor eller liten grad er tilpasset deres behov. Vi har i hele perioden 2016-2019 nesten ingen eksempler på brukere som svarer at tjenestene i liten grad er tilpasset sitt behov.

Vår vurdering av brukernes svar

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

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

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

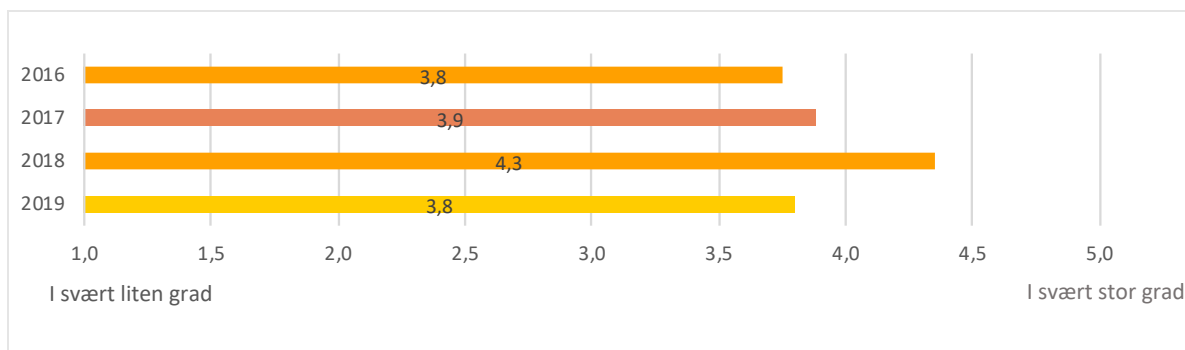
Det fremkommer få beskrivelser som tyder på at kommunene er tydelige på å stille spørsmål om og prøve å identifisere brukernes egne ressurser. Et av målene med tildelingsprosessen er å synliggjøre hva brukerne har behov for, og implisitt i det er også å identifisere hva brukerne ikke har behov for. Slik vi oppfatter det, vil en mer systematisk kartlegging av brukernes ressurser bidra til å bevisstgjøre og aktivisere brukere på en del områder. Det kan for eksempel være trening eller sosialt samvær. Dette er også relevant for brukere som har mottatt tjenester over tid og hvor behovene har vært stabile.

5.4.2 Pårørendes vurdering av tildelingsprosessen

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

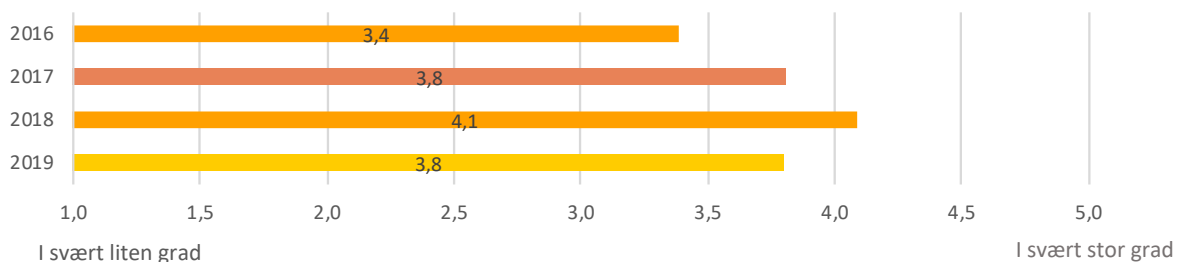
Vi har kartlagt pårørendes vurderinger av tildelingsprosessen i A-kommunene i forsøksperioden ved å gjennomføre gruppeintervjuer med pårørende, samt be deltakerne i intervjuene om fylle ut et spørreskjema. På grunn av lavt antall informanter presenteres resultatene samlet, i stedet for hver enkelt kommune. Vi gjør leseren også oppmerksom på at utvalget av pårørende stort sett er forskjellig alle årene. 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 hvert år. Det at kommunene selv har rekruttert pårørende kan også ha bidratt til et skjevt utvalg. Tolkningen av resultatene bør derfor gjøres med en viss varsomhet.

Figur 5-7 viser i hvilken grad de pårørende opplever at kommunen innhentet informasjon om brukers situasjon og behov når de skulle vurdere søknaden. Det er en klar overvekt av positive svar alle år, altså at de pårørende opplever at kommunen innhenter behov om brukers situasjon og behov. Det er forholdsvis liten forskjell i scorene, selv om 2018 ligger litt høyere enn for de andre årene. Kun 5 personer i årene 2016-2019 har svart i svært liten eller ganske liten grad.



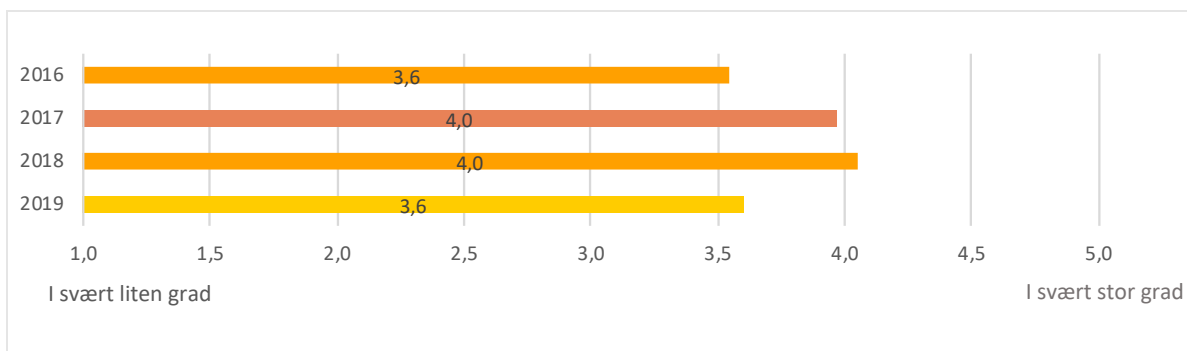
Figur 5-7 Kan du angi i hvilken grad kommunen innhentet informasjon om brukers situasjon og behov?

Figur 5-8 viser pårørendes svar på om kommunen innhentet informasjon om hva som var viktig for bruker for å få dekket hjelpebehovet. Det er også her en overvekt av positive svar alle år og en liten økning frem til 2018. Selv om forskjellene er små, er totalscoren noe lavere på dette spørsmålet sammenlignet med det forrige, som viser at de pårørende oppfatter at kommunen er mer opptatt av å innhente informasjon *om bruker* enn informasjon om hva som er viktig *for bruker*.



Figur 5-8 Kan du angi i hvilken grad kommunen innhentet informasjon om hva som var viktig for bruker/hvordan bruker ønsket å få dekket hjelpebehovet?

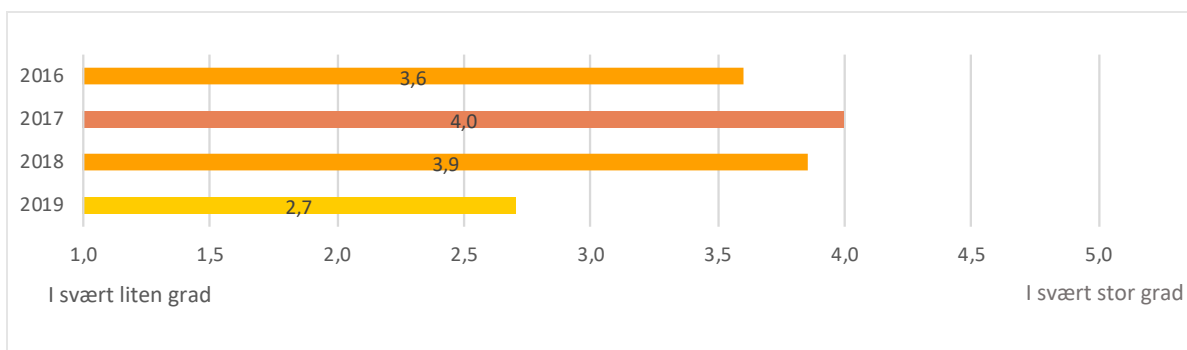
Figur 5-9 viser pårørendes svar på om de pårørende oppfatter at innspillene som ble gitt om brukers situasjon ble tatt med i kommunens vurdering av saken. Også på dette spørsmålet er det en overvekt av positive svar i alle årene og det er liten forskjell å spore når det gjelder endringer mellom årene.



Figur 5-9 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?

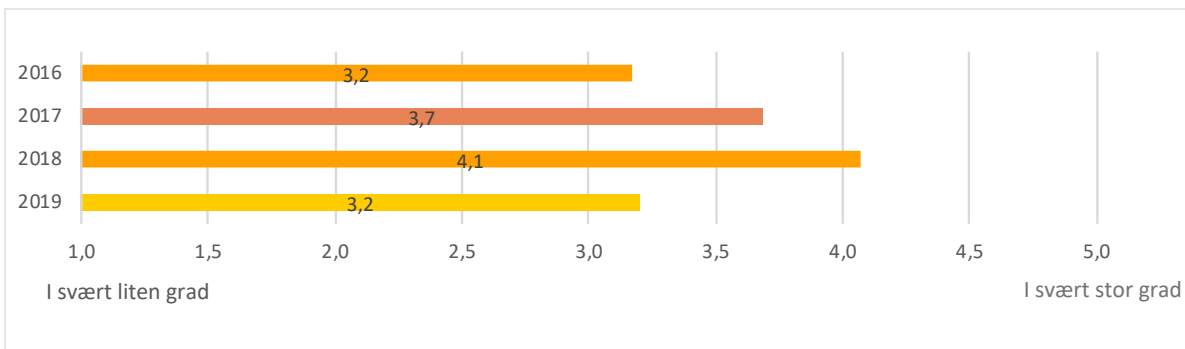
Note: Fordi scoren er rundet av til nærmeste desimal fremstår søylene i 2017 og 2018 som forskjellige selv om begge viser scoren 4,0.

Figur 5-10 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 bortsett fra i 2019 hvor tre respondenter svarer i svært liten eller i liten grad, slik at summen av respondentenes svar blir på det jevne.



Figur 5-10 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 5-11 viser respondentenes svar på om de opplever at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester, altså at like tilfeller behandles likt. Det er generelt en oppfatning blant de pårørende at kommunene ivaretar prinsippet i ganske stor grad. Den samlede scoren er derimot den laveste sammenlignet med de andre spørsmålene, med en liten økning i 2018 i forhold til tidligere år. Ganske mange svarer «vet ikke», noe som kanskje ikke er så overraskende med tanke på at mange pårørende trolig ikke har oversikt over tildelingsprosessene for andre brukere.



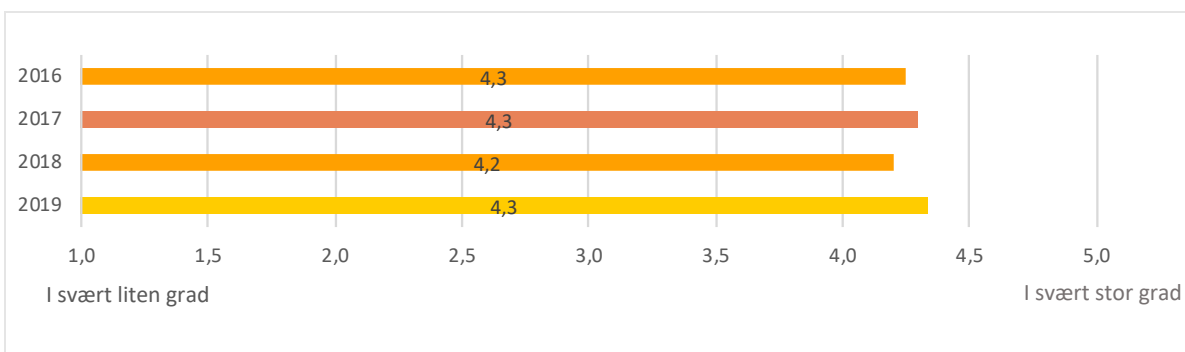
Figur 5-11 I hvilken grad mener du kommunen ivaretar prinsippet om likhetsbehandling i tildelingen av tjenester?

Figur 5-12 viser pårørendes svar på om de opplevde at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen. De fleste svarer i ganske stor grad. Scoren har vært litt synkende i perioden.



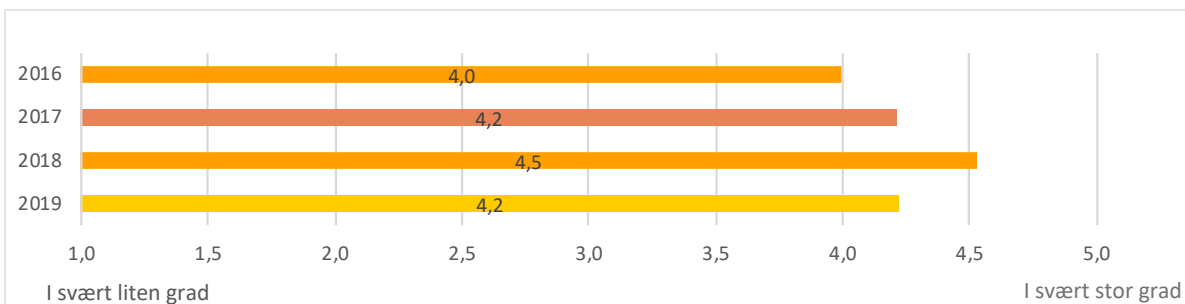
Figur 5-12 Siste gang du bistod brukeren med å søke om en tjeneste. I hvilken grad opplevde du at personene som vurderte søknaden hadde den rette kompetansen?

Figur 5-13 viser respondentenes svar på om de alt i alt er fornøyd eller misfornøyd med kommunens håndtering av brukerens siste søknad. Svarene er i stor grad positive, og den samlede scoren er den høyeste sammenlignet med de andre spørsmålene.



Figur 5-13 Alt i alt. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med kommunens håndtering av brukerens siste søknad?

Figur 5-14 viser de pårørendes svar på om de samlet sett synes kommunens tjenester dekker brukerens hjelpebehov. Her også har respondentene positive opplevelser av kommunen, og resultatene viser at de i stor grad opplever at behovet blir dekket, og scoren er den nest høyeste sammenlignet med de andre spørsmålene.



Figur 5-14 Når du tenker på tjenesten(e) bruker mottar fra kommunen samlet sett, i hvilken grad vil du si at dette dekker brukers (hjelpe)behov?

5.4.3 Ansattes vurdering av brukermedvirkning i tildelingsprosessen

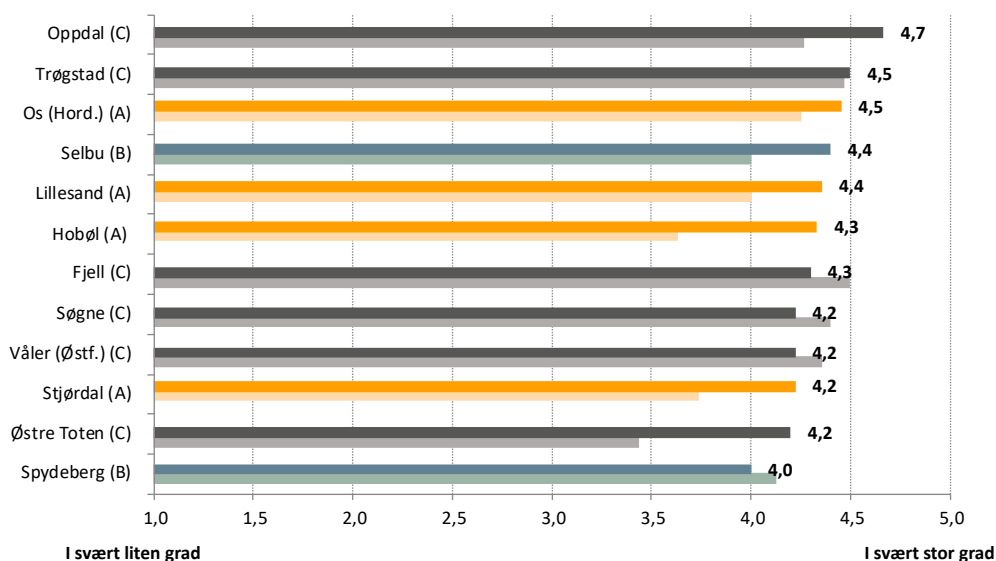
Vi har vært opptatt av å kartlegge kommunenes informasjonsinnhenting og brukermedvirkning i tildelingen. Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de hadde praksis med å innhente:

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

Og om:

- vedtakene gjenspeiler brukernes behov
- kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjon og dialogutveksling med brukere og pårørende
- brukermedvirkning er godt dokumentert

Figur 5-15 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov, 2016-2019



Vi stilte også spørsmål til de ansatte om hvor vanlig det er 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. I perioden 2017-2019 har det vært en økning blant respondentene i A- og B-kommunene som svarer dette, fra 89 til 93 prosent.

Blant A- og B-kommunene skiller rehabilitering og dag-/aktivitetstilbud seg noe ut i perioden, hvor en del av respondentene svarer at de kun *av og til* eller *sjelden* gjør dette. For rehabilitering har det imidlertid vært en reduksjon fra 25 prosent i 2017 til 13 prosent i 2019, som kan tyde på at de oftere gjennomfører en kartleggingssamtale med nye brukere for denne tjenesten. For dag-/aktivitetstilbud svarer rundt 15 prosent at de kun *av og til* eller *sjelden* gjør det.

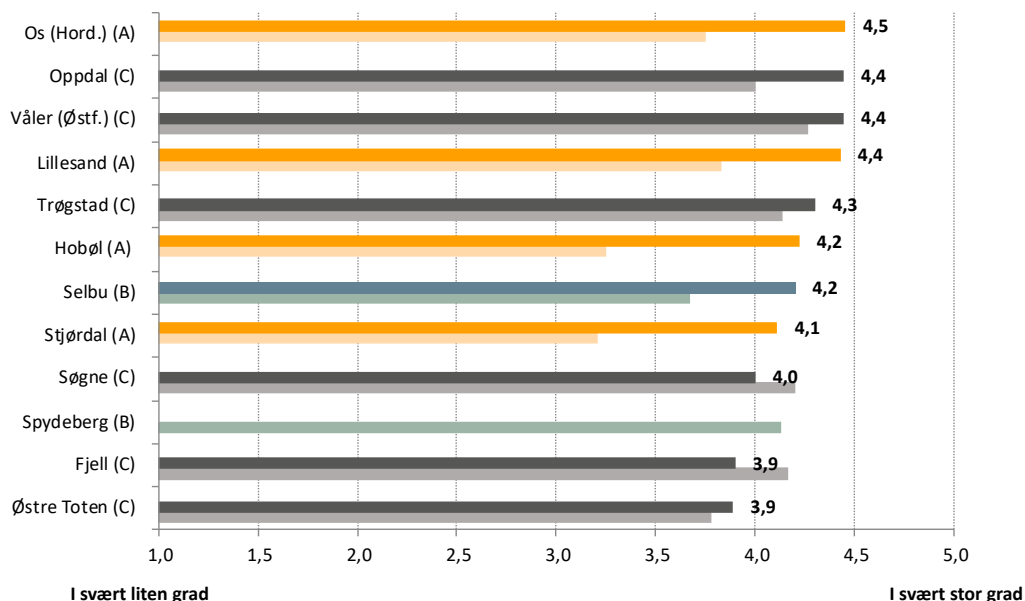
Selv om de fleste av respondentene blant C-kommunene svarer at de alltid eller som regel har møte med bruker før tildeling av tjeneste, er det en god del flere som svarer at de bare *av og til* eller *sjelden* gjør dette. Det gjelder tildeling av plass på institusjon, avlastning, rehabilitering og dag-/aktivitetstilbud.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

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 nå utgangspunkt i hva som er brukerens egentlige behov. F.eks., hvis det grunnleggende problemet for en bruker er ensomhet, vil det kanskje vært nærliggende å søke om flere timer med hjemmetjeneste eller institusjonsplass, mens et mer egnet tilbud kunne vært besøksvenn eller tilrettelegging for transport til dagsenter.

Figur 5-16 viser svarene på om de ansatte oppfatter at kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for bruker. Jevnt over oppfatter de ansatte at kommunene i ganske eller stor grad gjør dette. Samtlige A-kommuner gir seg en høyere poengsum i 2019 sammenlignet med 2016. I fjor så vi et tydelig skifte i tabellen mellom A- og C-kommunene sammenlignet med 2016, ved at A-kommunene vurderer seg klart bedre, mens C-kommunene klart dårligere. Dette ser vi ikke i år. B- kommunene plasserer seg på midten.

Figur 5-16 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for brukeren

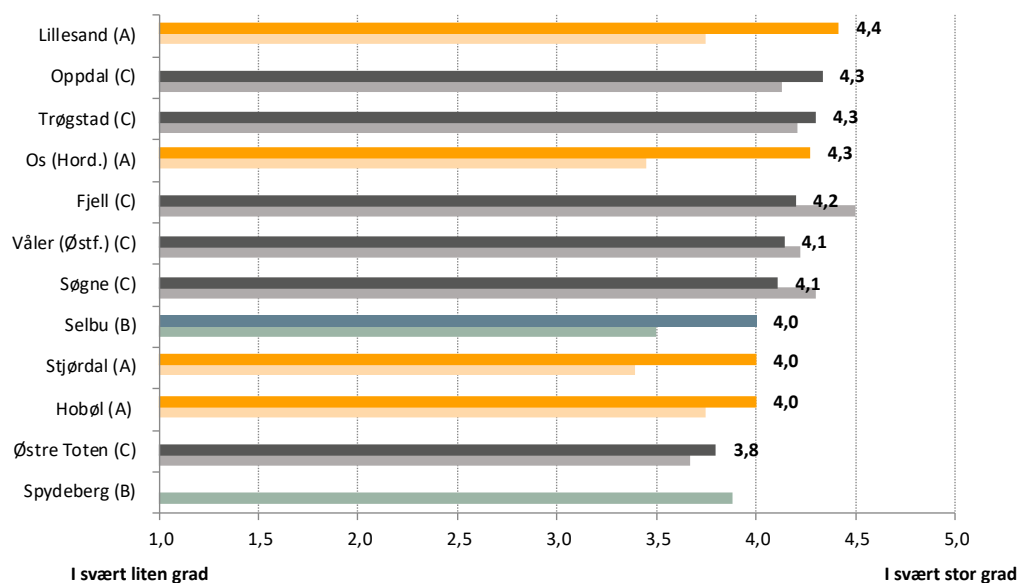


Innhenting av informasjon fra pårørende

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

Figur 5-17 viser ansattes svar på hvorvidt de oppfatter at kommunen innhenter informasjon fra pårørende når det er relevant. A-kommuner kommer en del bedre ut i 2019 sammenlignet med 2016. C-kommunene ser ut til å ha tapt noe av forspranget de hadde i 2016 sammenlignet med de andre kommunene, og fordeler seg jevnt fra topp til bunn.

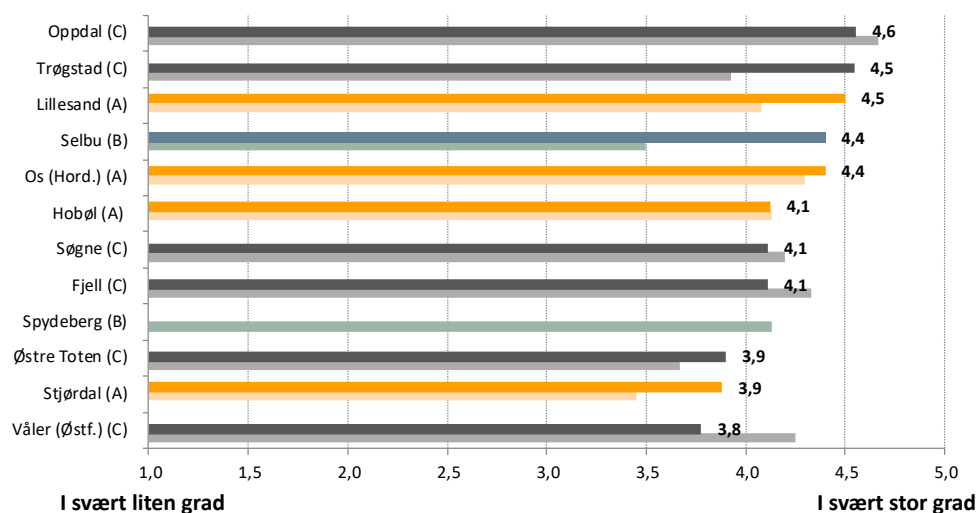
Figur 5-17 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen innhenter informasjon fra pårørende når det er relevant



Vedtak som gjenspeiler brukers behov

Figur 5-18 viser ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak gjenspeiler brukers behov. De fleste kommunene opplever at vedtakene gjør dette. Alle A-kommunene oppnår en høyere score i 2019 enn i 2016 bortsett fra Hobøl om gir seg selv en lik score. For B- og C-kommunene går endringene begge veier.

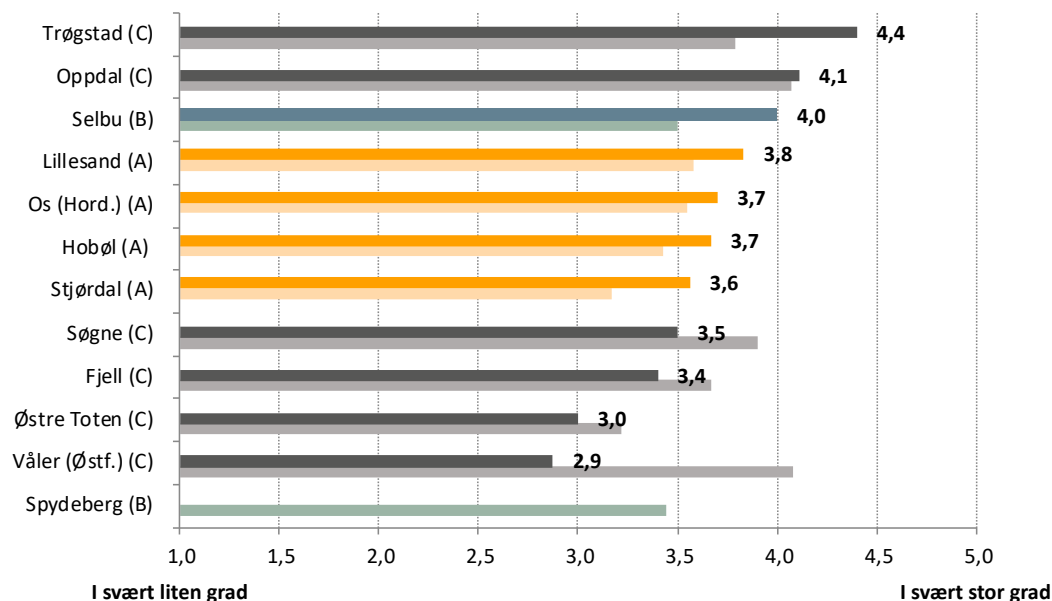
Figur 5-18 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak gjenspeiler brukers behov



Arenaer for informasjon og dialog med brukere og pårørende

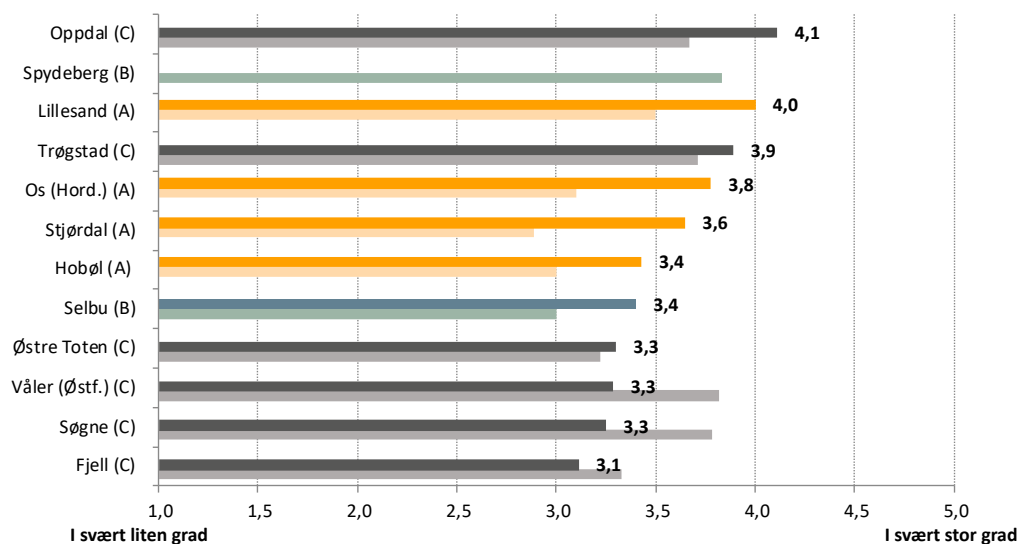
Figur 5-19 viser ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende. Poengsummene varierer en god del, og Trøgstad og Spydeberg oppnår hhv. høyest og laveste score. Respondentene fra Våler gir en markant dårligere score i 2019 sammenlignet med 2016, noe som også var tilfellet i fjor. Alle A-kommunene vurderer seg bedre sammenlignet med i 2016.

Figur 5-19 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende



Dokumentert brukermedvirkning

Figur 5-20 viser svar på om de ansatte oppfatter at brukermedvirkningen er godt dokumentert. Kommunene scorer mellom 4,1 og 3,1 som er blant de laveste sammenlignet med de andre spørsmålene. Samtlige A-kommuner gir seg selv en bedre poengsum i 2018 sammenlignet med 2016, en utvikling vi i liten grad ser hos C-kommunene.

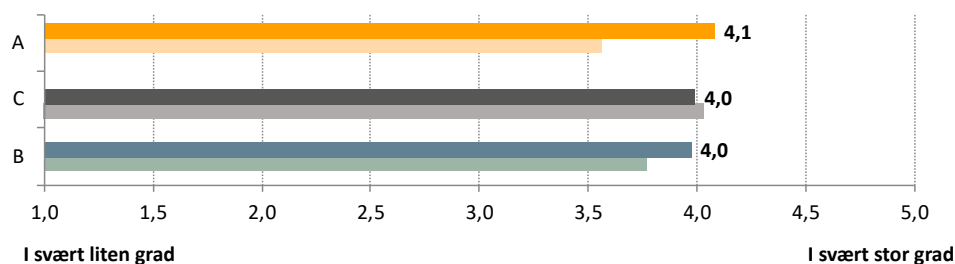


Figur 5-20 Ansattes svar på om de oppfatter at brukermedvirkningen er godt dokumentert

Oppsummert brukermedvirkning

I Figur 5-21 summerer vi respondentenes svar på spørsmål om brukermedvirkning. Det samlede inntrykket er at både A-, B- og C-kommunene oppfatter at de har god praksis knyttet til brukermedvirkning og at A-kommunene har en vesentlig forbedret score i 2019 sammenlignet med

2016. Også B-kommunene har en økning sammenlignet med nullpunkt i 2016, mens C-kommunene (kontrollkommunene) oppnår en ganske lik score begge år.



Figur 5-21 Oppsummert opplevelse av brukermedvirkning

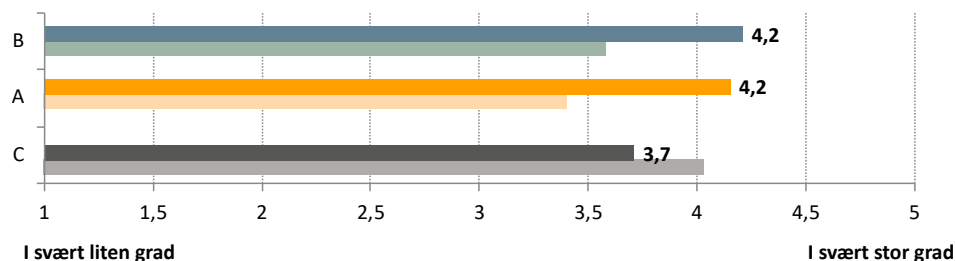
På alle spørsmålene som ble stilt har et flertall av de pårørende positive opplevelser av kommunens håndtering. Ingen av spørsmålene får mer enn fire svar som er negative, i svært liten grad eller i liten grad. Kommunene har fortsatt mulighet til å forbedre seg, spesielt med tanke på å ta hensyn til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

5.5 Kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen

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

Figur 5-22 viser respondentenes samlede score på spørsmål knyttet til kompetanse og samhandling. Vi ser at både A- og B-kommunene oppnår en klart høyere score i 2019 sammenlignet med nullpunkt i 2016. C-kommunenes hadde høyest score i 2016, men hos disse har scoren falt og ligger lavest blant kommunegruppene i 2019.

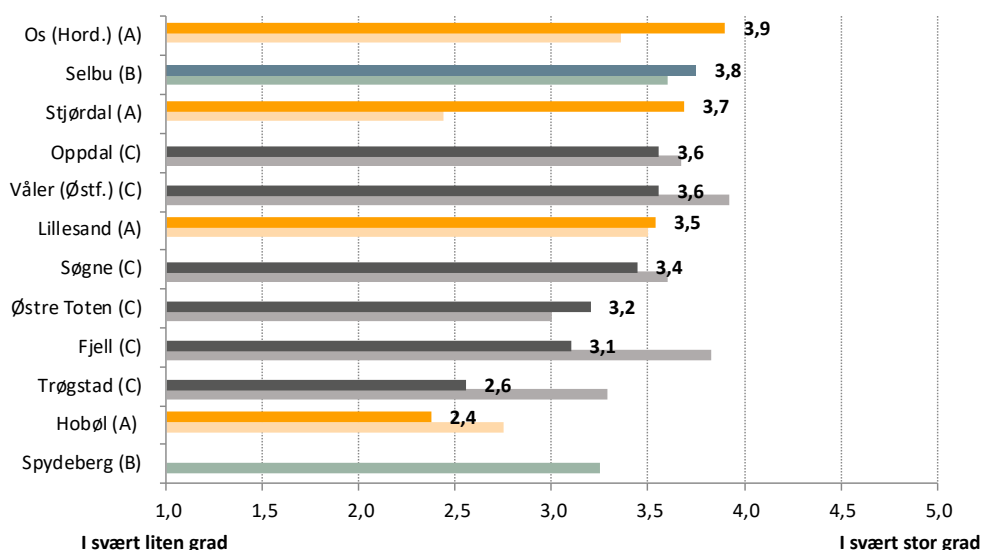


Figur 5-22 Kompetanse og samhandling i tildelingen

5.5.1 Kapasitet i tildelingen

Ressurser er naturligvis en sentral forutsetning for å få til gode tildelingsprosesser. Figur 5-23 viser svarene fra spørreundersøkelsen til de ansatte på om de oppfatter at det er avsatt tilstrekkelige

ressurser til tildeling av tjenester. Kommunenes score varierer mellom scorer på 3,9 og 2,0, som er en del lavere enn for de andre spørsmålene. Os og Selbu gir seg selv høyest score. Økningen i Os kom allerede i 2017. Hobøl har svingt en del i perioden, og vurderte ressursituasjonen som knapp i 2016 og 2017, klart bedre i 2018, men med ny tilbakegang i 2019. Mens 3 av 4 A-kommuner har økt score fra 2016 til 2019, gjelder dette bare 1 av 6 C-kommuner.



Figur 5-23 Ansattes svar på om de oppfatter at det er avsatt tilstrekkelige ressurser til tildeling av tjenester
Tabell 5-13 viser at de ansattes opplevelse av at det er avsatt tilstrekkelige ressurser henger sterkt sammen med utviklingen av årsverk. Både Os og Stjørdal har hatt en betydelig økning, noe som gjenspeiles i de ansattes opplevelse av å ha tilstrekkelige ressurser.

Tabell 5-13 Årsverk i tildelingsenheten 2016-2019. Kilde: egen sammenstilling basert på innrapportering fra kommuner

	2016		2017	2018	2019	Endring
Kommune	jan	sept	sept	sept	sept	jan 2016-sept 19
A-kommuner						
Hobøl	2,5	2,5	2,6	2,3	2,1	-0,4
Lillesand	5,3	5,3	6,4	6,4	4,8	-0,5
Os*	8,0	9,5	10,5	11,8	13,9	5,9
Stjørdal	7,6	7,6	9,2	9,2	10,2	2,6
A Totalt	23,4	24,9	28,7	29,7	31,0	7,6
B-kommuner						
Selbu	1,5	1,5	1,1	1,4	1,6	0,1
Spydeberg**	2,0	3,6	2,8	2,8	2,8	0,8
B Totalt	3,5	5,1	3,9	4,2	4,4	0,9
C-kommuner						
Fjell						0,0

Oppdal						0,0
Søgne	4,9	4,9	4,0	4,0	4,0	-0,9
Trøgstad						0,0
Våler	2,0	2,5	2,5	2,5	3,0	1,0
Østre Toten***	9,3	10,3	10,3	10,7	10,7	1,4
C Totalt	16,2	17,7	16,8	17,2	17,7	1,6
Totalsum	43,1	47,7	49,4	51,1	53,1	10,1
* Inkluderer to prosjektstillinger i 2018						
** Forutsatt likt som 2017 grunnet ufullstendig/usikkert datagrunnlag						
*** Har også NAV-relaterte funksjoner. Prosjektstillinger trukket ut.						

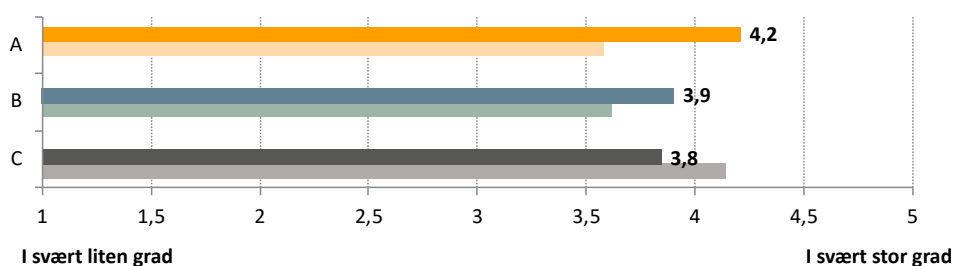
5.6 Rutiner og verktøy i tildelingsprosessen

Under presenterer vi funn når det gjelder organisering, rutiner og verktøy for tildeling. Vi har stilt spørsmål om:

- Forhold mellom vedtak og faktiske utførte tjenester
- Organiseringen av tildelingsprosessen
- Likebehandling i tildeling
- Enhetlige og faste rutiner for tildeling
- Revurdering av vedtak
- Bruk av verktøy (kartleggingsskjema, veileder for tildeling og søknadsskjema)
- IKT-system som støtter tildeling

Figur 5-24 viser summen av respondentenes svar på spørsmål knyttet til organisering, rutiner og verktøy for tildeling. A-kommunene har også for disse spørsmålene samlet sett en vesentlig bedre score i 2019 enn i 2016. Respondentene fra B-kommunene svarer også mer positivt, mens C-kommunene har en liten nedgang.

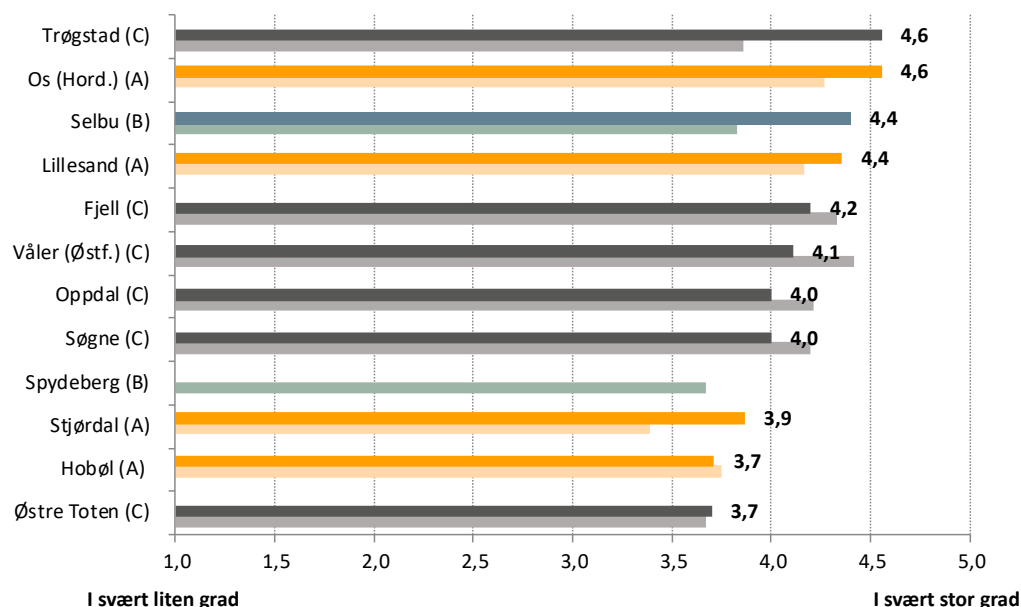
Figur 5-24 Organisering, rutiner og verktøy for tildeling



5.6.1 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 5-25 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester. Poengsummene varierer mellom 4,6 og 3,6, Trøgstad og Os gir seg selv best score og Hobøl og Østre Toren gir seg selv lavest. Bortsett fra Hobøl, gir A-kommunene seg bedre score i år sammenlignet med 2016.



Figur 5-25 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester

5.6.2 Nærmere om vedtakene

For å supplere analysen har vi, i tillegg til intervjuer med brukere, pårørende og andre informanter i kommunene, gjennomgått vedtak (melding om vedtak/underretning om vedtak) fra A-kommunene fra 2015/2016 og 2019. Totalt er 34 vedtak fra 2015/2016 og 22 vedtak fra 2019 gjennomgått. Gjennomgangen har omhandlet både førstegangsvedtak, revurderinger, men også avslag på søknad om tjenester.

Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene, og tjenestene er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende. God saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenestene.

Enkeltvedtak

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 skal det fattes enkeltvedtak ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 som er ment å vare lenger enn to uker. De tjenestene som omfattes av dette er:

- ▶ Helsetjenester i hjemmet
- ▶ Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- ▶ Plass i institusjon, herunder sykehjem
- ▶ Nødvendig pårørendestøtte, herunder opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad
- ▶ Tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

At reglene om enkeltvedtak gjelder, innebærer blant annet at parten(e) skal varsles, at vedtaket skal være begrunnet og at partene(e) skal underrettes skriftlig om vedtak, begrunnelse og klagemuligheter.

Den viktigste delen av vedtaket er avgjørelsen av om personen har rett til helse- og omsorgstjenester fra kommunen og i så fall i hvilket omfang, samt avgjørelsen av hvordan det konkrete tjenestetilbudet skal utformes. Kravene til selve enkeltvedtaket fremgår av forvaltningsloven.

Utvikling i vedtakene

Formålet med gjennomgangen av vedtakene har vært å se om ny og økt kompetanse, nye verktøy og endret praksis har medført endringer i utformingen av vedtakene. I gjennomgangen av vedtakene har det vært særlig fokus på om utformingen av vedtakene og i hvilken grad det enkelte vedtak inneholder:

- ▶ Lovanvendelse, herunder rettighetsavklaring³ og hjemmel for beslutning
- ▶ Individuell begrunnelse
- ▶ Dokumentert brukermedvirkning
- ▶ Dokumentert mål for bruker
- ▶ Informasjon om av endringer og hvordan dette kan medføre endringer i utmålt tjeneste
- ▶ Tydelig språk ifm. klageadgang

Selv om ikke utvalget av saker nødvendigvis er representativt for kommunens praksis, gir gjennomgangen en indikasjon på om det har skjedd forbedringer i løpet av forsøket og om det er mulig med ytterligere forbedringer.

Av Tabell 5-14 fremkommer det at det har vært en positiv utvikling innenfor alle områdene vi har sett på, bortsett fra bruk av individuell begrunnelse. Samlet sett ser man at andel vedtak som fyller de ulike kriteriene har økt fra 65 prosent i 2015/2016 til 80 prosent i 2019. I det følgende vil vi se nærmere på de ulike kriteriene. Vi redegjør også kort hva som ligger til grunn for vurdering av de gitte kriteriene.

Tabell 5-14 Resultat av gjennomgang av vedtak i A-kommunen andel av vedtakene som fyller kriteriene

Kriterier	2015/2016	2019
Lovanvendelse for vedtak	91 %	100 %
Individuell begrunnelse for vedtak	69 %	68 %
Dokumentert brukermedvirkning i vedtak	35 %	64 %
Dokumentert mål for brukeren i vedtak	35 %	55 %
Behov og endringer i utmålt tjeneste	82 %	100 %
Tydelig språk ifm. klageadgang	65 %	91 %

Lovanvendelse.

I 2015/2016 hadde 91 prosent av vedtakene riktig lovanvendelse. Riktig lovanvendelse betyr her at det skal foretas en fullstendig og korrekt hjemmelshenvisning. Dersom kommunen mener at personen har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester og at bistandsbehovet kan dekkes ved hjelp av f.eks. helsetjenester i hjemmet, er den korrekte hjemmelshenvisningen pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6

bokstav a. Gjennomgang av vedtakene fra 2019 viser at alle vedtakene som ble gjennomgått hadde riktig lovanvendelse.

Individuell begrunnelse for vedtak.

69 prosent av vedtakene i 2015/2016 inneholdt en individuell begrunnelse, i 2019 var tallet 68 prosent. Det er krav om at begrunnelsen for vedtaket skal inneholde en beskrivelse av det faktum kommunen har lagt til grunn i saken³². Alle vedtak som ble gjennomgått inneholdt en begrunnelse, samtidig så vi at en del kommuner hovedsakelig benyttet en gjengivelse av regelverket som begrunnelse. Ifølge Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven utarbeidet av Helsedirektoratet, er en gjengivelse av regelverket sjelden tilstrekkelig som begrunnelse.

Brukermedvirkning.

Kommunene skal så langt som mulig utforme tjenestene i samråd med bruker og det skal legges stor vekt på brukers ønsker. Krav om brukermedvirkning er nedfelt i Lov om bruker- og pasientrettigheter § 3-1. Vi har sett på om kommunene har en praksis som innebærer at brukermedvirkning fremkommer skriftlig i vedtakene. Det er ikke krav om at dette skal være dokumentert, men ettersom det både stilles krav om brukermedvirkning og at forsøket legger stor vekt på dette, er vurderingen at hvordan brukermedvirkning er ivarettatt bør fremkomme som en del av begrunnelsen og målsettingen i vedtaket. Gjennomgangen viser at mange vedtak inneholder lovtekst om brukermedvirkning, men at brukermedvirkning kun var dokumentert i 35 prosent av vedtakene fra 2015/2016 og i 60 prosent av vedtakene fra 2019.

Mål for brukeren

I forsøket er det lagt stor vekt på at man skal belyse hva som er viktig for den enkelte. Det er blant annet utarbeidet en intervjuguide som skal benyttes i kartleggingen og som bygger rundt spørsmålet «*hva er viktig for deg?*» Dette er informasjon som bør ligge til grunn for beslutningene som tas, og bør derfor også være en del av begrunnelsen for vedtaket.

Som en forlengelse av brukermedvirkning og spørsmålet om «*hva er viktig for deg?*» ønsket vi å se i hvilken grad vedtakene inneholdt en målsetting, eller brukers egne mål. Gjennomgangen viste at kun 35 prosent av vedtakene fra 2015/2016 inneholdt brukers eller annen målsetting. Av vedtakene som ble gjennomgått fra 2019 inneholdt 60 prosent av vedtakene en målsetting. Vi ser at vedtak om hverdagsrehabilitering både viser til konkret brukermedvirkning og mål for bruker, i tillegg til målsetting med innvilget tjeneste.

Endringer

Et grunnleggende prinsipp er at vedtak/tjenester ikke kan endres eller avsluttes uten at det er endringer i behov og/eller omsorgssituasjonen. Informasjon om dette bør derfor fremkomme skriftlig i underretningen om vedtak. Gjennomgang av vedtakene fra 2015/2016 og 2019 viser at hovedvekten av vedtakene hadde denne informasjonen. I 2015/2016 inneholdt 82 prosent av vedtakene denne informasjonen. I 2019 inneholdt alle vedtak informasjon om dette.

Klageadgang

En viktig del av partens rettsikkerhet er at man har anledning til å klage på et enkeltvedtak. Det stilles strenge krav om klagesaksbehandling til kommunene, og klageadgang skal fremkomme skriftlig i underretningen om vedtak. Alle vedtak vi gjennomgikk inneholdt opplyser om klageadgang. I noen vedtak kan det se ut som om kommunen i hovedsak har gjengitt reglene. Det medfører at det blir mye tekst og språket som benyttes kan være lite forståelig. Gjennomgangen

³² Jf. forvaltningsloven § 25 andre ledd

viser videre at beskrivelsen av klageadgang kan variere fra vedtak til vedtak i samme kommune. Gjennomgangen av vedtak fra 2019 viser at mange kommuner har forenklet beskrivelsen av klageadgang siden 2015/2016 (91 prosent av vedtakene).

Oppsummering

Fra 2015/2016 til 2019 har det altså vært en positiv utvikling innenfor 5 av 6 kriterier:

- ▶ en høyere andel av vedtakene benytter riktig lovanvendelse
- ▶ en høyere andel vedtak inneholder individuelle begrunnelse
- ▶ høyere andel vedtak med dokumentert brukermedvirkning
- ▶ høyere andel vedtak hvor mål for bruker fremkommer
- ▶ høyere andel vedtak hvor informasjon om endringer samt klageadgang fremkommer.

Os kommune har hatt en positiv utvikling innenfor alle indikatorene vi har gjennomgått, mens de øvrige kommunene har det ikke. Gjennomgangen viser imidlertid at alle kommunene kan bli bedre når det gjelder:

- ▶ Individuell begrunnelse for vedtak
- ▶ Dokumentert brukermedvirkning i vedtak
- ▶ Dokumentert mål for brukeren i vedtak

Gjennomgangen har ikke innbefattet en generell vurdering av klart språk. Vi ser at kommunen med fordel bør se om det er mulig å både innfri formalkravene til utforming av vedtak, samtidig som språket som benyttes forenkles.

6 Økonomiske effekter av forsøket

I dette kapitlet analyserer vi økonomiske effekter av forsøket, sett både fra kommunene og fra statens side. Vi gir innledningsvis en oversikt over problemstillingene som blir belyst i de ulike delene.

Kapittel 6.1: Hva har skjedd med inntektene og utgiftene?

Vi gir her en beskrivelse av utviklingen av de ulike delene av tilskuddet i den nye finansieringen og bruttoutgiftene.

Kapittel 6.2: Hvorfor har finansieringsmodellen gitt kommunene et overskudd?

For forsøket startet var det ikke opplagt at den nye finansieringsmodellen ville være mer gunstig enn ramrefinansieringen. Det har imidlertid vist seg at forsøket har gitt et betydelig overskudd. Vi har anslått gevinster som følge av tre forklaringer: Opplegget for justering av uttrekket fra rammetilskuddet (1), det har vært gunstig å erstatte tilskuddet for ressurskrevende tjenester med aktivitetstilskudd (2), og at kommunene i 2017 jevnt over hadde lavere enhetskostnader enn satsene i forsøket (3).

Kapittel 6.3: Har aktiviteten økt mer eller mindre enn behovet?

I løpet av forsøket har det vært en betydelig vekst i vedtatte timer og døgn som utløser aktivitetstilskuddet. Samtidig har kommunene hatt en sterk vekst for befolkningsgruppene med behov for pleie- og omsorgstjenester. Ny praksis for tildeling kan ha avdekket behov som ikke fikk deldelt tjenester. Det er også mulig at en ny praksis for tildeling gjør brukerne mer selvhjulpne slik at behovet for tjenester går ned. En sammenlikning av utvikling av aktivitet og behov vil være noe av grunnlaget for å svare på resultatet av en ny praksis for tildeling.

Kapittel 6.4: Hva har skjedd med kommunenes enhetskostnader?

Vi har ikke detaljert informasjon om hva som har skjedd med kommunenes enhetskostnader etter den detaljerte kartleggingen for 2017. Våre analyser indikerer at kommunens enhetskostnader har økt og overskuddet har blitt redusert. Noe av forklaringen er at inntektene har økt og at det er et krav om at midlene skal brukes opp for forsøket tar slutt. Økte enhetskostnader kan både være et resultat av en planlagt styrking av bemanningen og at økonomistyringen er svekket.

Kapittel 6.5: Hva har skjedd med prioriteringen av tre brukergrupper?

Vår kartlegging i 2015 avdekket store forskjeller kommunene i utgiftene til tre brukergrupper: Personer med nedsatt funksjonsevne (1), personer med psykiske problemer og rusproblemer (2) og eldre mv (3). Spørsmålet er om det har skjedd en utjevning av tilbudet mellom 2015 og 2018. Offisiell statistikk gir ikke informasjon om de tre brukergruppene.

Kapittel 6.6: Hva har skjedd med kommunenes brukerbetaling?

Vår kartlegging av brukerbetaling fra kommunene viser at disse fortsetter å øke i tråd med tidligere utvikling i 3 av 4 kommuner.

Kapittel 6.7: Bruk av overskudd fra forsøket

Vår kartlegging basert på intervjuer og dokumentasjon fra kommunene, som viser hvordan inntektene har blitt brukt på ulike tiltak og investeringer, og hva er avsatt på fond. Alle kommunene har brukt inntektpåslaget til ulike forebyggende tjenester, kompetanseutvikling og velferdsteknologi. Stjørdal og Os har betydelige overskudd fra forsøket og finansierer store investeringer i sykehjem/helsehus kombinert med oppbygging av fond.

6.1 Inntekter og utgifter

Dette delkapittelet gjennomgår inntektene kommunene har fått gjennom forsøket og utviklingen i bruttoutgifter.

6.1.1 Tilskudd 2016-2019

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

I 2019 var det *samlede nye øremerkede tilskuddet* på 1 269 mill. kr (jf. Tabell 6-1). Dette er beregnet ut fra aktivitetstilskudd per første halvår 2019, og er derfor usikkert. Merk at finansieringsmodellen for 2016 kun hadde effekt for 6-8 måneder (avhengig av tjeneste).

Aktivitetstilskuddet (vedtakstilskuddet) omfatter 94 prosent av det samlede tilskuddet i 2019. Vi har analysert utviklingen for de ulike tjenestene i kap. 5.1.

Rundsumtilskuddet blir brukt til å dekke utgifter til tjenester som ikke inngår i prismodellen og til tjenester hvor det er lite hensiktsmessig med enhetspriser. Nivået på tilskuddet er fastlagt etter en kartlegging av nivået for disse utgiftene i den enkelte kommune. Hvert år blir rundsumtilskuddet bare justert for pris- og lønnsveksten. Tilskuddet blir altså ikke justert for demografiske endringer. I 2018 varierte andelen som rundsumtilskuddet utgjør av det samlede tilskuddet mellom 3,1 prosent i Hobøl og 5,4 prosent i Lillesand.

I løpet av perioden har føring av utgiftene for frivilligsentralene vært flyttet fra pleie og omsorg (funksjon 234) til kultur (funksjon 385). Endringen har ført til at rundsumtilskuddet ikke lenger dekker utgiftene til frivilligsentraler. På den annen side dekker nå aktivitetstilskuddene utgifter til utskrivningsklare pasienter innen psykisk helse. De to forholdene har omtrent samme effekt i hver sin retning, slik nettoeffekten på hva tilskuddene dekker ikke har endret seg i særlig grad.

Inntektpåslaget er på omtrent samme nivå gjennom de tre årene forsøket har vart.

Tabell 6-1 Tilskudd i forsøket 2016- 2019. Mill. kr, løpende priser. Kilde: Helsedirektoratet³³

	Samlet tilskudd				Vedtakstilskudd				Rundsumtilskudd				Inntektpåslag			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Hobøl	55	115	120	119	51	108	113	112	2	4	4	4	2	4	4	4
Lillesand	104	224	235	257	94	205	216	238	6	12	12	13	4	7	7	7
Os	169	375	419	443	154	349	392	416	8	17	17	17	6	10	10	10
Stjørdal	199	442	440	449	181	409	407	415	10	21	21	21	8	12	12	13
I alt	526	1 157	1 215	1 269	480	1 071	1 128	1 180	26	53	55	55	20	32	33	34

6.1.2 Tilskuddet sammenliknet med uttrekket

Finansieringsmodellen innebærer at rammetilskuddet og tilskuddet til ressurskrevende tjenester blir erstattet med aktivitetstilskudd og rundsumtilskudd. I tabellen under har vi sammenliknet finansieringen i forsøket med uttrekket fra rammetilskuddet og det som er overført fra tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester.

³³ Aktivitetstilskuddet for 2019 basert på anslag fra Helsedirektoratet. Dersom utbetalingene fortsetter på samme nivå som første halvår blir tilskuddet på 1180 mill. kr i 2019.

Tabell 6-2 Summen av uttrekk og tilskudd til ressurskrevende brukere sammenliknet med summen av aktivitetstilskudd og rundsumtilskudd 2016-2019 i mill. kr. Kilde: Helsedirektoratet

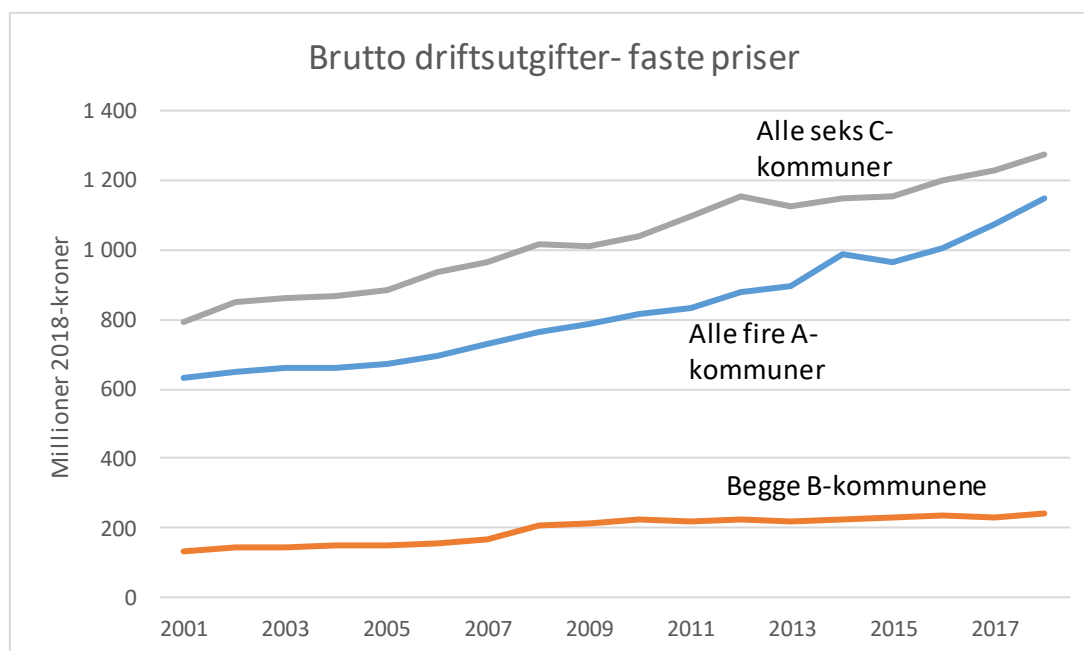
	Uttrekk+ressurskrevende				Vedtak+rundsum				Differanse			
	2016	2017	2018	2 019	2016	2017	2018	2 019	2016	2017	2018	2 019
Hobøl	51	102	106	109	52	111	117	115	2	10	11	6
Lillesand	99	198	207	213	100	217	228	250	0	19	21	37
Os	153	305	320	328	163	366	409	433	10	61	89	105
Stjørdal	189	375	393	404	191	430	428	436	2	55	35	33
I alt	492	980	1 026	1 054	506	1124	1182	1235	14	144	156	181

I 2019 er det anslått at de fire kommunene fikk 1 235 mill. kr av samlet tilskudd for vedtaks- og rundsumtilskudd (jf. tabellen over), noe som tilsvarer en differanse (sammenlignet med uttrekket) på 181 mill. kr. Differansen har økt gjennom perioden.

Den nye finansieringen gir altså A-kommunene høyere inntekter enn i de ordinære rammetilskuddene. I perioden 2016-2019 har dette gitt samlede ekstra overføringer fra staten til kommunene på 495 mill. kr., i tillegg til inntektpåslaget på 119 mill. kr.

6.1.3 Bruttoutgifter 2001-2018

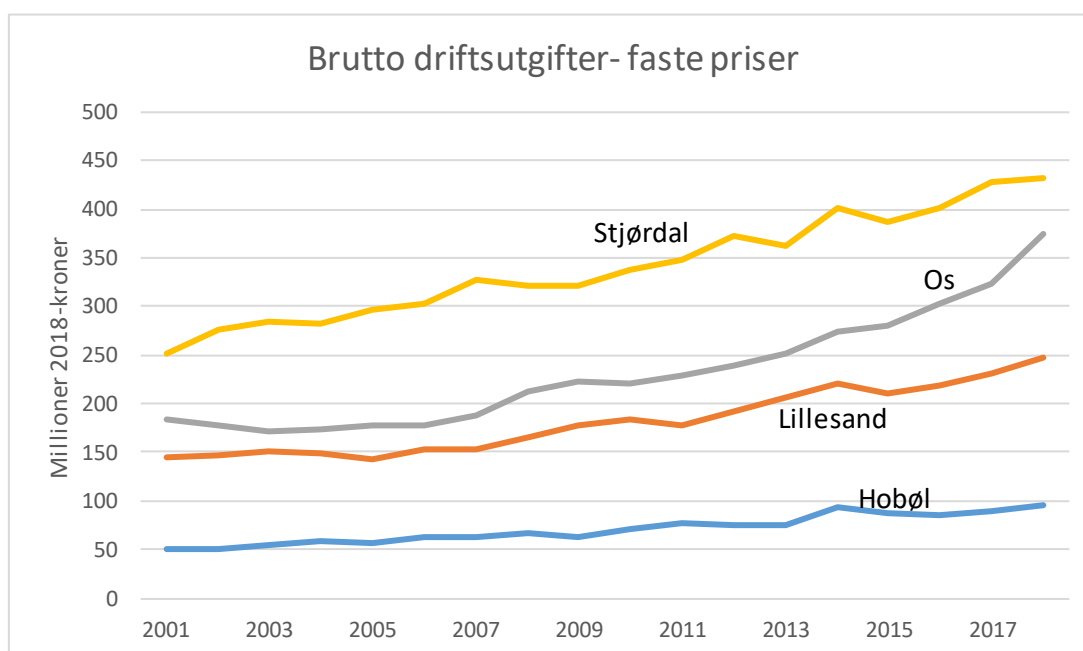
Bruttoutgiftene målt i faste priser³⁴ vist i figuren under kan sies å gi et godt uttrykk for aktiviteten for pleie- og omsorgsutgiftene i kommunene. Vi har sett på om aktiviteten har økt etter at forsøket startet.



Figur 6-1 Korrigerte brutto driftsutgifter 2001-2018 i faste 2018-priser samlet for A-kommunene, B-kommunene og C-kommunene

I perioden fra 2001-2018 har aktiviteten økt med 82 prosent i A-kommunene, 80 prosent i B-kommunene og 60 prosent i C-kommunene (jf. Figur 6-1). I A-kommunene har veksten vært særlig sterk etter 2016, altså i perioden forsøket har vart. Veksten i B-kommunene skjedde i første rekke i første delen av perioden, mens den i C-kommunene er mer spredt ut over hele perioden.

³⁴ Omregningen til faste priser er gjort på grunnlag av kostnadsdeflatoren for kommunene vist i rapporten juni 2019 fra «Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU)».



Figur 6-2 Korrigerte brutto driftsutgifter 2001-2018 i faste 2018-priser for de fire A-kommunene

Det er betydelige forskjeller i veksten mellom de fire A-kommunene (jf. Figur 6-2). Veksten har vært særlig sterk i Os. Her har utgiftene vokst mer etter at forsøket startet. I de andre tre kommunene er veksten mer på linje med utviklingen før forsøket startet.

6.2 Tre forklaringer til overskudd for A-kommunene

Da forsøket startet opp var det vanskelig for kommunene å vite om forsøket ville gi kommunen høyere eller lavere inntekter enn ordinær rammefinansiering. En viktig grunn er at det færreste kommuner har kartlagt nivået på egne enhetskostnader. Dersom nivået i kommunen er lavere enn de statlige satsene går kommunen med overskudd, og er de høyere så blir det et underskudd. I løpet av forsøket har det av ulike grunner vist seg at deltakelsen i forsøket har gitt betydelige gevinster. Disse økonomiske gevinstene kan sies å være en viktig del av intervensjonen som forsøket innebærer. Men denne effekten var altså ikke planlagt før forsøket startet, med unntak av inntektpåslaget som var en del av forsøksopplegget.

Ser man på hele forsøksperioden (2016 til 2019) har vi beregnet at statens utgifter i de fire A-kommunene økt med 495 mill. kr.³⁵, pluss det forutsatte inntektpåslaget på 119 mill. kr. Kommunene har altså mottatt 614 mill. kr. mer gjennom forsøket, sammenlignet med det de ville fått dersom de ikke deltok. Dette tilsvarer 17,6 prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene.

Samlet sett anslår vi at økningen i overføringer fra staten til kommunene kan fordeles som i Tabell 6-3:

Tabell 6-3: Forklaring på økte overføringer fra staten til A-kommunene 2016-2019, og anslag i mill.kr.

Effekt	Anslått i mill. kr	Forklaring
Inntektpåslag	119	Fire prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester.
Demografi-komponent	228	Avvik i justering av rammetilskudd. Tilfaller andre sektorer i kommunen.

³⁵ Tall for 2019 er estimert basert på aktivitetstilskudd mv. for første halvår 2019.

Ressurskrevende tjenester ³⁶	92	Effekt av at mye av økningen i ressurskrevende tjenester finansieres av staten
Enhetskostnader og endring i aktivitetsnivå	175	To mulige effekter som forklarer differansen mellom øvrige effekter og totalsum. Vår vurdering er at det i hovedsak skyldes enhetskostnader.
Totalt	614	

Disse beskrives nærmere under:

- ▶ *Inntektpåslag:* Inntektpåslaget er en del av det som er forutsatt i forsøket, og skal blant annet finansiere merarbeid ved deltagelse og andre satsinger innen pleie og omsorg. Inntektpåslaget utgjør 4 prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester, med et øvre tak på 25 mill. kr per kommune.
- ▶ *Justering av uttrekket for demografisk utvikling:* De fire A-kommunene har alle en sterk vekst i aldersgruppene som utløser behovet for pleie- og omsorgstjenester. Denne veksten bidrar til å øke nivået på rammetilskuddet. Uttrekket i forsøket er imidlertid basert på en mer forsiktig vekst. Resultatet er en økonomisk gevinst for kommunens øvrige tjenester.
- ▶ *Erstatning av tilskuddet for ressurskrevende tjenester med aktivitetstilskudd:* I forsøket blir tilskuddet til ressurskrevende tjenester erstattet med aktivitetstilskudd. Fra 2015 til 2018 har kommunenes egenandel økt fra 138,9 til 181,8 mill. kr. I forsøket blir hele veksten finansiert av det aktivitetsbaserte tilskuddet. Hadde ikke kommunene vært med i forsøket måtte de selv finansiert egenandelen. Deltakelsen i forsøket gir altså kommunene en økonomisk gevinst.
- ▶ *Kommunenes enhetskostnader og endring i aktivitetsnivå.* Slik vi analyserer det vil differansen mellom de økte overføringene på den ene siden og det som kan forklares av demografikomponenten, ressurskrevende tjenester og inntektpåslag på den andre, enten måtte forklares av enhetskostnader eller aktivitetsnivå. Vår vurdering er at denne gevinsten først og fremst skyldes at kommunene har egne enhetskostnader som er vesentlig lavere enn det de får gjennom satsene i forsøket. Dette gjør at pleie- og omsorgssektoren får mer betalt for å produsere de samme tjenestene. Denne analysen baserer seg på at:
 - Enhetskostnadene til kommunene er lavere enn satsene: Vi har foretatt detaljerte beregninger av kommunenes egne enhetskostnader for 2017³⁷, og gevinster og tap som følge av at kommunenes enhetskostnader avviker fra de statlige satsene. Denne viser at kommunene har egne enhetskostnader som i gjennomsnitt ligger godt under satsene i forsøket.
 - Vi har ikke kunnet påvise endringer i aktivitetsnivå utover det som kan forklares av behovsveksten, jf. kap. 6.3.

Resultatet av beregningene er vist i tabellen under.

³⁶ 2019 forutsatt lik som 2018

³⁷ Agenda Kaupang (2018): «*Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader*»

Tabell 6-4 Beregnet økonomisk gevinst for kommunene i 2016-2018. Millioner kroner i faste 2019-priser

Kommune	Justering av uttrekk for demografi				Ressurskrevende tjenester			Enhets-kost
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2017
Hobøl	3,1	8,4	7,9	11,5	3,3	2,5	2,4	-2,2
Lillesand	2,2	2,4	10,1	12,0	2,4	7,1	9,1	10,0
Os	4,0	21,8	28,5	44,2	6,1	3,5	21,2	15,6
Stjørdal	5,9	14,2	21,5	26,8	2,9	7,7	-4,6	32,4
I alt	16,8	49,3	67,8	94,3	14,6	20,8	28,1	55,8

Gevinstene er betydelige og de har økt for de to områdene hvor gevinstene er beregnet for alle år. I det følgende gir vi en mer detaljert omtale av våre beregninger på de ulike områdene.

6.2.1 Justering av uttrekket for demografisk utvikling

Uttrekk fra rammetilskuddet

Hvert år blir det ordinære rammetilskuddet redusert og erstattet med den nye finansieringen. Reduksjonen er basert på kommunens nettoutgifter i 2015 for pleie- og omsorgstjenester (KOSTRA 234, 253, 254 og 261). Uttrekket tilsvarer altså forbruket for omsorgssektoren i 2015. Reduksjon basert på forbruk innebærer at uttrekket tar hensyn til den enkelte kommunens faktiske prioriteringer i den enkelte kommune. Opplegget bidrar også til å skjerme sektorene som ikke er med i forsøket.

Det blir så foretatt beregninger med tilpasninger av uttrekket til det aktuelle år. For hvert år er det så korrigert for pris- og lønnsvekst³⁸. Opprinnelig var det planlagt at uttrekket skulle korrigeres for «den generelle veksten i kommuneøkonomien».

Underveis har opplegget blitt justert. 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 2016, 0,71 prosent for 2017, 0,75 prosent for 2018 og 0,53 prosent for 2019. Korreksjonen er felles for de fire A-kommunene.

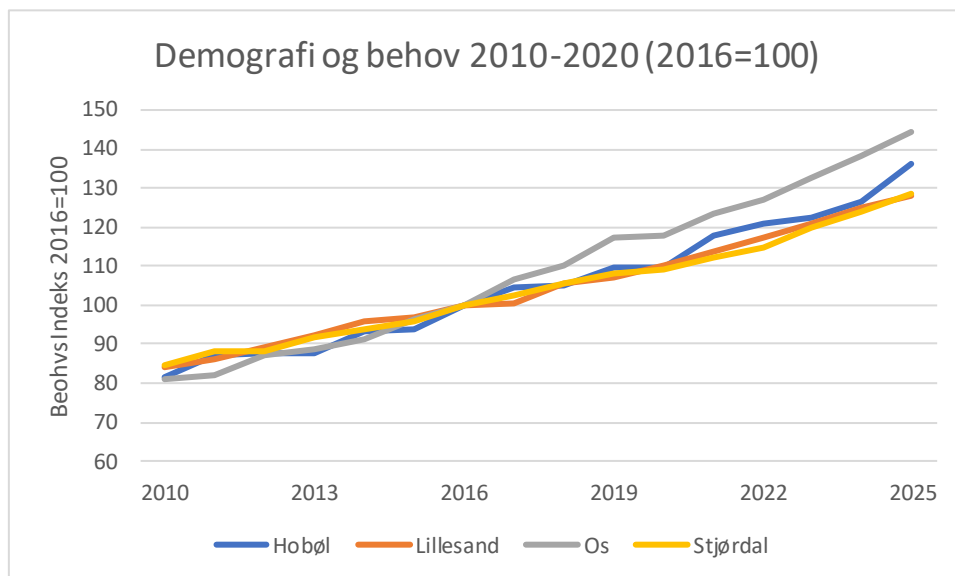
I forsøksperioden har altså uttrekket blitt justert for lønns- og prisstigningen basert på en kommunal deflator, og en nasjonal demografisk faktor. Opplegget er ment å bidra til å skape forutsigbarhet for den enkelte kommune.

Vekst i behov 2010-2025

Vi har foretatt en beregning av behovet for pleie og omsorgstjenester som følge av demografiske endringer for perioden fra 2010 til 2025 (jf. Figur 6-3). Beregningene er gjort ved hjelp av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet. Alle de fire A-kommunene er inne i en periode med særlig sterk vekst i aldersgruppene som utløser behov for pleie- og omsorgstjenester. Veksten startet før forsøket startet i 2016 og den fortsetter etter avslutning av den første perioden i 2019. Os har en vekst som er noe større enn de tre andre kommunene.

³⁸ Det er brukt den kommunale deflatoren beregnet av Finansdepartementet og brukt i statsbudsjettet for gjeldende budsjettår.

For demografien har vi brukt statistikk for perioden 1988–2019 og framskrevet utvikling for perioden 2019–2040. 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 innvandring³⁹.



Figur 6-3 Beregnet behov 2010-2025 for de fire A-kommunene (2016=100)

Fra 2016 til 2019 er den gjennomsnittlige årlige veksten for de fire kommunene

- ▶ Hobøl: 3,1 prosent
- ▶ Lillesand: 2,3 prosent
- ▶ Os: 5,5 prosent
- ▶ Stjørdal: 2,6 prosent

I alle de fire kommunene henger den sterke veksten i det beregnede behovet sammen med flere eldre over 80 år. Økningen i antall eldre kommer tidligere enn det som er vanlig i andre kommuner. For landet som helhet starter økningen av gruppen over 80 år først på midten av 2020-tallet etter hvert som de store etterkrigskullene gradvis blir eldre.

Beregninger av gevinst

Den beregnede gevinsten vist i Tabell 6-4 er altså et resultat av at uttrekket er basert på beskjedne økning basert på den demografiske utviklingen for alle sektorer for landet som helhet. Veksten i befolkningsgruppene som utløser behovet for pleie- og omsorgstjenester er altså langt sterkere.

Rammetilskuddet etter uttrekket blir brukt til å finansiere de andre sektorene som ikke er med i forsøket. Litt forenklet formulert betyr det at rammene for skole og barnehage blir økt som følge av at det blir flere eldre i de fire kommunene.

³⁹ Ref. SSB: Hvert alternativ beskrives ved fire bokstaver i følgende rekkefølge: fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. M = middels, L = lav og H = høy. Fordi framskrevne tall er usikre, er de avrundet.

6.2.2 Håndtering av ressurskrevende tjenester

Kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. I 2018 fikk kommunene refundert 80 prosent av direkte lønnsutgifter for enkeltbrukere over innslagspunktet på 1 270 000 kr. Ordningen gjelder personer under 67 år.

Denne refusjonsbaserte ordningen bryter med rammefinansieringen, som er det viktigste prinsippet i det statlige inntektssystemet for kommunene. Grunnen til at det ikke er etablert en rammefinansiering for disse brukerne er at omfanget av kostnader forbundet med slike brukere er preget av store tilfeldige variasjoner. Slike tilfeldige variasjoner kan gjøre store utslag for enkeltkommuner, og da særlig i små kommuner. Man har derfor kommet frem til at det har vært riktig med en særskilt refusjon for disse brukerne.

For de fire A-kommunene blir altså det øremerkede tilskuddet erstattet med den nye aktivitetsbaserte finansieringen. Unntaket er brukerbetalinger for disse brukerne, som kun er av marginal betydning.

Kommunene nå får dekket både det statlige tilskuddet og den tidligere egenandelen som kommunene finansierte av de frie inntektene. Egenandelen utgjorde en del av nettoutgiftene for pleie og omsorg i 2015, og er derfor med i uttrekket fra rammetilskuddet.

Nivået på den kommunale egenandelen vil svinge i takt med omfanget av brukere med ressurskrevende tjenester. For kommunene kan det være en utfordring å gjøre de nødvendige justeringer av budsjettet slike endringer krever. Informanter i kommunene mener at en gevinst ved deltakelsen i forsøket er at man ikke lenger trenger å gjøre slike justeringer av budsjettet.

Veksten i det aktivitetsbaserte tilskuddet vil altså være påvirket av utviklingen for brukerne som omfattes av refusjonsordningen. Utviklingen kan være påvirket av både tilfeldige variasjoner i utviklingen av behovet for disse brukerne og av at endringer i hvor effektivt driften er organisert.

Utviklingen i tilskuddet for perioden fra 2014 til 2018 er vist i tabellen under. De fire A-kommunene har fått refundert utgiftene i 2016 for den delen av året den nye finansieringen ikke var kommet i gang. Tabellen under viser hvor mye tilskuddet ville vært på dersom den gamle ordningen hadde vært virksom hele året. Den viser også hva kommunene ville fått i tilskudd i 2017 og 2018 dersom utgiftene ikke var finansiert av det aktivitetsbaserte tilskuddet i forsøket.

Tabell 6-5 Refusjon for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester 2014-2018. Kilde: Helsedirektoratet

Kommune	År	Antall tjeneste-mottakere	Netto utgift	Egenandel ved innslags-punkt	Netto utgift utover innslags-punkt	Egenandel for kommunen	Øremerket tilskudd (til utbetaling)
Fire a-kommuner	2018	117	315	149	166	33	133
	2017	111	298	137	161	32	129
	2016	108	292	125	167	33	134
	2015	96	279	104	175	35	140
	2014		277	102	175	35	140
Hobøl	2018	15	33	19	14	3	11
	2017	15	33	19	14	3	11
	2016	16	33	19	14	3	11
	2015	14	27	15	12	2	10
	2014		34	17	17	3	14
Lillesand	2018	18	55	23	32	6	25
	2017	17	48	21	27	5	22
	2016	14	42	16	25	5	20
	2015	12	40	13	27	5	21
	2014		40	14	26	5	21
Os	2018	49	134	62	72	14	57
	2017	37	104	46	59	12	47
	2016	39	110	45	65	13	52
	2015	35	100	38	62	12	50
	2014		97	34	63	13	50
Stjørdal	2018	35	93	44	48	10	39
	2017	42	113	52	61	12	49
	2016	39	108	45	63	13	50
	2015	35	112	38	74	15	59
	2014		106	38	69	14	55

Fra 2014 til 2018 har nettoutgiftene økt fra 277 til 315 mill. kr, noe som tilsvarer en vekst på 13,5 prosent. I samme periode har deflatoren for kommunalt konsum økt med 10,9 prosent. Veksten i utgifter er altså noe sterkere enn prisstigningen. Utviklingen i behovet for tjenester for disse brukerne har altså bidratt noe til den sterke veksten i bruttoutgiftene i denne perioden.

Kommunenes egenandel har økt og tilskuddet har blitt redusert. Denne utviklingen kan skyldes både innstramningen i ordningen og endringer i sammensetningen av enkeltbrukere.

Det er forskjeller i utviklingen i nettoutgiftene for den enkelte kommune. I perioden har utgiftene økt i Lillesand og Os, og de har blitt redusert i Stjørdal. I Hobøl var nivået i 2018 omtrent som i 2015.

Fra 2015 til 2018 har kommunenes egenandel økt fra 138,9 til 181,8⁴⁰ mill. kr. I forsøket blir hele veksten finansiert av det aktivitetsbaserte tilskuddet. Hadde ikke kommunene vært med i forsøket måtte de selv finansiert egenandelen. Deltakelsen i forsøket gir altså kommunene en økonomisk gevinst.

Før forsøket ble egenandelen finansiert av kommunenes frie inntekter. Som tidligere nevnt er det foretatt et uttrekk for 2015 basert på faktiske utgifter. Uttrekket har så blitt justert med 1,6 prosent i 2016, 0,71 prosent i 2017 og 0,75 prosent i 2018. I den aktivitetsbaserte finansieringen er det

⁴⁰ Summen av egenandel ved innslagspunkt og egenandel for kommunen.

staten som dekker alle utgifter. Det betyr altså at veksten som er utover justeringen av uttrekket innebærer en gevinst for kommunene. Den beregnede gevinsten er vist i tabellen under.

Tabell 6-6 Beegnet økonomisk gevinst for A-kommunene 2016-2018 som følge av ordningen med ressurskrevende tjenester. Millioner kroner i faste 2019-priser

Kommune	Ressurskrevende tjenester		
	2016	2017	2018
Hobøl	3,3	2,5	2,4
Lillesand	2,4	7,1	9,1
Os	6,1	3,5	21,2
Stjørdal	2,9	7,7	-4,6
I alt	14,6	20,8	28,1

Fra 2016 til 2018 har altså den samlede økonomiske gevinsten økt 13,5 til 27,3 millioner kroner (jf. tabellen over). Stjørdal er den eneste kommunen med beregnet økonomisk tap for denne gruppen, noe som er et resultat av at nettoutgiftene til denne gruppen har blitt redusert med 20 millioner kroner.

6.2.3 Enhetskostnader 2017

Vi har beregnet enhetskostnader⁴¹ for tjenestene som finansieres av forsøket både for de fire A-kommunene og for Røyken, Kristiansand og Selbu. For de syv kommunene viser beregningene følgende avvik mellom kommunenes enhetskostnader og de nasjonale satsene:

Tabell 6-7 Avvik mellom beregnede kommunale utgifter og finansiering gjennom satsene i det statlige forsøket (+ er tap og - er gevinst for kommunene)

Kommune	I alt (vektet gjennomsnitt)	Hjemmetjenester	Aktivering	Institusjon
Røyken	-5 %	+11 %	-31 %	-5 %
Kristiansand	-14 %	+0 %	-1 %	-30 %
Selbu	-3 %	-1 %	?	-5 %
Hobøl	+2 %	+14 %	?	-10 %
Lillesand	-6 %	-12 %	?	+2 %
Os	-5 %	-6 %	-35 %	+20 %
Stjørdal	-8 %	-7 %	+17 %	-11 %

Av de syv kommunene som nå er kartlagt er det bare Hobøl som samlet har høyere enhetskostnader enn satsene i forsøket.

Alle de tre hovedtjenestene vist i tabellen har både positive og negative utslag. Det er med andre ord ikke noe klar sammenheng om hvilke tjenester som gir en gevinst og hvilke som gir et tap. Mangel på pålitelige data har gjort at det ikke har vært mulig å beregne enhetskostnadene for aktivisering i Selbu, Hobøl og Lillesand.

Avviket for de fire A-kommunene danner grunnlag for å beregne gevinstene vist i Tabell 6-4. Det finnes ikke tilsvarende detaljerte beregninger av enhetskostnader for 2018 eller 2019.

⁴¹ Beregningene er dokumentert i rapporten: *Enhetskostnad norske kommuner*. Agenda Kaupang 30. januar 2019. Rapportnummer: 9272-07

6.3 Utviklingen i aktivitet og behov

I løpet av forsøket har det vært en betydelig vekst i vedtatte timer og døgn som utløser aktivitets-tilskuddet. Samtidig har kommunene hatt en sterk vekst for befolkningsgruppene med behov for pleie- og omsorgstjenester. Ny praksis for tildeling kan ha avdekket behov hos brukere som tidligere ikke fikk tildelt tjenester. Det er også mulig at en ny praksis for tildeling gjør brukerne mer selvhjulpne slik at behovet for tjenester går ned. En sammenlikning av utvikling av aktivitet og behov vil være noe av grunnlaget for å svare på resultatet av en ny praksis for tildeling.

Vi har sammenliknet veksten i aktiviteten med veksten i det beregnede behovet. Aktiviteten er beregnet på grunnlag av utviklingen for det aktivitetsbaserte tilskuddet (jf. Tabell 5-3). Her har vi ikke pålitelige data for 2016, slik at det er først for 2018 at vi har data for utviklingen fra året før. Endringene i aktivitet er basert på faste 2019-priser. Våre beregninger av behovet er omtalt i kap. 6.2.1.

Tabell 6-8 Årlig prosentvis vekst for aktiviteten og behovet 2017-2019. Endringer i aktiviteten er beregnet som endringer i samlet aktivitetstilskudd i faste 2019-priser.

	Aktivitet (vedtakstilskudd)			Behov (demografi)			Differanse		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Hobøl		2,0 %	-4,9 %	4,6 %	0,3 %	4,4 %		1,7 %	-9,2 %
Lillesand		2,5 %	5,7 %	0,3 %	5,1 %	1,7 %		-2,6 %	4,1 %
Os		9,6 %	6,4 %	6,8 %	3,3 %	6,5 %		6,2 %	0,0 %
Sjørdal		-3,2 %	0,7 %	2,4 %	3,1 %	2,3 %		-6,2 %	-1,6 %
I alt		2,6 %	3,1 %	3,5 %	2,9 %	3,7 %		-0,4 %	-0,6 %

Både for aktiviteten og behovet er det relativt store endringer i hvor sterk økningen har vært. Utviklingen av begge størrelsene kan til en viss grad være preget av tilfeldige utslag. For utviklingen i aktivitet vil det kunne bety mye om det kommer en ny bruker som krever mye ressurser eller om en slik bruker flytter ut av kommunen eller dør. Beregningene av behov tar utgangspunkt i den demografiske utviklingen. Her vil størrelsen på det enkelte kull være av betydning, og kanskje gi årlige endringer i det beregnede behovet som ikke er helt reelle.

For å få et mer robust resultat har vi derfor slått sammen 2018 og 2019:

- ▶ Hobøl: Behovet økt mer enn aktiviteten (-7,6 prosent)
- ▶ Lillesand: Aktiviteten økt mer enn behovet (+1,5 prosent)
- ▶ Os: Aktiviteten økt mer enn behovet (+6,2 prosent)
- ▶ Sjørdal: Behovet økt mer enn aktiviteten (-7,8 prosent)
- ▶ I alt: Behovet økt mer enn aktiviteten (-2,9 prosent)

For de fire kommunene samlet har altså det beregnede behovet økt mer enn aktivitetstilskuddene. Tilsvarende er tilfelle i Sjørdal og Hobøl, mens i Lillesand og Os har aktiviteten økt mer enn behov.

I analysen over har vi sammenliknet utviklingen i aktivitetstilskudd med endringer i behov som følge av demografi. Imidlertid vil utviklingen i aktivitet også være påvirket av utviklingen for brukere med stort behov for bistand. Utviklingen for disse brukere er til en viss grad preget av «små talls lov» og tilfeldige utslag. Fra 2017 til 2018 har det for disse brukerne vært en betydelig vekst for Os og en

betydelig reduksjon for Stjørdal. Det ser altså ut til at de store positive og negative utslagene for disse to kommunene nettopp kan forklares med utviklingen i brukere som krever store ressurser.

6.4 Utvikling for kommunenes enhetskostnader

Vi har ikke detaljert informasjon om hva som har skjedd med kommunenes enhetskostnader etter den detaljerte kartleggingen for 2017. Våre analyser indikerer at kommunens enhetskostnader har økt og overskuddet har blitt redusert. Noe av forklaringen er at inntektene har økt og at det er et krav om at midlene skal brukes opp for førsøket tar slutt. Økte enhetskostnader kan både være et resultat av en planlagt styrking av bemanningen og at økonomistyringen er svekket.

Utviklingen i enhetskostnader er belyst med to ulike datakilder. Vi har sammenliknet veksten for bruttoutgifter med aktiviteten (kap. 6.4.1) og vi har sett på utviklingen i bruttoutgifter per oppholdsdøgn på sykehjem (kap. 6.4.2).

6.4.1 Sammenligning av bruttoutgifter og aktivitet

Vi har sammenliknet den samlede veksten for bruttoutgiftene og aktiviteten. En slik analyse på overordnet nivå kan gi indikasjoner om utviklingen av enhetskostnadene. Dersom utgiftene vokser mer enn aktiviteten, kan det være et uttrykk for at enhetskostnadene øker. Og omvendt kan en reduksjon i enhetskostnadene gi seg uttrykk i at utgiftene vokser mindre enn aktiviteten. Dette er en grov overordnet analyse hvor resultatene må tolkes med en viss grad av forsiktighet

Det foreligger ennå ikke data for utgiftene i 2019. Vi kan derfor bare sammenlikne veksten for 2018.

Tabell 6-9 Årlig prosentvis vekst for bruttoutgiftene og aktiviteten 2017-2019. Endringer i aktiviteten er beregnet som endringer i samlet aktivitetstilskudd i faste 2019-priser.

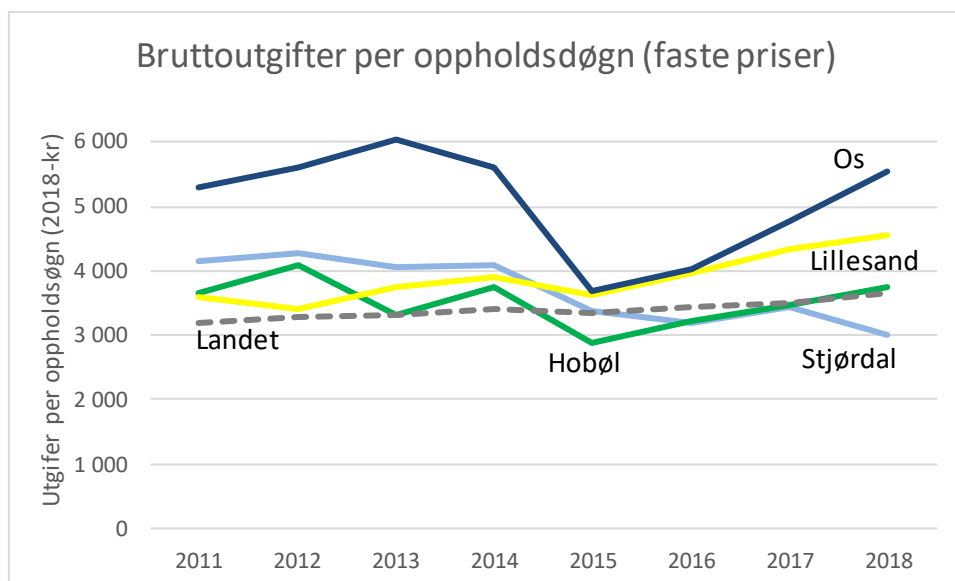
	Bruttoutgifter			Aktivitet (vedtakstilskudd)			Differanse		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Hobøl	5,0 %	6,4 %			2,0 %	-4,9 %		4,4 %	
Lillesand	6,1 %	6,5 %			2,5 %	5,7 %		4,0 %	
Os	7,3 %	15,3 %			9,6 %	6,4 %		5,7 %	
Sjørdal	6,6 %	1,2 %			-3,2 %	0,7 %		4,4 %	
I alt	6,6 %	7,1 %			2,6 %	3,1 %		4,5 %	

For alle de fire kommunene har utgiftene vokst vesentlig mer enn aktiviteten. Disse dataene peker altså i retning av at enhetskostnadene har økt. Kapittel 4 diskuterer dette mer inngående for hver kommune. Mulige forklaringer er mindre kostnadskontroll, økt kvalitet og store investeringer i kompetanse, utstyr mv.

6.4.2 Bruttoutgifter per oppholdsdøgn

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

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



Figur 6-4 Bruttoutgifter per oppholdsdøgn 2011-2018. Faste 2018-priser. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

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

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

For Stjørdal øker bruttoutgiftene mer enn aktiviteten, samtidig som det har vært en reduksjon i bruttoutgifter per sykehjemsplass. Reduksjonen av enhetskostnaden kan ha sammenheng med at omsorgsboliger har blitt hjemlet om til sykehjem, og at de nye sykehjemsplassene har en noe lavere bemanning enn de gamle.

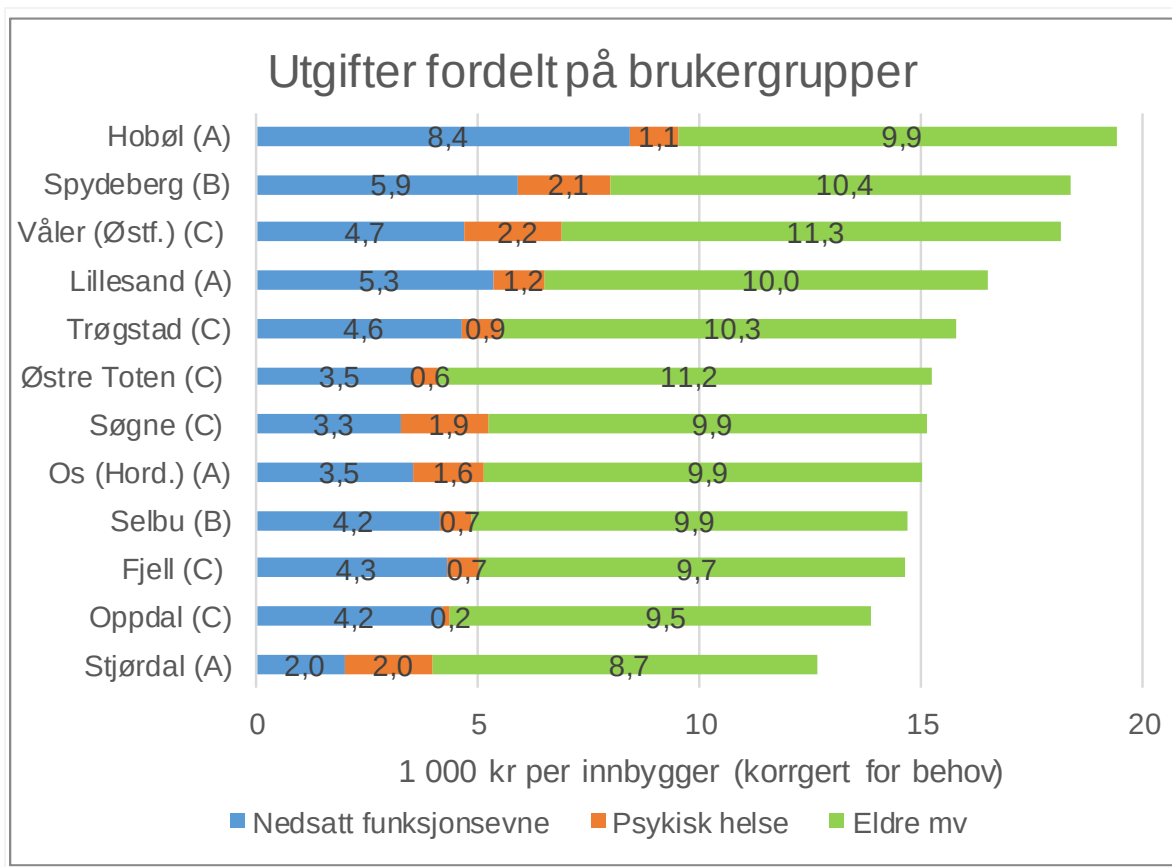
6.5 Prioriteringen av tre brukergrupper

Som beskrevet i kapittel 3.6.10 er en av metodene i dette arbeidet å fordele aktuelle poster i kommuneregnskapet på tre brukergrupper, hhv. personer med nedsatt funksjonsevne, personer med rusproblemer/psykiske problemer, og eldre.

Som en del av vår nullpunktsanalyse ble regnskapet for 2015 for alle A-, B- og C-kommunene fordelt på de tre gruppene. I det følgende beskriver vi først forskjeller i kommunenes utgifter til disse brukergruppene i 2015. I vår analyse er vi i første rekke opptatt av om forskjellene mellom kommunene har blitt redusert mellom 2015 og 2018. Reduserte forskjeller kan sies å være i samsvar med den overordnede målsetting om «økt likebehandling på tvers av kommunegrensar».

6.5.1 Hovedkonklusjoner regnskapet 2015

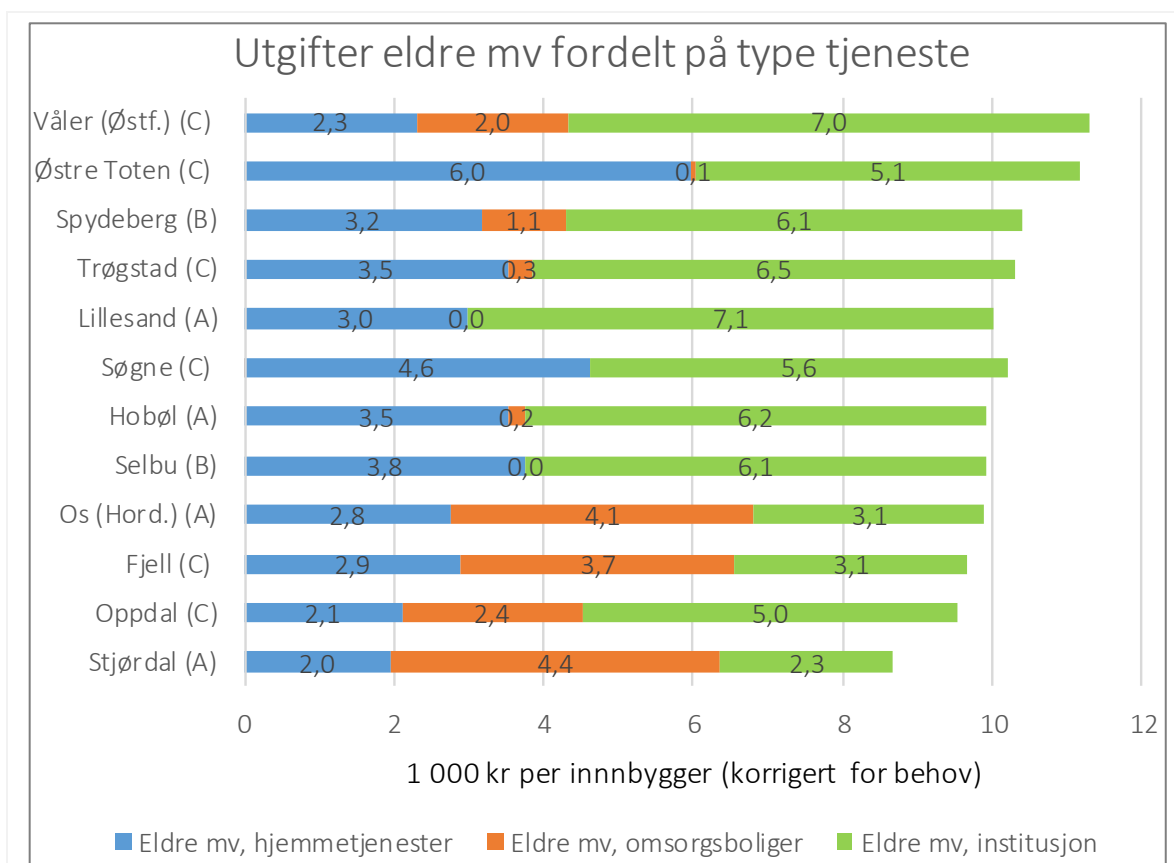
Det er store forskjeller i kommunenes utgifter til pleie og omsorg, selv etter korrigering av forskjeller i behov. Kartleggingen av utgiftene til kommunene i forsøket illustrerer disse forskjellene. Hobøl lå høyest i 2015 med utgifter som var rundt 50 prosent høyere enn Stjørdal som lå lavest.



Figur 6-5 Netto utgifter til pleie og omsorg 2015 korrigert for behov. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

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

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



Figur 6-6 Netto utgifter til pleie og omsorg til eldre 2015 mv. korrigert for behov. Korreksjoner basert på delindeksen for gruppen over 67 år. Kilde: Bearbeidet versjon av regnskap 2015

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

6.5.2 Bruttoutgifter for tre brukergrupper fra 2015 til 2018 i A-kommunene

Fra 2015 til 2018 har de samlede bruttoutgiftene for de fire A-kommunene økt fra 1 050 til 1 318 mill. kr (jf. tabellen under). Den samlede veksten i utgiftene er tidligere beskrevet og analysert i Agenda Kaupang (2018)⁴². En oppdatert versjon av denne analysen er lagt frem tidligere i dette kapitlet. Så langt er utgiftene korrigert for behov (Figur 6-5 og Figur 6-6), slik at vi kan sammenlikne på tvers av kommuner. I drøftingen av utviklingen fra 2015 til 2018 er utgiftene ikke korrigert for behov eller prisvekst. Det betyr at tabellene under viser den faktiske utviklingen i millioner kroner.

⁴² Agenda Kaupang (2018): «Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader»

Tabell 6-10 Bruttoutgifter 2015 og 2018 fordelt på tre brukergrupper for A-kommunene. Millioner kroner

Gruppe	Hobøl		Lillesand		Os		Stjørdal		Alle A	
	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018
I alt	106	137	220	271	311	431	412	478	1 050	1 318
<i>Personer med nedsatt funksjonsevne</i>										
- under 18 år	5	3	6	8	11	21	14	17	36	50
- over 18 år	40	41	71	80	98	123	83	110	292	354
<i>Personer med psykiske problemer og rusproblemer</i>										
- under 18 år	1	3	3	0	0	1	0	0	4	4
- over 18 år	5	14	14	22	32	53	68	59	120	149
<i>Eldre mv.</i>										
- institusjon	34	44	89	113	57	76	70	87	249	320
- bolig med døgnomsorg	1	0	0	0	68	100	124	144	194	244
- andre hjemmetjenester	21	31	36	48	44	57	54	62	155	198

Utviklingen for de tre brukergruppene blir kommentert i det følgende.

Personer med nedsatt funksjonsevne: Hobøl har hatt svakere vekst enn pris- og kostnadsveksten i kommunesektoren (kommunal deflator) på 8,3 prosent fra 2015 til 2018. Lillesand har hatt en noe sterkere vekst. Hobøl og Lillesand lå høyt i utgangspunktet. Veksten har vært sterk for Os og Stjørdal, som var blant kommunene som lå lavt. Altså har utviklingen gått i retning mer likhet.

Personer med psykiske problemer og rusproblemer: For denne gruppen har det fra 2015 til 2018 vært en sterk vekst for Hobøl, Lillesand og Os og reduksjon for Stjørdal. I 2015 lå utgiftene i Stjørdal betydelig høyere enn de andre tre kommunene. Også for denne gruppen har det altså skjedd en utvikling i retning større likhet.

Eldre mv (institusjon). For alle de fire A-kommunene har det vært en betydelig vekst i utgiftene til institusjon. Os, som lå på et lavt nivå i 2015, har hatt den sterkeste veksten. Antall brukere på langtidsopphold sank frem til 2017, for så å øke fra 2017 til 2018 (jf. Figur 5-3). Fra 2017 til 2019 har tilskuddene til langtidsopphold økt betydelig i Os og Stjørdal (jf. Tabell 5-4). Forklaringen er økte utgifter per bruker (oppholdsdøgn) på langtidsopphold, og at korttidstilbudet har blitt styrket.

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

Eldre mv (andre hjemmetjenester): Alle kommunene hadde betydelig vekst fra 2015 til 2018. Utviklingen i tilskuddene fra 2017 til 2019 viser en økning for hjemmebaserte tjenester for Hobøl, Lillesand og Os, mens det har vært en reduksjon for Stjørdal (jf. Tabell 5-4). Reduksjonen i Stjørdal har sammenheng med at plasser i omsorgsboliger nå er hjemlet om til sykehjemsplasser.

Oppsummering A-kommunene: Jevnt over har A-kommunene hatt en betydelig økning i kostnader til de fleste brukergrupper. Samlet sett har brutto utgifter økt med ca. 15 prosent for de fire kommunene. Deler av dette skyldes den demografiske veksten blant eldre brukere. Videre er det tegn til at kommunene konvergerer med tanke på tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne, for personer med psykiske problemer og rusproblemer og for hjemmetjenester til eldre.

6.5.3 Bruttoutgifter for tre brukergrupper fra 2015 til 2018 i B-kommunene

Utviklingen for de to B-kommunene er vist i tabellen under. De to B-kommunene har hatt en betydelig økning i kostnader for alle tre brukergrupper. Det ser imidlertid ikke ut til at nivået konvergerer mot det som gjelder i A-kommunene eller i andre kommuner. Spydeberg lå høyt på de fleste parametere i utgangspunktet, og har fortsatt å øke.

Tabell 6-11 Bruttoutgifter 2015-2018 fordelt på tre brukergrupper for B-kommunene. Millioner kroner

Gruppe	Spydeberg				Selbu				Begge B			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
I alt	119	145	146	177	108	114	118	131	227	258	263	307
<i>Personer med nedsatt funksjonsevne</i>												
- under 18 år	5	5	9	8	0	0	0	0	5	5	9	8
- over 18 år	32	44	45	59	32	38	39	42	64	82	84	101
<i>Personer med psykiske problemer og rusproblemer</i>												
- under 18 år	2	1	2	2	0	0	0	0	2	2	3	2
- over 18 år	11	18	23	26	4	2	1	1	15	20	25	28
<i>Eldre mv.</i>												
- institusjon	44	48	47	58	46	49	51	59	90	97	98	116
- bolig med døgnomsorg	7	8	4	5	0	0	0	0	7	8	4	5
- andre hjemmetjenester	19	19	15	18	25	25	26	29	44	45	41	47

Utviklingen for de tre brukergruppene blir kommentert i det følgende.

Personer med nedsatt funksjonsevne: Både Spydeberg og Selbu har hatt en sterk vekst i utgiftene til disse brukerne. Spydeberg lå høyt i utgangspunktet, mens Selbu lå på et mer middels nivå. Det har med andre ord ikke skjedd den samme utjevningen som for A-kommunene.

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

Eldre mv.: Fra 2015 til 2018 har de samlede utgiftene til eldre økt både i Spydeberg og Selbu. Spydeberg lå høyt i 2015, mens Selbu lå noe under middels. For denne gruppen har det altså vært en viss konvergens med tanke på hvor mye kommunene bruker på denne gruppen.

6.5.4 Bruttoutgifter for tre brukergrupper fra 2015 til 2018 i C-kommunene

Fra 2015 til 2018 har de samlede bruttoutgiftene for de seks C-kommunene økt fra 1 050 til 1 318 millioner kroner (jf. tabellen under). Veksten er på 26 prosent, som er omtrent på samme nivå som A-kommunene.

Tabell 6-12 Bruttoutgifter 2015 og 2018 fordelt på tre brukergrupper for C-kommunene. Millioner kroner

Gruppe	Trøgstad		Våler		Østre Toten		Søgne		Fjell		Oppdal		Alle C	
	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018	2015	2018
I alt	124	138	95	126	385	469	176	225	313	395	153	183	1 246	1 542
<i>Personer med nedsatt funksjonsevne</i>														
- under 18 år	3	4	4	6	24	26	11	15	23	25	1	2	66	78
- over 18 år	35	40	24	31	81	73	34	40	64	89	50	62	288	335
<i>Personer med psykiske problemer og rusproblemer</i>														
- under 18 år	0	0	1	13	0	10	2	3	2	15	0	0	5	47
- over 18 år	6	8	11	13	10	17	17	23	15	17	2	2	61	79
<i>Eldre mv.</i>														
- institusjon	51	56	34	39	131	140	67	83	80	97	57	63	421	478
- bolig med døgnomsorg	2	3	9	11	1	4	0	0	76	91	22	31	111	140
- andre hjemmetjenester	26	28	11	13	137	199	45	62	53	60	22	24	293	385

Samlede utgifter i C-kommunene til barn og unge med psykiske problemer og rusproblemer har økt fra 5 millioner kroner i 2015 til 47 millioner kroner i 2018.

6.5.5 Sammenlikning av utviklingen i A- og C-kommuner

Det viktigste formålet med C-kommunene har vært å få en referanse til utviklingen for kommuner som ikke er med i forsøket. I tabellen under har sammenliknet den prosentvise veksten for de fire A-kommunene med den tilsvarende samlede veksten for de seks C-kommunene. For A-kommunene har vi brukt fargekoden grønt der veksten er sterkere enn C-kommunene og lilla der veksten er svakere enn C-kommunene.

Tabell 6-13 Prosentvis økning i bruttoutgifter fra 2015 til 2018⁴³

Gruppe	Hobøl Lillesand		Os	Stjørdal	Alle A	Alle C
I alt	29 %	24 %	39 %	16 %	26 %	24 %
<i>Personer med nedsatt funksjonsevne</i>						
- under 18 år	-33 %	35 %	93 %	19 %	37 %	17 %
- over 18 år	3 %	12 %	25 %	33 %	21 %	16 %
<i>Personer med psykiske problemer og rusproblemer</i>						
- under 18 år					21 %	886 %
- over 18 år	184 %	52 %	66 %	-13 %	24 %	28 %
<i>Eldre mv.</i>						
- institusjon	32 %	27 %	32 %	25 %	28 %	14 %
- bolig med døgnomsorg			47 %	16 %	26 %	26 %
- andre hjemmetjenester	47 %	33 %	30 %	14 %	27 %	31 %

Utviklingen for de tre brukergruppene blir kommentert i det følgende.

Personer med nedsatt funksjonsevne: A-kommunene har økt mer enn C-kommunene for begge aldersgrupper. Hobøl som lå høyt i utgangspunktet har hatt svakest vekst.

Personer med psykiske problemer og rusproblemer: For A-kommunene samlet er veksten for denne omtrent på linje veksten for de øvrige gruppene. I C-kommunene har utgiftene til brukere under 18 år økt fra 5 til 47 millioner kroner. Selv om deler av denne differansen kan skyldes feilkoding illustrerer dette likevel tendens mange av C-kommunene har opplevd med økning innen

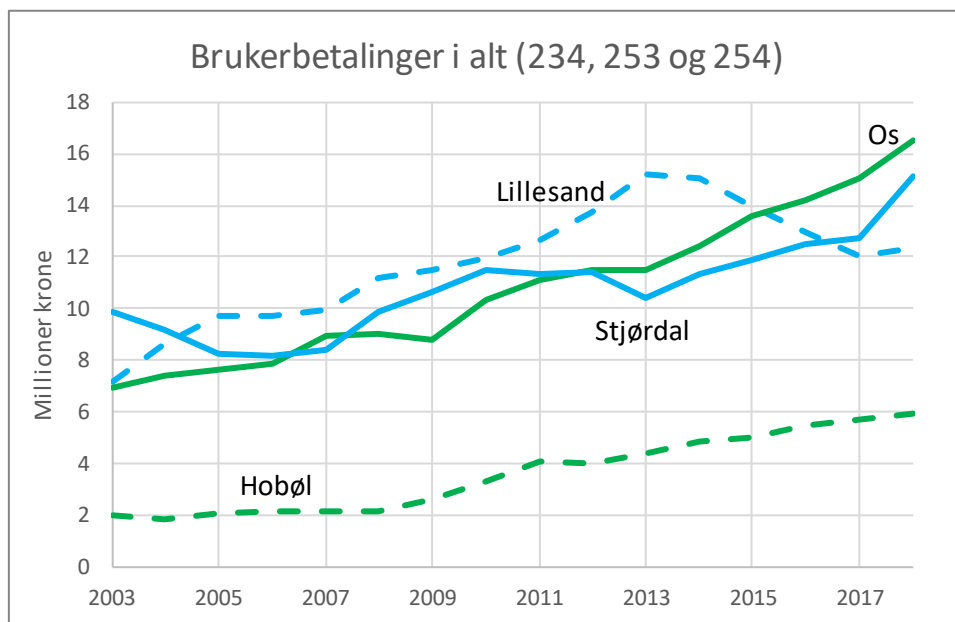
⁴³ For å øke lesbarheten er noen av cellene med høy positiv eller negativ vekst holdt utenfor. De høye verdiene er et resultat av lave utgifter i 2015, slik at endringen i millioner kroner ikke trenger å være så stor.

psykiske problemer hos yngre brukere. C-kommunene har altså i større grad enn A-kommunene prioritert å styrke tilbudet til de yngste brukerne. Tjenester til disse brukerne blir i stor grad gitt uten vedtak og stykkprisfinansiering. Relativt lav vekst i A-kommunene kan være at kommunene i forsøket *ikke* får økte inntekter ved en utvidelse av tilbudet til denne gruppen. For brukerne over 18 år har det vært en sterk vekst i Hobøl, Lillesand og Os. Stjørdal, som lå klart høyest i 2017, har hatt en reduksjon.

Eldre mv.: I C-kommunene har veksten for institusjon vært svakere enn veksten for boliger med døgnomsorg og andre hjemmetjenester. I A-kommunene samlet har det vært omtrent lik veksten for de tre tilbudene. Særlig påfallende er at alle de fire kommunene har hatt økte utgifter til institusjon.

6.6 Brukerbetalinger

For de fire A-kommunene har det vært en betydelig økning i brukerbetalinger siden 2003 (jf. figuren under). Både for Os og Hobøl har brukerbetalingene blitt mer enn doblet i løpet av perioden. Etter 2015 har brukerbetalingene i Os, Stjørdal og Hobøl fortsatt å øke etter deltakelsen i forsøket. I Lillesand har det vært en markant endring. Her har brukerbetalingene blitt redusert med rundt 3 mill. kr siden 2014.



Figur 6-7 Brukerbetalinger for pleie- og omsorgstjenestene (funksjon 234, 253 og 261) 2003–2018, i mill. kr

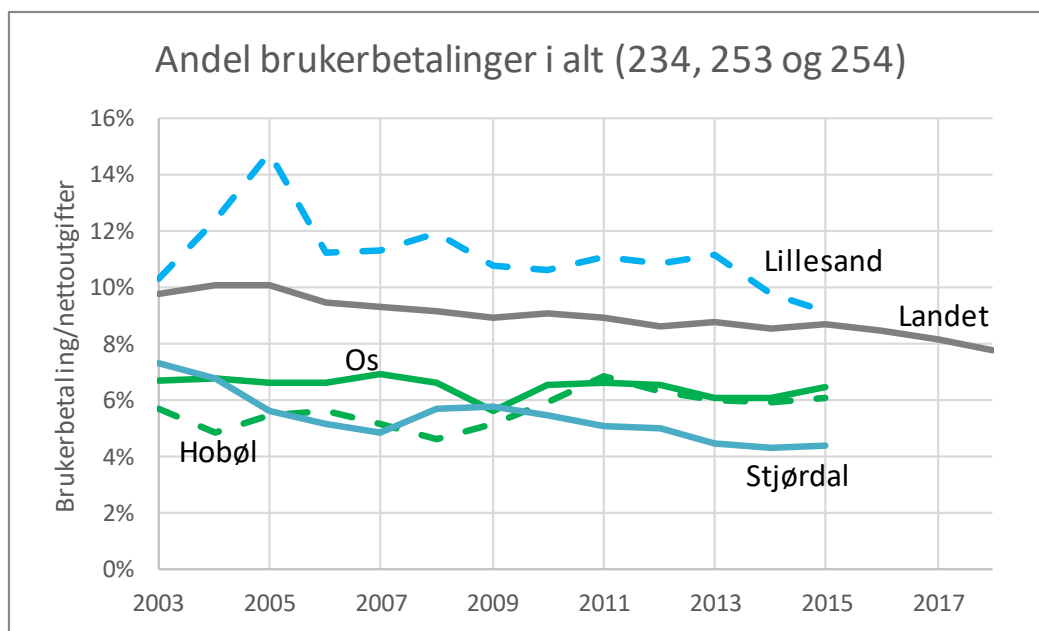
Reduksjonen i Lillesand begynte altså før deltakelsen i forsøket. Reduksjonen har skjedd for institusjon (funksjon 253). Det er mulig at rutinene for innbetaling har blitt svekket. Forklaringen kan imidlertid være feil i regnskapet som har blitt rettet opp. Vi vet altså ikke i hvilken grad reduksjonen er reell.

Reduserte brukerbetalinger blir ikke kompensert gjennom finansieringen i forsøket. Det er altså kommunene selv som bærer et eventuelt tap som følge av reduserte inntekter.

For landet som helhet utgjorde brukerbetalingene i 2018 rundt 7,8 prosent av nettoutgiftene (jf. figuren under). I perioden fra 2005 har denne andelen blitt redusert med rundt to prosentpoeng. Brukerbetalingene finansierer med andre ord en mindre del av utgiftene nå enn i starten av perioden.

Den reduserte andelen henger trolig sammen med langsiktige utviklingstrekk for pleie- og omsorgstjenestene:

- ▶ Redusert bruk av institusjon og økt bruk av hjemmetjenester. Brukerbetalingene er høyere for institusjon enn for hjemmetjenester.
- ▶ Redusert bruk av langtidsplasser og økt bruk av korttidsplasser. Brukerbetalingene er høyere for langtidsplasser enn for korttidsplassene.
- ▶ Redusert bruk av praktisk bistand og økt bruk av helsetjenester i hjemmet. Brukerbetalingene er tas for praktisk bistand, men ikke for helsetjenester i hjemmet.



Figur 6-8 Brukerbetalingenes andel av nettoutgiftene for A-kommunene (funksjon 234, 253 og 261) 2003–2018⁴⁴

I Os, Hobøl og Stjørdal utgjør brukerbetalingene en lavere andel av nettoutgiftene enn det som ellers er vanlig. Os og Stjørdal satser mer på boliger med døgnomsorg og mindre på institusjon enn det som ellers er vanlig. Brukerbetalingene for institusjon er langt høyere enn for boliger med døgnomsorg. Det er nok den viktigste forklaringen til den lave andelen i de to kommunene.

Beboerne i boligene betaler husleie. I en bolig er det vanlig med abonnementsordninger for matservering, renhold og andre fellestjenester. Vår erfaring er at det ikke er uvanlig at de samlede inntektene fra en beboer i en omsorgsbolig omtrent tilsvarer nivået på brukerbetalingene fra en pasient på et sykehjem. Det betyr altså at utgiftene for brukerne blir omtrent på samme nivå i de to løsningene, og for kommunen vil inntektene være omtrent de samme.

I Hobøl lå andelen på omtrent samme nivå som i Stjørdal. En mulig forklaring kan være at beboerne på sykehjem i Hobøl har lavere inntekt enn det som ellers er vanlig, siden betalingene på sykehjem er koblet til inntekten til den enkelte beboer. En annen forklaring kan være at rutinene for innbetaling i Hobøl ikke er så gode som i resten av landet.

I løpet av perioden fra 2002 har brukerbetalingenes betydning økt i Hobøl, slik at avstanden til landet har blitt redusert. I 2015 var forskjellen mellom landet og Hobøl på rundt to prosentpoeng.

⁴⁴ Andelene for kommunene i forsøket er ikke vist for 2016 og 2017. Grunnen er at finansieringen i forsøket gjør at nettoutgifter ikke lenger er en relevant størrelse for disse kommunene.

For Hobøl bidrar altså finansieringen i forsøket basert på nettoutgifter til rundt to prosent lavere inntekter enn en finansiering basert på bruttoutgifter.

6.7 Bruk av overskudd fra forsøket

Våre beregninger viser at forsøket har gitt alle de fire A-kommunene et betydelig overskudd. Her gir vi en nærmere beskrivelse av hvordan ekstrainntektene har blitt brukt og hva som planlegges videre. Vi gir også en oversikt over avsetning på fond per år. For en nærmere beskrivelse av dette per kommune henvises det til beskrivelsene i kapittel 4: Endringer i forsøkskommunene.

6.7.1 Investeringer og tiltak

Som beskrevet i kapittel 6.1 har forsøket medført et betydelig overskudd for flere av kommunene. Dette har gitt økonomisk handlingsrom til å prioritere ulike tiltak. Under følger en kort beskrivelse av hvordan handlingsrommet er brukt i hver kommune:

- ▶ **Hobøl:** Hobøl er kommunen med det minste overskuddet fra forsøket. Ekstrainntektene har blitt brukt til en rekke mindre tiltak i driften, som styrking av bemanning på sykehjem og i hjemmetjenesten, kompetanseutvikling, lavterskeltilbud og administrativ støtte. I tillegg måtte overskudd dekke uforutsette utgifter knyttet til en brann i vaskeriet. Det er derfor ikke avsatt midler til større investeringer.
- ▶ **Lillesand:** Lillesand har brukt ekstrainntektene fra inntektspåslaget til å finansiere en rekke prosjektstillinger og tiltak. Totalt finansieres åtte stillinger i 2019 gjennom inntektspåslaget, herunder innsatsteam (3,5 årsverk) og en velferdsteknologikordinator. Kommunen har også brukt midler på kompetansehevingstiltak, tekniske hjelpemidler, trygghetsalarmer og etablering av responsenter sammen med andre kommuner.
- ▶ **Os:** Os har hatt store inntekter fra forsøket og har i 2018 og 2019 til sammen vedtatt investeringer for ca. 50 mill. kr. De største postene har vært investeringer knyttet til nytt og gammelt sykehjem, gjennomføring av kompetanseplan, investeringer i velferdsteknologi, hjelpemidler og kartlegging/hverdagsrehabilitering.
- ▶ **Stjørdal:** Stjørdal har hatt det største overskuddet knyttet til forsøket. Per april 2019 har kommunen brukt/satt av 53 mill. kr til bygging av nytt helsehus. Kommunen har også brukt midler fra inntektspåslaget til satsing på en rekke forebyggende tjenester, kompetanseutvikling og velferdsteknologi.

6.7.2 Etablering og bruk av fond

I perioden har tilskuddene til dels vært høyere enn kommunens løpende utgifter til omsorgstjenestene. Overskuddet har blitt satt på fond, som så har blitt brukt i tråd med kravene i forsøket. Her ser vi nærmere på oppbyggingen og bruken av fond.

Helsedirektoratet (2018)⁴⁵ beskriver kravene til bruken av midler som følger:

«All utbetaling av tilskudd er øremerket omsorgstjenester omfattet av forsøket. Dersom kommunene i forsøket har ubrukte tilskuddsmidler ved utgangen av årene i forsøksperioden 2019–2022, kan midlene overføres til neste regnskapsår, til og med år 2023. Ubrukte midler etter 2023 skal tilbakebetales til Helsedirektoratet. Eventuelle ubrukte tilskuddsmidler fra første forsøksperiode 2016-2019 kan i tråd med tidligere tilskuddsregelverk overføres til 2020, og skal etter dette tilbakebetales til Helsedirektoratet»

⁴⁵ Helsedirektoratet (2018): «Regelverk for tilskuddsordning: Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.»

Kravet er at tilskuddet skal brukes til de aktuelle omsorgstjenestene i forsøket, og at dette skal gjøres innen utgangen av 2020 for den første forsøksperioden og 2023 for den andre forsøksperioden.

Tilskuddene som ikke er brukt er satt i fond med de ubrukte. Størrelsen på fondet i kommunene ved utgangen av året er vist i tabellen under. Utviklingen i fondene i løpet av et år er resultat av netto tilvekst. For til en viss grad har kommunene brukt av fondet i løpet av året.

Tabell 6-14 Fond etablert av ubrukte tilskudd i det statlige forsøket. Mill. kr ved utgangen av året. Kilde: kommunikasjon med kommunene

År	Hobøl	Lillesand	Os	Stjørdal
2016	0	0	0	0,9
2017	0	15,8	21,5	54,9
2018	4,0	13,6	28,7	76,5
2019	⁻⁴⁶	⁻⁴⁷	31,2 ⁴⁸	54,1 ⁴⁹

⁴⁶ Hobøl opplyser om at de vil bruke opp midlene i løpet av 2019

⁴⁷ Lillesand opplyser om svak reduksjon i fondet i løpet av 2019

⁴⁸ Per 1. juni 2019

⁴⁹ Per 30. april 2019

7 Gjennomgang av hypoteser

Dette kapittelet gjennomgår de ulike hypotesene som er oppstilt i kapittel 3.4, og hvilke funn som på tvers av kilder bidrar til å støtte eller avvise de ulike hypotesene. Merk at i dette kapittelet omtales effekten av forsøket i stort – altså alle deler av intervensjonen (finansieringsmodell, økte midler, krav til tildeling mv). I kapittel 8 diskuteres det hvilke deler av forsøket som har bidratt til de ulike virkningene.

7.1 Hypotese 1: Forsøket gir likere tildeling og tjenester mellom forsøkskommunene

Forsøket har sannsynligvis gitt likere tildeling og tjenester både mellom A-kommunene og innad i hver kommune. Kommunene har innført en mer likeartet måte å tildele tjenester på, og nærmer seg hverandre når det gjelder sammensetning og nivå på tjenestene. Vi tar imidlertid forbehold om at noe av effekten kan skyldes mer likeartet *koding* av tjenestene, heller enn endringer i selve tjenesten. Det er fortsatt store forskjeller i tildelingen mellom kommunene.

Som beskrevet i kapittel 3.4 er likere tildeling og tjenester mellom forsøkskommuner en sentral målsetning ved forsøket. For en mer utfyllende beskrivelse av hva vi legger i begrepet og hypotesen viser vi til kapittel 3.4.1. I kartleggingen har vi sett etter informasjon som taler for (eller mot) at tildeling eller tjenester har blitt likere mellom forsøkskommuner.

For tildeling av tjenester er det en rekke forhold ved forsøket som automatisk gir likere tildelingsprosesser på tvers av forsøkskommunene. Alle forsøkskommunene har forpliktet seg til å benytte tildelingsenhet for alle tjenester, bruker de samme verktøyene (samtaleguide mv) og har de samme kravene de må oppfylle knyttet til tildeling, rapportering mv.

Det er en rekke funn som tyder på at tjenester er blitt mer likeartet på tvers av forsøkskommunene, ved at tjenesteutmåling og kostnadsnivå blir likere:

- ▶ Gjennomsnittlig antall tildelte timer til praktisk bistand per uke var ved starten av forsøket på svært varierende nivå i A-kommunene, der to kommuner lå svært høyt, og to lå lavt i forhold til snittet for landet. I løpet av forsøksperioden har dette nivå konverget, ved at de som opprinnelig lå lavest har økt, mens de som lå høyest har redusert. Gjennomsnittet for A-kommunene har også nærmet seg gjennomsnittet for landet som helhet (fra 17,5 til 11,4 timer per bruker/uke, mot 10,6 i landet som helhet). Vi tar imidlertid forbehold om at noe forklaringen til endringen kan ny måte å kode tjenestene på som følge av finansieringsmodellen.
- ▶ Utgifter til de tre hovedtypene brukergrupper ser også ut til å bli likere. Både utgifter til personer med nedsatt funksjonsevne, og rus- og psykiske problemer har blitt likere i forsøkskommunene og konverget mot gjennomsnittsnivået i resten av landet.
- ▶ Tilsvarende har de to kommunene som før forsøket lå svært lavt i andel utgifter til institusjon (Os og Stjørdal) økt og nærmet seg de andre kommunene. Det er imidlertid sterke faktorer uten direkte sammenheng med forsøket som kan forklare mye av dette (slik som bygging av sykehjem i Os og omhjemling av omsorgsboliger til sykehjem i Stjørdal). Disse eksemplene kan være tegn på at de to kommunene hadde for lav sykehjemsdekning før forsøket begynte.

Det er også indikasjon på at tildelingspraksis blir likere innad i hver kommune:

- ▶ Informanter i flere kommuner rapporterer at det har blitt en mer likeartet måte å tildele tjenester på og mindre innslag av individuell praksis. Noe av denne effekten må imidlertid tilskrives krav om å innlemme all tjenestetildeling for alle relevante tjenester i tildelingsenheten.

- Spørreundersøkelsen underbygger det samme bildet: I tre av fire A-kommuner har det vært en markant økning i andelen som oppfatter at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester, og samtlige opplever at rutinene for tildeling har blitt mer faste og enhetlige. I øvrige kontroll- og B-kommuner er det ingen klar tendens.

Samlet sett er det mange faktorer som kan indikere at kommunene tildeler likere, og får en mer likeartet tjenestesammensetning. Enkelte av disse endringene ville trolig ha skjedd uavhengig av forsøket.

7.2 Hypotese 2: Forsøket gir riktigere behovsdekning for innbyggerne

Flere av funnene tyder på at forsøkskommunene har en grundigere og mer dialogbasert kartlegging av den enkelte brukers behov, og at tjenestene i større grad er tilpasset brukernes mål og behov. Kommunene har også hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle tjenestene. Selv om vi ikke finner vesentlige endringer i brukere og pårørendes opplevelse av tjenestene, er det likevel sannsynlig at forsøket gir riktigere behovsdekning.

Som beskrevet i kapittel 3.4 er riktigere behovsdekning for innbyggerne knyttet til både å gjøre en riktigere behovskartlegging og tildeling, og å faktisk tilby bedre tilpassede tjenester. For en mer utfyllende beskrivelse av hva vi legger i begrepet viser vi til kapittel 3.4.1.

Kommunenes evne til i større grad å fastslå hva som er et riktig behov for brukeren støttes av flere funn:

- Forsøkskommunene bruker mer tid på å gjennomføre kartlegginger av brukerne. Funnet understøttes av at årsverkstallene innenfor tildelingsenheten viser en betydelig styrking. Dette betyr at kartleggingene generelt blir grundigere enn de har vært tidligere, for eksempel ved mer utstrakt bruk av hjemmebesøk, to ansatte til å kartlegge og bruk av samtaleguide.
- Informanter i samtlige forsøkskommuner trekker fram at tilnærmingen med å vektlegge «Hva er viktig for deg?» har påvirket måten kommunen tildeler tjenester på. Dette betyr at det først fastsettes et mål for brukeren basert på kartleggingen, og at tjenestene tildeles basert på dette. Tidligere var det vanlig at brukerne søkte direkte på bestemte tjenester. Den nye tilnærmingen kan ses på som en form for kulturendring, som innebærer mer dialog der kommunen er mer bevisst på å tildele tjenester på et lavere omsorgsnivå, i tråd med BEON-prinsippet. Noen trekker fram at de går lenger i å skreddersy tjenesten til brukeren, heller enn å tildele en «standardløsning».
- Ansatte svarer i spørreundersøkelsen at brukermedvirkning har blitt styrket, og denne opplevelsen bekreftes også i intervjuene. Brukerens behov og situasjon vektlegges i større grad enn tidligere. Ansattes generelle opplevelse av tildelingsprosessen har også utviklet seg positivt i A-kommunene, sammenlignet med B-kommuner og kontrollkommuner.
- Tilsvarende viser spørreundersøkelsen markant forbedring fra 2016 til 2019 i A-kommunene knyttet til om vedtak gjenspeiler brukernes behov, om kommunen spør hva som er viktig for bruker, om det innhentes informasjon fra pårørende ved behov, og om brukermedvirkning er godt dokumentert i vedtakene.

Videre er det også enkelte funn som peker i retning av at tjenestene utvikles for å treffe ulike brukerbehov bedre:

- Satsing på forebyggende og rehabiliterende tiltak har økt i forsøksperioden. Eksempler er samtalegrupper innen rus/psykiatri og treningsgrupper med ergo/fysio i Hobøl, hverdagsmestringsteam, trygghetsambulerende team og rehabiliteringsenhet i Stjørdal, sterk utvidelse av hverdagsrehabilitering med etterbygging i Os og innsatsteam i Lillesand. Generelt er det flere informanter som melder om økt økonomisk handlingsrom til å etablere nye eller styrke eksisterende tjenester, som kanskje ikke ville blitt prioritert uten forsøket.
- Informantene trekker fram en rekke eksempler på hvordan midlene fra forsøket har blitt brukt til å finansiere ulike former for kvalitetsheving av tjenestene. Eksempler på dette kan være dagtilbudet for demente i Lillesand, styrking av mattilbudet i Hobøl, og kursing av ansatte og nye hjelpemidler i Os.

Det er imidlertid mer krevende å påvise endringer fra brukeres og pårørendes perspektiv. Brukerintervjuene som har blitt gjennomført i forsøksperioden viser ingen entydig utvikling når det gjelder opplevelsen av at brukernes behov blir bedre eller riktigere kartlagt og dekket. Dette er krevende å påvise fordi brukerne generelt har hatt høy tilfredshet med tjenesten også tidligere, og at mye av det brukeren opplever skyldes forhold som ikke berøres direkte av forsøket. Brukere som har vært gjenstand for en bredere kartlegging, slik som det legges opp til i forsøket, har imidlertid vært tilfreds med dette.

Tilsvarende er det for pårørende ingen entydig tendens. Tilbakemeldingene på kommunenes praksis har primært vært gode gjennom hele perioden. De endringene som har vært på spørsmål knyttet til blant annet brukermedvirkning, kompetanse og behovsdekning har ikke vist noen tydelig tendens, noe som kan tyde på at variasjonen er vilkårlig og skyldes andre forhold enn selve forsøket.

Alt i alt er det flere forhold som tyder på at kommunen har mer tid og evne til å kartlegge brukerens behov, og økte ressurser til å utvikle tiltak som tilfører en merverdi til den samlede tjenesteporteføljen. Alle kommunene har også etablert nye tiltak lavt i tiltakskjeden, for å øke brukers mestringsgrad og potensielt avløse mer ressurskrevende tiltak. Vi har imidlertid ikke empiri som tilsier at denne endringen gjør at brukere og pårørende opplever av tildeling og tjeneste som vesentlig forbedret, uten at dette nødvendigvis avviser hypotesen.

7.3 Hypotese 3: Forsøket gjør at kommunene prioriterer mer lønnsomme tjenester

Vi finner få tegn til at det har skjedd en systematisk vridning fra tjenester som er «ulønnsomme» for forsøkskommunene, herunder tjenester som ikke utløser statlig finansiering. Imidlertid har kommunene blitt mer bevisste på hvor mye de ulike tjenestene koster.

Som beskrevet i kapittel 3.4 er det en risiko for at finansieringsmodeller basert på enhetspriser/stykkpriser kan endre prioriteringen av hvilke tjenester som tildeles og utvikles. For å vurdere dette har vi sett på utviklingen i tjenestene, både de som finansieres av aktivitetstilskuddene og de som ikke gjør det, i tillegg til å basere oss på kvalitative intervjuer.

Et eksempel som isolert sett støtter hypotesen om vridning mot mer lønnsomme tjenester er utviklingen i helsetjenester i hjemmet kontra praktisk bistand i starten av forsøket:

- Aktivitetstilskudd for helsetjenester har økt fra 137 til 156 mill. kr. i løpet av 2017. Flere intervjuer viser til diskusjoner som har pågått mellom kommunene og Helsedirektoratet knyttet til hvordan de ulike tjenestene i hjemmet skal kategoriseres. Særlig forholdet mellom hva som er *helsetjenester i hjemmet* og hva som er *praktisk bistand* har vært diskutert, siden førstnevnte

tjeneste godtgjøres høyere gjennom finansieringsmodellen (f.eks. 566 kr kontra 437 kr per vedtakstime).⁵⁰ Disse diskusjonene reflekteres blant annet i endringer i aktivitetstilskuddene som skjedde første halvår 2018, hvor enkelte kommuner måtte omkode på bakgrunn av pålegg fra Helsedirektoratet. Selv om dette illustrerer en økt økonomisk bevissthet i kommunene rundt hvilke tjenester som gir best satser, kan det også være resultat av ulik praksis i utgangspunktet. Diskusjonen viser også at det kan være gråsoner i kategoriseringen av de ulike tjenestene som utløser aktivitetstilskudd.

- ▶ Tilsvarende har enkelte kommuner tatt opp med Helsedirektoratet at satsen for institusjonsopphold er for lav for enkelte typer ressurskrevende brukere. Siden satsene for institusjon var basert på døgnpris for brukeren (ikke arbeidet tid for kommunen) ble ressurskrevende brukere underfinansiert i finansieringsmodellen. Finansieringsmodellen har på bakgrunn av dette blitt endret med en supplerende timesats for ressurskrevende brukere, som skal brukes i kombinasjon døgnprisen⁵¹.
- ▶ Kontrollkommunene har hatt en sterk vekst i utgiftene til psykisk helse i årene 2015-2018, noe som kan skyldes blant annet økning i psykiske lidelser generelt, og flytting av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. A-kommunene har i samme periode hatt en mer moderat vekst, på linje med andre tjenester. Kontrollkommunene har altså i større grad enn A-kommunene prioritert å styrke tilbudet til de yngste brukerne. Relativt lav vekst i A-kommunene kan være fordi kommunene i forsøket ikke får økte inntekter ved en styrking av tilbudet til denne gruppen.

Samtidig er det en rekke forhold som tyder på at kommunen ikke aktivt prioriterer lønnsomme tjenester:

- ▶ Kommunene har som nevnt i kap. 7.2 bygget opp en rekke lavterskeltilbud. Mange av disse er ikke stykkprisfinansiert men finansieres gjennom rundsumtilskuddet, som ligger fast uavhengig av tjenestenivå.
- ▶ Kommunen har samlet sett hatt en økning i bruttoutgifter som overstiger endring i aktivitetstilskudd. Denne differansen var på 4,5 prosent i snitt for kommunene i 2018 (som er det eneste året vi har grunnlag for denne sammenligningen). Det betyr at veksten i aktivitet ikke holder samme tempo som vekst i utgifter.⁵² I prinsippet skulle man forventet motsatt effekt dersom kommunene ønsket å generere overskudd fra finansieringsmodellen: økt aktivitet med lavere kostnad per aktivitet.
- ▶ Informanter ved tildelingskontoret trekker fram at de ikke lar økonomiske hensyn avgjøre hvilke tjenester brukeren får. Imidlertid trekker enkelte fram det økte økonomiske handlingsrommet som et middel for å gi mer tilpassede tjenester.

På bakgrunn av den informasjonen vi har er det ikke grunnlag for å hevde at det har skjedd en vridning mot «lønnsomme» tjenester i forsøkskommunene.

7.4 Hypotese 4: Forsøket gir høyere utgifter for kommunen

Kommunene har jevnt over hatt økte utgifter i forsøksperioden, men med stor variasjon mellom kommunene. Stjørdal og Hobøl har hatt en beskjeden kostnadsvekst, mens økningen har vært betydelig i Lillesand og Os. Mye av

⁵⁰ Forutsatt dagtid i bolig, praktisk bistand til daglige gjøremål. Kilde: Finansieringsmodell for forsøket: https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester/Finansieringsmodell%20for%20omsorgstjenester.pdf/_attachment/inline/cfd94cfe-701b-495c-939c-398eac62e41a:4658ad3583a17bbee5ba3d019e2aed4881c11fd9/Finansieringsmodell%20for%20omsorgstjenester.pdf

⁵¹ Finansieringsmodell for omsorgstjenester utgitt av Helsedirektoratet desember 2018. Kap. 7.2.1 Særskilt behov for beboere i institusjon.

⁵² Det bemerkes at kommunene likevel ikke går i underskudd som følge av dette, blant annet på grunn av inntektspåslag, rundsumtilskudd og differanse mellom aktivitetstilskudd og egne kostnader.

kostnadsveksten skyldes trolig økning i behovet. Ingen av kommunene ser ut til å ha tildelt tjenester mer generøst, men enhetskostnadene ser ut til å øke flere steder.

Som beskrevet i kapittel 3.4 er det en risiko for at utgiftene øker når kommunene får aktivitetene dekket av staten framfor å måtte finansiere dem selv. Teoretisk burde en slik kostnadsøkning skje gjennom økt aktivitet, siden hver aktivitet generer inntekter i finansieringsmodellen.

I teorien stimulerer aktivitetsbasert finansiering også til effektiv drift, siden kommunene selv får beholde gevinsten slik drift innebærer. I forsøket motvirkes denne effekten av kravet om at midlene skal brukes opp i løpet av tiden forsøket varer. I tillegg har kommunene fått et inntekstpåslag på 4 prosent, som skal brukes på pleie- og omsorgstjenester. Bruken av dette tilskuddet vil derfor også påvirke utviklingen i kostnadene.

Det er flere funn som bidrar til å understøtte hypotesen om at forsøket øker kommunenes kostnader:

- ▶ Som nevnt i kap. 7.3 har kommunene hatt en økning i bruttoutgifter som overstiger endring i aktivitet, noe som tyder på at enhetskostnadene øker. Utviklingen kan være et resultat av kravet om at midlene skal bruke opp i løpet av perioden, og at kommunene legger mindre vekt på økonomistyring enn før. Økningen i bruttoutgifter per oppholdsdøgn på institusjon vært høyere enn landssnittet for tre av fire A-kommuner (unntatt Stjørdal). Både Os og Lillesand lå betydelig over landssnittet og fortsetter å øke. Økningen av bruttoutgifter per oppholdsdøgn forklares på flere måter. Lillesand trekker fram høy bemanning, Hobøl viser til en rekke kvalitetshevede tiltak, mens Os viser til åpningen av Luranetunet og det at de har et stort overskudd gjennom forsøket som må brukes opp på kompetanseheving, hjelpemidler mv.
- ▶ De totale (ukorrigerede) bruttoutgiftene har økt med 26 prosent i A-kommunene fra 2015 til 2018, fra 1050 til 1318 mill.kr. Veksten har vært størst i gruppene personer med nedsatt funksjonsevne under 18 år (37 prosent) og for samtlige tjenestekategorier for eldre (institusjon 28 prosent, bolig med døgnomsorg 26 prosent og hjemmetjenester 27 prosent). Sammenligner man med de seks kontrollkommunene, har de imidlertid hatt en nesten tilsvarende vekst i sine bruttoutgifter i den samme perioden (24 prosent). Os har hatt den klart største veksten med 39 prosent.
- ▶ Bruker man kriteriene for pleie og omsorg i det statlige inntektssystemet som indikator for utvikling i behov, har alle A-kommunene hatt en betydelig årlig vekst i behov. Os og Lillesand har imidlertid hatt en vekst i mottatte aktivitetstilskudd som overstiger behovsøkningen med en differanse på hhv. 6,2 og 1,5 prosent i perioden 2018-2019. For Stjørdal og Hobøl har utviklingen gått motsatt vei.
- ▶ Et underkommunisert forhold ved forsøket er effekten det har på øvrige kommunale sektorer. Disse har fått gevinster på flere måter.
 - Som beskrevet i kap. 6.2 har beregningsmetodikken for uttrekket gitt gunstige effekter for de delene av kommunen som ikke er med i forsøket (dvs. alle sektorer unntatt pleie og omsorg).
 - Samtidig finnes det eksempler på at kommunene gjennom interne kostnadsfordelingsmekanismer indirekte overfører midler til de andre sektorene. Hvis kommunene ikke er bevisst på disse mekanismene er det en risiko for et forbruk i resten av kommunen som ikke er bærekraftig etter forsøket.
- ▶ Informanter i tre av fire A-kommuner (ikke Stjørdal) trekker fram ulike eksempler på at det er lettere å bruke penger når kommunen deltar i forsøket. Informantene uttrykker en opplevelse av at budsjettene ikke er like stramme og at det er derfor økt handlingsrom til for eksempel å sette i gang lavterskeltiltak, bruke vikarer, dra på kurs og kjøpe nytt utstyr framfor å bruke gammelt.

Det er også flere forhold som tyder på at forsøket ikke har medført et høyere aktivitets- eller utgiftsnivå enn det kommunen ellers ville hatt:

- ▶ Ser man på andelen innbyggere over 80 år som hhv. mottar hjemmetjenester og er beboere på institusjon, er trenden omtrent som resten av landet. Andelen med hjemmetjenester er redusert fra 33,3 prosent i 2015 til 32,9 prosent i 2018, og på institusjon fra 10,1 prosent i 2015 til 8,9 prosent i 2018. En mulig forklaring kan være et resultat av at tildelingen fører til at flere klarer seg selv. Reduksjonen er imidlertid tilsvarende det som gjelder for landet som sådan, og kan henge sammen med større demografiske endringer og endringer i tildelingspraksis også i resten av landet.
- ▶ Flere trekker fram at bedre kartlegging, mer ressurser til lavterskeltiltak og hverdagsrehabilitering, og bedre styring av tjenestene har gjort kommunene bedre i stand til å levere tjenester på lavere omsorgsnivå enn de ellers ville ha gjort. Det vises her til tiltakene innen blant annet hverdagsrehabilitering som er nevnt i kap. 7.2.
- ▶ Svært mange informanter i kommunene uttrykker bevissthet knyttet til at forsøket en dag skal avsluttes, og at kommunen da ikke må ha lagt seg på tjenestenivå som det blir umulig å opprettholde uten statlig finansiering. Slik sett er det logisk at kommunene har vært tilbakeholdne med å ikke gi for mange og kostbare tjenester.

Ser man de fire A-kommunene under ett, er det ikke grunnlag for å fastslå at kommunenes utgifter har økt uforholdsmessig mye som følge av forsøket, siden utgiftsveksten i stor grad begrunnet i demografien i kommunen og overskudd som må brukes opp. Informantene i kommunene har i hele perioden vært ytret at kommunen må kunne håndtere situasjonen etter forsøket, noe som trolig har lagt en demper på den potensielle veksten.

Det skal bemerkes at flere av kommunene har hatt betydelig overskudd fra forsøket (økte utgifter for staten), men disse har i stor grad blitt satt på fond eller investert ulike tiltak slik som institusjonslokaler, velferdsteknologi, kompetanseheving mv., som bare i begrenset grad inngår i kostnadsbildet som presenteres her.

7.5 Hypotese 5: Forsøket har økt kommunens kompetanse

Alle kommunene har økt sin kompetanse gjennom deltagelsen i forsøket. Særlig tildelingsenhetene har blitt mer tverrfaglige, samarbeider tettere med tjeneste- og økonomienheter, og arbeider mer systematisk med brukermedvirkning, kartlegging og vedtak. Kommunene har satt i gang betydelige satsinger innen kompetanseutvikling, forebygging og velferdsteknologi.

Som beskrevet i kapittel 3.4 har A-kommunene gått gjennom et omfattende læringsopplegg, hvor særlig kompetanse innen tjenestetildeling har stått sentralt. Svært mange informanter trekker fram læringseffektene av forsøket som den viktigste effekten.

Det er mange funn som trekker i retning av at kommunens kompetanse har økt:

- ▶ Ansatte som er involvert i tildeling av tjenester (enten i tildelings- eller utførerenhet) trekker fram at tildelingsenheten generelt har fått bedre og mer tverrfaglig kompetanse, og samhandler bedre med andre utførerenhetene. Dette bekreftes i spørreundersøkelsen hvor det er markant forbedring i A-kommunene fra 2016 til 2019 når det gjelder:
 - Hvorvidt det benyttes riktig og tilstrekkelig fagkompetanse inn i tildelingsprosessen
 - Hvorvidt det benyttes tverrfaglig kompetanse inn i tildelingen
 - Hvorvidt det er avsatt tilstrekkelige ressurser til tildeling av tjenester
- ▶ Kapasiteten innen tjenestetildeling har økt i Os og Stjørdal. Medregnet prosjektstillinger i forsøket har de fire kommunene økt kapasiteten i tildelingsenhetene med til sammen 7,6

årsverk, dvs. en prosentvis økning på 32 prosent. Ved innledningen av forsøket ansatte kommunene kompetanse de hittil hadde manglet, f.eks. ergoterapeut.

- ▶ Os, Stjørdal og Lillesand har igangsatt eller trappet opp eksisterende satsinger innen velferdsteknologi. Midlene fra forsøket trekkes fram som avgjørende for dette.
- ▶ Kommunene har satt av midler til kompetanseheving i form av kurs, seminarer, videreutdanning mv. Kommunene varierer imidlertid når det gjelder hvor systematisk kompetansesatsingen er.
- ▶ Informanter fra kommunenes økonomienheter trekker fram at de har fått langt større innsikt i pleie- og omsorgssektoren enn de har hatt tidligere. Tilsvarende rapporterer informanter fra pleie- og omsorgstjenesten at de har fått økt innsikt i økonomien knyttet til tjenestene.
- ▶ Flere informanter innen tildeling trekker fram at vedtakene har blitt bedre på flere områder: forvaltningsfaglig kvalitet på vedtakene, klart språk i vedtakene og tydeligere målsetninger for brukeren. Selv om det var generell styrking av vedtakene på de fleste områder, var det flere typer vedtak hvor det i praksis ikke hadde skjedd store endringer. De største forbedringene var knyttet til dokumentert brukermedvirkning og tydeligere språk. Imidlertid manglet ca. en tredjedel av vedtakene individuell begrunnelse og dokumenterte mål for brukeren.

7.6 Hypotese 6: Forsøket styrker kommunenes styring av tjenestene

Forsøket har gitt kommunene et langt bedre styringsgrunnlag enn tidligere med løpende oversikt over tjenester, og mulighet for å i større grad analysere egne data. Det er imidlertid flere tegn på at kostnadskontrollen i driften har blitt løsere i noen av kommunene.

Kommunekapitlene beskriver kommunenes arbeid innledningsvis med å tilpasse seg til finansieringsmodellen som ligger til grunn i forsøket. Et sentralt spørsmål er hvorvidt dette har ført til en bedre styring av tjenestene.

Det er flere funn som peker i retning av at forsøket har gitt kommunen mulighet for økt styring av tjenestene:

- ▶ Mange informanter har trukket fram at arbeidet som ble gjort i innledningen av forsøket har vært viktig for at kommunen skulle forstå egne tjenester. Denne jobben innebar blant annet en gjennomgang av alle gjeldende vedtak og omkoding av disse. Flere beskriver dette som en jobb som aldri ville blitt prioritert hvis ikke man var i forsøket, men som viste seg å gi stor verdi.
- ▶ Informanter på leder- og økonominivå trekker fram at de har fått bedre oversikt over pleie- og omsorgstjenestene enn de hadde tidligere. Dette gjør det lettere å gjøre prioriteringer siden man har tydeligere fakta knyttet til hvor mye ressurser tjenestene bruker. Ansatte i de ulike utførelsenhetene trekker også fram dette som positivt siden de nå kan underbygge behovene de har med tall og fakta.
- ▶ Kommunene bruker mer tid enn tidligere på å kontrollere at vedtakene er riktige, og sørger for at disse oppdateres løpende ved endringer i tjenesten. Enkelte av kommunene (f.eks. Os) har egne rapporter for å kontrollere vedtak (og aktivitetstilskudd) opp mot tilgjengelige årsverk, for å sikre samsvar mellom vedtatte og faktisk utførte tjenester.
- ▶ Det er eksempler fra forsøkskommunene på at bedre datagrunnlag og bevissthet rundt økonomien i tjenestene har ført til økt analysekapasitet. Eksempelvis har Os kommune utviklet en modell for å sammenligne de langsiktige kostnadene ved hverdagsrehabilitering kontra institusjon.

Det er imidlertid enkelte forhold som tyder på at økonomistyringen på noen områder har blitt svekket:

- ▶ Ledere i utførerenheter i hhv. Os og Lillesand opplever mindre kontroll over eget budsjett enn tidligere, og at budsjettene i praksis blir «mykere». Utførerenhetene har i praksis mindre krav om å følge budsjettene sine, siden budsjettene de blir tildelt ved starten av året i praksis ikke er reelle (fordi det kommer nye brukere som genererer inntekter for kommunen). Det brukes også mindre tid på budsjetter enn tidligere.
- ▶ Flere informanter har gitt uttrykk for at pengene som har fulgt med forsøket har gitt en rausere holdning til det å bruke penger.
- ▶ Enhetskostnadene har økt i flere deler av tjenesten i Hobøl, Lillesand og Os. Selv om dette kan skyldes flere forhold, kan det også være en konsekvens av svakere styring og kostnadskontroll.

8 Oppsummering og vurdering

Dette kapittelet oppsummerer effektene av forsøket, og vurderer hvilke deler av forsøket som har forårsaket disse effektene. Videre gjøres det en vurdering av læringspunkter, både i fortsettelsen av forsøket og for andre kommuner. Til slutt vurderes det i hvilken grad funnene kan generaliseres til et tenkt tilfelle der modellen som er anvendt i forsøket gjøres til en nasjonal permanent ordning.

8.1 Hvilke effekter har forsøket hatt?

Effektene av forsøket er analysert i kapittel 7, hvor hypotesene testes systematisk opp mot de ulike delene av datagrunnlaget. Oppsummert viser denne gjennomgangen:

- ▶ **Likere tildeling og tjenester.** Forsøket har sannsynligvis gitt likere tildeling og tjenester både mellom A-kommunene og innad i hver kommune. Kommunene har innført en mer likeartet måte å tildele tjenester på, og nærmer seg hverandre når det gjelder sammensetning og nivå på tjenestene. Vi tar imidlertid forbehold om at noe av effekten kan skyldes mer likeartet *koding* av tjenestene, heller enn endringer i selve tjenesten. Det er fortsatt store forskjeller i tildelingen mellom kommunene.
- ▶ **Riktigere behovsdekning.** Flere av funnene tyder på at forsøkskommunene har en grundigere og mer dialogbasert kartlegging av den enkelte brukers behov, og at tjenestene i større grad er tilpasset brukernes mål og behov. Kommunene har også hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle tjenestene. Selv om vi ikke finner vesentlige endringer i brukere og pårørendes opplevelse av tjenestene, er det likevel sannsynlig at forsøket gir riktigere behovsdekning.
- ▶ **Ingen systematisk prioritering av lønnsomme tjenester.** Vi finner få tegn til at det har skjedd en systematisk vridning fra tjenester som er «ulønnsomme» for forsøkskommunene, herunder tjenester som ikke utløser statlig finansiering. Imidlertid har kommunene blitt mer bevisste på hvor mye de ulike tjenestene koster.
- ▶ **Utgiftsvekst, men store variasjoner mellom kommunene.** Kommunene har jevnt over hatt økte utgifter i forsøksperioden, men med stor variasjon mellom kommunene. Stjørdal og Hobøl har hatt en beskjeden kostnadsvekst, mens økningen har vært betydelig i Lillesand og Os. Mye av kostnadsveksten skyldes trolig økning i behovet. Ingen av kommunene ser ut til å ha tildelt tjenester mer generøst, men enhetskostnadene ser ut til å øke flere steder.
- ▶ **Styrket kompetanse i kommunene.** Alle kommunene har økt sin kompetanse gjennom deltagelsen i forsøket. Særlig tildelingsenhetene har blitt mer tverrfaglige, samarbeider tettere med tjeneste- og økonomienheter, og arbeider mer systematisk med brukarmedvirkning, kartlegging og vedtak. Kommunene har satt i gang betydelige satsinger innen kompetanseutvikling, forebygging og velferdsteknologi.
- ▶ **Bedre styringsgrunnlag, men mindre kostnadskontroll.** Forsøket har gitt kommunene et langt bedre styringsgrunnlag enn tidligere med løpende oversikt over tjenester, og mulighet for å i større grad analysere egne data. Det er imidlertid flere tegn på at kostnadskontrollen i driften har blitt løsere i noen av kommunene.

8.2 Hvilke deler av forsøket kan forklare effektene?

Det er svært viktig å understreke at forsøket består av flere ulike elementer. For en fullstendig beskrivelse av forsøksopplegget vises det til kapittel 2: Bakgrunn. I Tabell 8-1 presenteres det en forenklet oppsummering av hvilke effekter vi vurderer kan tilskrives hvilke deler av forsøket, basert på avsnittene ovenfor. Begrunnelsen for våre vurderinger utdypes i de neste avsnittene.

Tabell 8-1 Vår vurdering av hvilke deler av forsøket (intervensjoner) som forklarer ulike funn

Funn / intervensjon	Innretning av finansieringsmodell	Økte rammer pga. finansieringsmodell	Krav til tildelingen	Kompetanseutvikling
Likere tildeling og tjenester	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt	Stor effekt
Riktigere behovsdekning	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt
Ingen systematisk prioritering av lønnsomme tjenester	Liten/ingen effekt	Stor effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt
Utgiftsvekst (noen kommuner)	Liten/ingen effekt	Stor effekt	Liten/ingen effekt	Liten/ingen effekt
Styrket kompetanse i kommunen	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt
Bedre styringsgrunnlag	Stor effekt	Liten effekt	Middels/stor effekt	Middels/stor effekt

8.2.1 Hvilke intervensjoner består forsøket av?

Slik vi vurderer det består intervensjonen som forsøket utgjør av følgende fire deler:

- ▶ **Endret finansieringsmodell.** Helse- og omsorgstjenester i A-kommuner har i stor grad blitt finansiert gjennom enhetspriser for ulike tjenester, mens B-kommuner har fått et tilskudd fra staten som utgjør en budsjetttramme for disse tjenestene. Dette har erstattet kommunens tidligere utgifter til helse og omsorg. Begge modeller har inkludert et inntekstpåslag på 4 prosent. For analysens del opererer vi med to separate effekter av finansieringsmodellen:
 - **1. Innretning av finansieringsmodell.** Ved å (delvis) finansiere tjenestene gjennom enhetspriser vil de økonomiske insentivene til hvilke tjenester man tildeler og hvordan tjenestene utformes, endre seg.
 - **2. Økte økonomiske rammer.** Finansieringsmodellen har fungert slik at den gjennomgående har gitt forsøkskommunene økte økonomiske rammer. Overskuddene som er generert har ikke kunnet brukes i andre sektorer. Dette kan ha konsekvenser som potensielt er ulike fra konsekvensene som følger av endret insentivstruktur.
- ▶ **3. Krav til tildelingsprosessen.** A-kommuner har måttet tilfredsstille en rekke krav til tildeling av tjenester, og de har fått nye verktøy å bruke i dette arbeidet. B-kommunene har ikke hatt tilsvarende krav.
- ▶ **4. Kompetanseutvikling.** Kommunene – spesielt A-kommunene – har tatt del i en kompetanse- og utviklingsprosess. De har blant annet deltatt på en rekke samlinger og arbeidet målrettet med IT-systemer, maler, rapportering, saksbehandlingspraksis mv. i samarbeid med Helsedirektoratet.

Ettersom forsøket består av flere intervensjoner er det interessant å drøfte hvilke av disse som faktisk har ført til de observerte effektene i kommunene.

8.2.2 Hva kan forklare likere tildeling og tjenester?

Den økte likheten som er observert med tanke på tildeling og tjenester skyldes etter vår vurdering først og fremst at kommunene har fått innsikt og kompetanse om egne tjenester. Dette er sannsynlig siden kommunene gjennom forsøket har fått presentert egne tjenester på en helt ny måte, og lært av de andre kommunene (gjennom samlinger, erfaringsutveksling mv.). Kommuner med avvikende resultater på noen områder (f.eks. høyt nivå på praktisk bistand) kan i så fall ha justert tjenestene basert på denne kunnskapen.

Videre har forsøkskommunene hatt en rekke krav til tildelingsprosessen, blant annet at alle tjenester skal tildeles av tildelingsenheten, at bestemte verktøy (samtaleguide, søknadsskjema mv) skal benyttes og at samsvar mellom vedtak og tjenester kontrolleres tettere.

Handlingsrommet som følger av økte økonomiske rammer kan også være en medvirkende årsak. Kommunene har gjennom forsøket hatt anledning til å styrke kapasiteten innen tjenestetildeling og til å utvikle tjenester og tiltak de ellers ikke ville ha mulighet til.

8.2.3 Hva kan forklare riktigere behovsdekning?

Vi mener at styrkingen av tildelingsfunksjonen er den viktigste grunnen til riktigere behovsdekning. Styrkingen består av en kombinasjon av kompetansehevede tiltak, tydelige krav til arbeidsmetodikk og styrking av kapasiteten innen tildeling. Det er dermed i hovedsak de samme elementene i forsøket som har bidratt både til likere tildeling og riktigere behovsdekning. I tillegg kommer at den statlige finansieringen gjennom stykkpriser trolig har gitt tildelingsenhetene sterkere gjennomslagskraft.

Videre har kommunene hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle tjenester som utvider kommunenes tjenestetilbud, f.eks. nye tiltak innen forebygging og hverdagsrehabilitering.

8.2.4 Hva kan forklare at kommunene ikke systematisk prioritering av lønnsomme tjenester?

Vår vurdering er at kommunene i liten grad har brukt alle mulighetene som stykkprisfinansieringen gir til å styrke kommunens økonomi, men i hovedsak har innrettet tjenestetilbudet ut fra brukernes behov. Dette kan ha sammenheng med at de samlede økonomiske rammene som følger av forsøket har vært relativt rause og at overskuddene i A-kommunenes helse- og omsorgssektor ikke har kunnet anvendes i andre sektorer. Strategiene som har ligget til grunn for tjenesteutvikling og prioritering har i større grad vært preget av at kommunene har ønsket å investere i langsiktige tiltak innen forsøket avsluttes (og overskuddet bortfaller).

Imidlertid kan det se ut som kommunene har blitt mer bevisste på hvilke tjenester som er lønnsomme og ikke, og at dette har ført til diskusjoner med Helsedirektoratet rundt hvordan ulike tjenester skal defineres og prises.

8.2.5 Hva kan forklare utgiftsvekst i noen av forsøkskommune

Vår vurdering er at det er vanskelig å knytte utgiftsveksten som er observert i noen av kommunene til mekanismene i stykkprismodellen. Grunnen til det er at det først og fremst er enhetskostnadene som øker, mens aktivitetsnivået holder seg mer stabilt. Utgiftsveksten kan langt på vei forklares ut fra endringer i demografi/behov, og at det gjøres en del tiltak og investeringer finansiert av forsøksmidlene.

De økte rammene som følger med forsøket kan også ha bidratt til mindre kostnadskontroll i noen av kommunene.

8.2.6 Hva kan forklare styrket kompetanse i kommunene?

Vår vurdering er at kompetansehevingen som har skjedd i kommunene kan forklares dels ut fra alle impulsene som har kommet gjennom forsøket, dels ut fra nye krav og verktøy som kommunen har vært pålagt å bruke, og dels gjennom at kommunene har hatt økt handlingsrom til å styrke bemanning (både fast og prosjektstillinger).

8.2.7 Hva kan forklare bedre styringsgrunnlag?

Vår vurdering er at bedre styringsgrunnlag er den viktigste effekten av finansieringsmodellen. Som beskrevet har kommunene blitt bedre til å fatte vedtak, blant annet gjennom at de kodes riktig, revurderes hyppigere og i større grad kontrolleres mot det som faktisk utføres av tjenester. Dette har gitt kommunene langt bedre oversikt over egne tjenester og kostnader forbundet med disse.

Økonomiavdelingene har fått en mye tydeligere rolle inn i pleie- og omsorgssektoren enn de hadde tidligere. Alle A-kommunene framhever dette som et krevende arbeid, men mener det gir store positive effekter når det først er på plass. Det å gå gjennom samtlige vedtak, arbeide målrettet med datakvalitet og integrere tjenestene så tett mot økonomistyringen er et tungt administrativt løft som det er vanskelig for en kommune å gjennomføre. Vår vurdering er at slike typer oppgaver sjelden blir prioritert i kommunen fordi man da må sette av store ressurser til administrativt arbeid framfor mer brukernære tiltak. Det krever også ekspertise og samarbeid med andre. Finansieringsmodellen har imidlertid gjort det helt nødvendig å prioritere dette, siden riktig vedtakspraksis og rapportering er en forutsetning for kommunens inntekter. I motsetning til de mer brukernære delene av tildelingsprosessen mener vi derfor at denne effekten ville vært vanskeligere å oppnå uten en aktivitetsbasert finansieringsmodell tilsvarende den som benyttes i forsøket.

Det skal samtidig legges til at denne effekten også har vært betinget av de ekstra ressursene kommunene har fått for å komme i gang, og av kompetansehevingen som har kommet til underveis.

8.3 I hvilken grad kan effektene av forsøket generaliseres?

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

8.3.1 Lavt antall deltakerkommuner

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

8.3.2 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.

8.3.3 Tidsavgrensning

Kommunene som deltar i forsøket har i forsøksperioden vært innstilt på at forsøket skulle avsluttes i 2019, og at kommunens helse- og omsorgssektor da skulle gå tilbake til ordinær ramme-finansiering over kommunens budsjetter. Dette har høyst sannsynlig medført at kommunene har vært 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, som har vært svært bevisste på denne problematikken. Effekter som kan påvises i en midlertidig kontekst, er derfor ikke nødvendigvis gyldige i permanent kontekst.

Tidsavgrensningen har også en tilleggsdimensjon gjennom at midlene kommunen tilegner seg gjennom forsøket må brukes innen en viss periode. Dette betyr at kommunen må gjøre investeringer for å bruke opp overskuddet allerede i forsøksperioden. En av hovedforklaringene til at enhetskostnadene øker kan være at kommunene må bruke betydelige midler på investeringer nå, for å unngå å måtte tilbakeføre midlene ved forsøkets slutt.

8.3.4 Kompetanse- og oppmerksomhetseffekter

Kommunene som deltar i forsøket har ikke bare implementert en finansieringsmodell og et rammeverk for tildeling. De har også vært gjenstand for betydelig oppmerksomhet fra Helse-direktoratet, media, evaluator, politikere osv.⁵³ De har også vært del av en læringsprosess hvor de har deltatt på samlinger, hatt jevn dialog med Helsedirektoratet og andre kommuner, og hvor de har blitt stilt krav til i form av rapportering mv. Sannsynligvis ville verken oppmerksomheten eller det intensive læringsopplegget oppstått på samme måte dersom modellen(e) i forsøket hadde blitt implementert i stor skala.

8.3.5 Utgiftsnivå for staten

Som beskrevet blant annet i kapittel 6.1 har finansieringen av forsøket utgjort en betydelig kostnad for statens del. Tabell 6-4 viser den økonomiske gevinsten kommunen har hatt.

Finansieringsmodellen som har vært benyttet i forsøket kan derfor beskrives som raus. Det må understrekes at effektene som er påvist så langt i forsøket kunne sett annerledes ut dersom kommunens tilskudd gjennom finansieringsmodellen lå nærmere det opprinnelige forbruket til kommunen. Generaliserbarheten til forsøket vil med andre ord bero på om et tilsvarende tilskuddsnivå vil være realistisk ved en oppskalering av forsøket.

I prinsippet vil noen kommuner også kunne ha så høye egne enhetskostnader at forsøket vil gi underskudd. Resultatene ville trolig vært annerledes for kommuner som ikke har overskuddet som kommunene i forsøket har hatt.

⁵³ Effekten av selve oppmerksomheten som følger av det å bli observert omtales ofte som Hawthorne-effekten.

8.4 Hva har vi lært av forsøket så langt?

Selv om forsøkets overføringsverdi til en nasjonal, permanent ordning er relativt begrenset, har forsøket så langt brakt fram mye nyttig kunnskap for kommuner, statlige myndigheter og deltagere i det videre forsøket. Disse omtales kort nedenfor.

Finansieringsmodellen

Innføring av en finansieringsmodell basert på enhetspriser innen kommunale pleie- og omsorgstjenester har vist seg å være gjennomførbart, og verdifulle erfaringer har blitt gjort fra forsøket begynte.

- ▶ Forsøket har tydeliggjort en del avgrensninger som må defineres nærmere for at modellen skal kunne praktiseres, for eksempel avgrensning av praktisk bistand kontra helsetjenester i hjemmet. Videre har den fått fram enkeltkomponenter som kan slå uheldig ut, for eksempel når oppholdsdøgn ved institusjon ikke dekker kostnadene forbundet med ressurskrevende brukere.
- ▶ Forsøket har også fått fram mer kunnskap knyttet til hvilke satser som er realistiske for kommunene å operere under, og hvilke forhold i kommunen som eventuelt påvirker kommunens interne kostnader (f.eks. boligstruktur eller reiseavstand).
- ▶ Videre har forsøket satt lys på noen sentrale utfordringer knyttet til å erstatte én statlig finansieringsmodell med en annen. Mekanismene som har blitt benyttet for å gjøre uttrekkene fra det statlige rammetilskuddet har hatt noen uintenderte konsekvenser knyttet til stor demografisk vekst. Finansieringsmodellen kunne med fordel også vært bedre koordinert med tanke på forhold til tilskuddet for ressurskrevende brukere.
- ▶ B-modellen, som i praksis innebar en ren øremerking av midler til pleie- og omsorg, hadde i praksis ingen effekt på kommunene - utover inntektspåslaget. Dette var i sterk kontrast til A-modellen. Dette illustrerer at strukturelle endringer (som f.eks. finansiering) bør ses i tettere sammenheng med blant annet kompetanse, arbeidsmetodikk og kultur.

Tildelingspraksis og brukermedvirkning

- ▶ Mye av forsøket har vært rettet mot arbeidet med tjenestetildeling i kommunene, og framhevet viktigheten av denne funksjonen. Kommunene har hatt en unik mulighet til å jobbe målrettet med brukermedvirkning og det å sette brukerens behov i sentrum. Selv om dette er tematikk som også er tilstede i andre kommuner, har forsøkskommunene fått en unik mulighet – gjennom økte ressurser og samhandling med andre – til å profesjonalisere dette arbeidet.
- ▶ Kommunene har tatt i bruk nye verktøy (samtaleguide, nytt søknadsskjema) som har gitt stor merverdi i arbeidet. Mange trekker fram at de vil benytte dette videre også når forsøket avsluttes. Enkelte av kontrollkommunene har tatt i bruk verktøy fra forsøket på eget initiativ for å forbedre egen praksis.

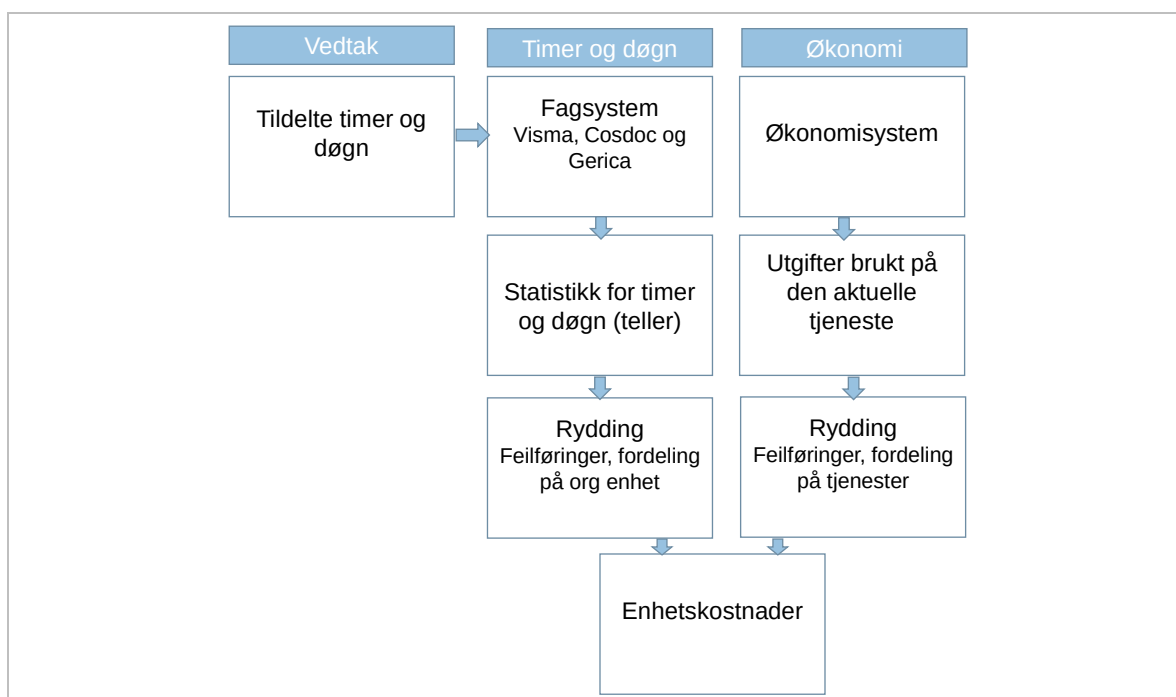
Vedtak og styring

- ▶ Kommunene arbeidet siden oppstarten av forsøket med å få orden på vedtakene. Dette var en møysommelig jobb som krevde revurdering av gamle vedtak, omkodning og systematisering. Resultatet av dette ble en helt annen oversikt over tjenestene enn det som hittil hadde være tilfelle, siden vedtakene nå ga et riktig bilde av tjenesten. Ny kunnskap om hvordan tjenestene og økonomien henger sammen har styrket samarbeidet mellom de ulike delene av kommunene, og gjort kommunene bedre i stand til å analysere og forbedre egne tjenester. Selv om opprydding av vedtak var et omfattende arbeid som ikke er brukernært, er de fleste informanter enige om at arbeidet ville vært regningssvarende også hvis de ikke var en del av forsøket.
- ▶ Tallene på aktivitetstilskudd som kommunene rapporterer til Helsedirektoratet er et relativt godt mål på hva som ytes av ulike tjenester i kommunen. Disse dataene er høyst sannsynlig mer presise enn en rekke landsdekkende kilder på kommunale pleie- og omsorgstjenester, slik som KOSTRA og Iplos/KPR. Sammenligning av disse datakildene kan derfor være viktig for å avdekke feil i KOSTRA og Iplos. Se en nærmere beskrivelse av dette i Vedlegg 1.

VEDLEGG 1 – Erfaringer ved bruk av ulike datakilder

Dette vedlegget inneholder noen erfaringer som vi har gjort oss knyttet til datakvalitet og samsvar mellom ulike datakilder.

Underveis har vi strevd mer enn vi trodde på forhånd med å etablere et datagrunnlag med god kvalitet. Enhetskostnadene blir beregnet ved å dividere utgiftene på timer eller døgn som brukerne har mottatt. Vi har erfart at kvaliteten for dataene ikke er så god som ønsket verken for telleren eller nevneren i denne brøken. I det følgende vil vi oppsummere våre erfaringer med å etablere data med tilfredsstillende kvalitet. Vårt arbeid med å beregne enhetskostnader er illustrert i figuren under.



Figur 8.1 Illustrasjon av arbeidet med å beregne enhetskostnader i kommunene

Enhetskostnadene blir beregnet som en brøk med nettoutgiftene i telleren og timer eller døgn for de aktuelle tjenestene i nevneren. For å etablere data av tilfredsstillende kvalitet har det vært nødvendig med en betydelig «rydding» av dataene både i telleren og nevneren. «Ryddingen» blir nærmere kommentert i det følgende:

- ▶ **Koble utgifter og tildelte timer/døgn:** For å beregne enhetskostnader har det vært nødvendig å koble opplysninger fra fagsystemet og økonomisystemet. Deltakelse i forsøket krever ikke en slik kobling. En vellykket kobling er blant annet avhengig av en hensiktsmessig kontoplan.
- ▶ **Feil KOSTRA-funksjon:** I Selbu har det ikke vært ført utgifter på aktivisering. Kommunen har ført utgiftene til aktivisering dels på hjemmetjenester (funksjon 254) og dels på institusjonstjenester (funksjon 253).
- ▶ **Riktig grenseoppgang mellom tjenester:** Selbu har til nå verken fattet vedtak om praktisk bistand opplæring eller aktivisering. I kommunene i forsøket har det vært en drøfting om grenseoppgangen mellom praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet. Deltakelsen i forsøket vil kunne påvirke praksisen til Selbu. En riktig grenseoppgang mellom tjenestene vil altså kunne gi mer presise og pålitelige resultater.
- ▶ **Mer detaljerte vedtak:** Prismodellen i forsøket har en mer detaljert spesifisering av tjenester enn kravene i IPLOS. Deltakelse i forsøket krever derfor mer detaljerte vedtak. Mer presise beregninger er også avhengig av mer detaljerte vedtak.

- ▶ *Riktig stramhet på vedtakene:* Det må tas stilling til hvilke oppgaver utført av hjemmetjenesten vedtaket skal omfatte. Et eksempel er at hjemmetjenesten i Selbu deltar i et testprosjekt om ruteoptimalisering. Her står brukere med multidose oppført med 5 minutter per uke, noe som tilsvarer at ansatte i hjemmetjenesten er hos brukeren i 10 minutter annenhver uke for å levere multidoserullen til brukerne. Med administrasjon og arbeidet med kvalitetssikring er tidsbruken betraktelig større enn 10 minutter. Spørsmålet er i hvilken grad tiden til administrasjon og kvalitetssikring kan regnes med. Vi vet verken om det er etablert rutiner for dette i forsøket eller om rutinene blir fulgt opp.
- ▶ *Riktig registrering i fagsystemet:* Ved revurdering av vedtak kan antall timer til en bruker øke eller bli redusert. I slike tilfeller er det viktig at endringen rent teknisk blir registrert som en ny tjeneste i fagsystemet. For ellers klarer ikke fagsystemet å fange opp endringen. Resultatet er at statistikken viser for mange eller for få timer. Statistikken for Selbu er trolig til en viss grad preget av slike feil.
- ▶ *Mer korrekt beregning av utgifter finansiert av rundsumtilskuddet:* Foreløpig har vi ikke klart å anslå utgiftene som brukes av hjemmetjenesten ved utrykning ved trygghetsalarmen. Dette er utgifter som finansieres av rundsumtilskuddet. Et anslag av disse utgiftene vil gi noe reduserte enhetskostnader for hjemmetjenestene.
- ▶ *Seks kategorier plasser på institusjon:* Prismodellen i forsøket omfatter et begrenset antall kategorier plasser. Disse kategoriene fanger ikke opp tilbudet til brukere med omfattende behov for bistand, slik som den lindrende enheten i Røyken.

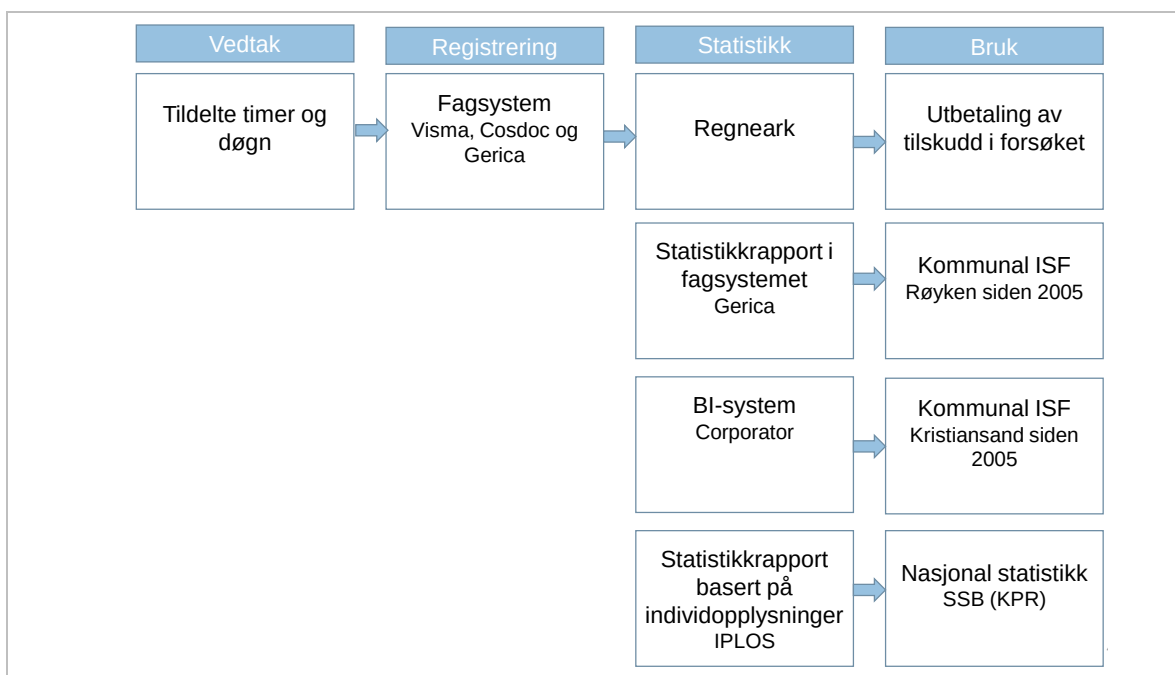
Det har vært gjennomført et omfattende arbeid for å etablere data over tjenestene med tilstrekkelig kvalitet. Representanter for de fire kommunene har fortalt at oppryddingen har gitt nyttig innsikt i styringen av tjenestene. Vi har gjort et forsøk på å bruke dataene som et grunnlag for en analyse av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

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

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

For å kunne bruke modellen for finansiering i forsøket har A-kommunene brukt mye tid på rydding både i fagsystemet og økonomisystemet. Kulepunktene over illustrerer hvilke forhold ryddingen har omfattet. Våre informanter i evalueringen svarer nokså unisont at ryddingen har vært verdt innsatsen. Gevinsten er betydelig bedre innsikt i tjenesteproduksjonen og et bedre grunnlag for styring.

Videre ser vi nærmere på utfordringen med å etablere gode data for antall timer og døgn (nevneren). Det gjør vi med utgangspunkt i figuren under som viser hvordan ulike brukere har laget statistikk for antall timer og døgn.



Figur 8.2 Illustrasjon av hvordan ulike brukere har utarbeidet statistikk basert på fagsystemet

Fagsystemene i A-kommunene foretar ingen automatisk beregning av timer og døgn som gir grunnlag for tilskuddene i forsøket. På grunnlag av registreringen i IPLOS produserer fagsystemet to filer med informasjon om den enkelte bruker. Den ene filen gir informasjon om når et vedtak starter og slutter og antall tildelte timer per uke. Den andre filen forteller om midlertidig opphold i tjenestene som blir gitt.⁵⁴ Det er nødvendig å bruke informasjon fra begge de to filene for å finne frem til tidsrommet vedtaket faktisk har blitt gitt. Figuren over illustrerer fire eksempler på hvordan denne utfordringen er håndtert:

- ▶ Utbetalingene i forsøket er håndtert med regneark. Metoden omfatter mye manuelt arbeid og medfører en risiko for feil.
- ▶ Den innsatsstyrte finansieringen i Røyken har siden 2007 vært basert på en rapport fra fagsystemet Geric. Rapporten som ble utviklet har vært til nytte for andre kommuner som bruker Geric. Den gir relevant styringsinformasjon uavhengig av om kommunen har et system for innsatsstyrt finansiering eller ikke.
- ▶ Kristiansand har brukt Corporater til å lage tilsvarende statistikk som Røyken. Corporater er en leverandør som ikke har noe tilknytning til Geric som leverer fagsystemet. På markedet finnes det mange leverandører som leverer tilsvarende løsninger som Corporater. BI-system og tredjepartssystem er begreper som blir brukt om denne typen løsninger. En fordel med å velge slike systemer er at det svekker makten til leverandørene av fagsystemene.
- ▶ Den nasjonale statistikken lager SSB selv på grunnlag av filer på individnivå fra kommunene. Håndteringen av dataene i SSB er forskjellig fra det som gjøres i kommunene. Resultatet er ulik statistikk fra kommunene og SSB, selv om grunnlaget for statistikken er den samme.

Den sentrale utfordringen er altså å få ut statistikk for timer og døgn for en gitt periode. Slik informasjon er ikke bare viktig for å kunne utbetale tilskuddene i forsøket. Slik informasjon er viktig både for kommunal og statlig styring. Både statlige og kommunale myndigheter har derfor behov for å utarbeide denne statistikken.

⁵⁴ Det pågår et arbeid med å forbedre rapportene fra Visma Profil og CosDoc (jf. avsnitt 2.4). De nye rapportene vil ha en annen struktur.

Vi har omtalt erfaringen knyttet til beregninger av enhetskostnader for et gitt år. Men erfaringene kan sies å være generelle utfordringer knyttet til å bruke fagsystemene som grunnlag for styringsinformasjon.

Behov for strengere krav til fagsystemene

Det blir allerede i dag stilt krav om at de ulike fagsystemene skal levere data til SSB som grunnlag for nasjonal statistikk. Det er bestemt å overføre ansvaret fra SSB til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Vi tenker at det kan være fornuftig å utvide kravene til fagsystemene om uttrekk av data. Kravene kan for eksempel gjelde følgende forhold:

- ▶ *Flere variabler:* Informasjon fra kommunene og Statistisk sentralbyrå kan tyde på at det ikke uten videre er enkelt å få ut informasjon om midlertidig opphold i tjenester. Det bør være et krav at fagsystemene leverer relevant informasjon om midlertidig opphold som kan brukes til statistikk for timer og døgn. Det betyr at statistikken ikke omfatter opphold som skyldes nye vedtak.
- ▶ *Organisatoriske enheter (ansvar) i kommunen:* Rapporteringen til SSB skjer for kommunen som helhet. For kommunens egen styring er det nødvendig med informasjon om de ulike delene av organisasjonen som for eksempel ulike sykehjem og distrikter i hjemmetjenesten. Denne informasjonen kan blant annet brukes til en kobling mot økonomisystemet for beregning av enhetskostnader slik vi har gjort det i dette prosjektet. Etter hva vi har skjønnet rapporterer alle virksomheter etter en næringskode basert på virksomhetens aktivitet, fastsatt etter gjeldende standard for næringsgruppering SN2007. For hjemmetjenesten skiller næringskoden mellom helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og ulike typer bofellesskap.⁵⁵ Bruk av denne koden vil kunne gi nyttig statistikk. Vi vet imidlertid ikke i hvilken grad kommunene har registrert denne koden riktig.
- ▶ *Løpende gjennom året:* Statistikken til SSB har blitt laget i mars etter året statistikken gjelder for. Men det kan også lages løpende oppdatert statistikk over utviklingen, som kan brukes til styringen i kommunene av de aktuelle tjenestene. Det bør være et krav om at fagsystemene kan levere slike oppdaterte data.

Kommunenes ansvar

Den digitale kommunen må i større grad selv ta grep om systemarkitektur, dataflyt, begrepsbruk etc. Ansvaret kan ikke overlates enkelt-leverandører av delsystemer, slik det tradisjonelt har vært (økonomi kjøper sitt økonomisystem, barnevernet kjøper CosDoc, arkivet kjøper ePhorte, mv.).

⁵⁵ Kilde: Dag Abrahamsen mfl. (2016): «Hjemmetjenestens målgrupper og organisering». Rapporter 2016/13 fra Statistisk sentralbyrå.

Tabell 8-2 Rapporterte oppholdsdøgn 2017-2018 for A-kommunene gjennom forsøket og SSB

Oppholdsdøgn	Hobøl		Lillesand		Os		Stjørdal	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
<i>Forsøket</i>								
Korttidsplass	3 162	2 126	4 721	4 556	7 587	9 823	10 844	12 092
Langtidsplass	9 560	9 634	22 072	21 557	10 487	9 439	18 874	22 215
I alt	12 722	11 760	26 793	26 113	18 074	19 262	29 718	34 307
<i>SSB</i>								
Korttid	1 814	1 940	3 174	3 049	6 107	6 756	0	7 527
Langtid	9 046	9 189	21 666	21 176	11 145	9 243	0	22 316
I alt	10 860	11 129	24 840	24 225	17 252	15 999	0	29 843
<i>Avvik forsøket og ssb (døgn)</i>								
Korttid	1 348	186	1 547	1 507	1 480	3 067	10 844	4 565
Langtid	514	445	406	381	-658	196	18 874	-101
I alt	1 862	631	1 953	1 888	822	3 263	29 718	4 464
<i>Avvik forsøket og ssb (prosent)</i>								
Korttid	43 %	9 %	33 %	33 %	20 %	31 %	0 %	38 %
Langtid	5 %	5 %	2 %	2 %	-6 %	2 %	0 %	0 %
I alt	15 %	5 %	7 %	7 %	5 %	17 %	0 %	13 %