



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

2020

HELSEDIREKTORATET

OPPDRAGSGIVER: Helsedirektoratet

RAPPORT NR: R-1020799-02

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

ANSVARLIG KONSULENT: Jonas Rusten Wang

KVALITETSSIKRET AV: Per Schanche

DATO: 12.01.2021

Forord

Dette er den femte hovedrapporten i følgeevalueringen av Helsedirektoratets forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapporten er utarbeidet på oppdrag for Helsedirektoratet. Agenda Kaupang, Proba samfunnsanalyse og Sintef 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, Audun Gleinsvik, Rune Busch og Jens Plahte i Proba samfunnsanalyse, og Kari Sand og Kjartan Anthun i SINTEF.

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. Den fjerde var sluttrapport (2019) på det som formelt sett var første del av forsøket.

Denne rapporten er første rapport i det som er utvidelsen av forsøket, som startet i 2019 og er planlagt fram til 2022. Selv om forsøket administrativt sett består av to deler, har det for deltakerkommunene i praksis vært én sammenhengende forsøksperiode (med visse unntak). Rapporten analyserer derfor hvordan utviklingen har vært i løpet av hele tidsperioden forsøket har pågått.

Innhold

Forord	3
Innhold	6
1 Sammendrag	8
2 Bakgrunn	13
2.1 Om forsøket.....	13
2.2 Finansieringsmodell.....	14
2.3 Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier.....	17
2.4 Verktøy i tjenestetildelingen.....	18
2.5 Kompetanseutvikling og opplæring.....	18
2.6 Kommuner i forsøket.....	19
2.7 Begrepsbruk og referanse til forsøkskommuner.....	22
3 Evalueringsdesign og metode	23
3.1 Mandat for evalueringsoppdraget.....	23
3.2 Evalueringsdesign.....	24
3.3 Kontrollkommuner.....	24
3.4 Hypoteser.....	25
3.5 Hvordan måle effekter av forsøket over tid?.....	30
3.6 Datainnsamling.....	31
4 Endringer i forsøkskommunene	41
4.1 Bjørnafjorden.....	41
4.2 Stjørdal.....	51
4.3 Selbu.....	60
4.4 Lillesand.....	67
5 Indikatorer	81
5.1 Utvikling i sammensetning av omsorgstrappen.....	83
5.2 Årsverk og kompetanse i tjenestene.....	93
5.3 Drift av tjenestene.....	96
5.4 Brukermedvirkning i tildelingen.....	99
5.5 Kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen.....	103
5.6 Rutiner og verktøy i tildelingsprosessen.....	108
5.7 Oppsummering av spørsmål om tildelingsprosessen.....	115
5.8 Spørsmål om virkninger av forsøket.....	116
5.9 Oppsummering av spørsmål om forsøket.....	117
6 Forsøkets betydning for brukeropplevelse	118
6.1 Metode.....	118
6.2 Behovsdekning.....	119
6.3 Likebehandling.....	124

7	Gjennomgang av vedtak	127
7.1	<i>Kort om saksbehandling og tildeling</i>	127
7.2	<i>Enkeltvedtak.....</i>	127
7.3	<i>Styrket tildelingsprosess i forsøkskommunene.....</i>	127
7.4	<i>Gjennomgang av vedtak i forsøkskommunene viser at den positive utviklingen ha vedvart, men det er fortsatt rom for forbedringer</i>	128
8	Økonomiske effekter av forsøket.....	131
8.1	<i>Inntekter og utgifter</i>	131
8.2	<i>Tre forklaringer til overskudd for A-kommunene.....</i>	135
8.3	<i>Utviklingen i aktivitet og behov.....</i>	141
8.4	<i>Utvikling for kommunenes enhetskostnader</i>	142
8.5	<i>Prioriteringen av tre brukergrupper</i>	145
8.6	<i>Etablering og bruk av fond</i>	147
9	Gjennomgang av hypoteser	150
9.1	<i>Hypotese 1: Forsøket gir likere tildeling og tjenester mellom forsøkskommunene</i>	150
9.2	<i>Hypotese 2: Forsøket gir riktigere behovsdekning for innbyggerne</i>	151
9.3	<i>Hypotese 3: Forsøket gjør at kommunene prioriterer mer lønnsomme tjenester</i>	153
9.4	<i>Hypotese 4: Forsøket gir høyere utgifter for kommunen</i>	155
9.5	<i>Hypotese 5: Forsøket styrker kommunenes styring av tjenestene</i>	157
9.6	<i>Hypotese 6: Forsøket har økt kommunens kompetanse</i>	158
10	Oppsummering og vurdering	160
10.1	<i>Hvilke effekter har forsøket hatt?</i>	160
10.2	<i>Hvilke deler av forsøket kan forklare effektene?.....</i>	161
10.3	<i>I hvilken grad kan effektene av forsøket generaliseres?</i>	163
11	Vedlegg.....	166

1 Sammendrag

Denne rapporten er femte rapport i følgeevalueringen på oppdrag av Helsedirektoratets av forsøket med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester, heretter kun omtalt som «forsøket»¹. Forsøket skulle opprinnelig avsluttes i 2019, men ble 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 var opprinnelig inndelt etter to modeller – A-modellen med fire kommuner og B-modellen med to kommuner² – som var ulikt innrettet med tanke på finansieringsmodell og krav til tildelingsprosessen. I videreføringen av forsøket ble kun A-modellen beholdt. B-modellen er derfor ikke omtalt i denne rapporten som annet³.

Kommunene som evalueres i denne rapporten er:

- ▶ **Bjørnafjorden**, som er den nye kommunen som består av tidligere Os og Fusa. Os kommune har vært med i forsøket siden 2016. Bjørnafjorden trådte inn i forsøket ved sammenslåingen. **Os kommune** omtales som Os i sammenhenger der det vises til historikk i perioden 2016-2019.
- ▶ **Stjørdal**, som har deltatt i forsøket siden 2016.
- ▶ **Lillesand**, som har deltatt i forsøket siden 2016.
- ▶ **Selbu**, som har deltatt i B-modellen fra mai 2016 til mai 2019, men som i videreføringen fortsatt som A-kommune.
- ▶ **Hobøl**, deltok som A-kommune i perioden 2016-2019. Hobøl inngår nå i Indre Østfold kommune. Kommunen brukes i likhet med Os som referanse der det vises til historikken i perioden 2016-2019.

Tidligere Hobøl kommune deltok i A-modellen fram til mai 2019, men gikk etter det ut av forsøket. Hobøl er nå en del av **Indre Østfold** kommune, som også består av tidligere Spydeberg, Askim, Trøgstad og Eidsberg. Indre Østfold skal etter planen inngå i forsøket fra 2021, men har startet forberedelser i 2020. Indre Østfold er kartlagt, men inngår ikke i denne rapporten.

Overgangen fra første til andre del av forsøket, med endret deltagelse og kommunesammenslåinger, har gjort 2020 til et krevende år med tanke på å evaluere effekter av forsøket. Koronapandemien i 2020 har også påvirket datainnsamlingen i noe grad?, særlig med tanke på gjennomføring av intervjuer med brukere. Tallene for 2020, som i stor grad vil analyseres neste år, vil trolig også være preget av pandemien.

Intervensjonen som forsøket utgjør består grovt sett av tre deler:

- ▶ **Endret finansieringsmodell.** Helse- og omsorgstjenester har i stor grad blitt finansiert gjennom enhetspriser for ulike tjenester. Dette har erstattet kommunens tidligere utgifter til helse og omsorg (heretter referert til som «uttrekket»). Modellen omfatter et inntektspåslag på 4 prosent av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester⁴ i 2015.

¹ Forsøket omtales internt som «SIO-prosjektet».

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

³ For evalueringen av A- og B-kommuner vises det til evalueringsrapporten fra 2019.

⁴ Alle referanser til pleie- og omsorgsutgifter viser til aktivitetene som føres på KOSTRA-koder 234, 253, 254 og 261.

- ▶ **Krav til tildelingsprosessen.** Deltagerkommunene har måttet tilfredsstillere en rekke krav til tildeling av tjenester, og de har fått nye verktøy å bruke i dette arbeidet.
- ▶ **Kompetanseutvikling.** Deltagerkommunene 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 fire års deltagelse i prosjektet. Den beskriver og vurderer hvilke effekter forsøket kan ha hatt på utviklingen i kommunene, og om de overordnede målene for forsøket blir nådd.

Forsøket har gitt noe likere praksis og tjenestesammensetning i kommunene, og et bedre grunnlag for å tildele riktige tjenester ut fra brukernes behov

I 2019 antydte vi at forsøket har sannsynligvis gitt likere tildeling og tjenester både mellom A-kommunene og innad i hver kommune, basert på at kommunene har innført en mer likeartet måte å tildele tjenester på, og nærmer seg hverandre når det gjelder sammensetning og nivå på tjenestene. I 2020 er ikke tegnene til konvergerende tjenestenivå mellom forsøkskommunene, eller mellom forsøkskommunene og landet, like tydelige. Selv kommunene blir likere på enkelte områder fortsatt (f.eks. andel utgifter til institusjon). Forklaringen kan være at konsekvensene av ny arbeidsmetodikk og riktige koding av tjenester, først og fremst ga seg utslag i starten av forsøket. Det er med andre ord ikke gitt at forsøkskommunene vil bli likere over tid.

Det framstår imidlertid som klart at forsøkskommunene har innarbeidet en grundigere og mer dialogbasert kartlegging av den enkelte brukers behov, og at tjenestene nå i større grad er tilpasset brukernes mål og behov. Kommunene har gjennom forsøket også hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle tjenestene, med et større mangfold av tjenester.

Kartlegging av de konkrete brukersakene – og brukerintervjuer – gir ikke grunnlag for å si at forsøkskommunene gjennomgående dekker brukernes behov bedre eller dårligere enn andre kommuner. Dette motbeviser ikke nødvendigvis hypotesen om bedre behovsdekning, men kan forklares ved at det er stor variasjon i sakene og mange andre forhold som påvirker brukers opplevelse.

Forsøket har styrket kommunenes kompetanse

Alle kommunene har økt sin kompetanse gjennom deltagelsen i forsøket, og dette fremheves i 2020 også som den viktigste effekten av forsøket. Særlig tildelingsenhetene har blitt mer tverrfaglige, samarbeider tettere med tjeneste- og økonomienheter, og arbeider mer systematisk med brukermedvirkning, kartlegging og vedtak. Det er imidlertid fortsatt forhold som kan forbedres i hvordan vedtakene er utformet.

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 tidligere Hobøl har hatt en beskjeden kostnadsvekst, mens økningen har vært betydelig i Lillesand og tidligere Os. Det har i 2020 blitt økt oppmerksomhet rundt de økonomiske gevinstene andre deler av kommunen har hatt av forsøket. I 2020 har Bjørnafjorden, Stjørdal og Lillesand har satt i gang arbeid for å redusere kostnadene mot utgangen av forsøket.

Mye av kostnadsveksten skyldes trolig økning i behovet som følge av at det har blitt flere i aldersgruppene som trenger pleie- og omsorgstjenester, samt spesielle forhold som ligger utenfor forsøket. Enhetskostnadene ser ut til å øke flere steder, og det er flere tegn på at kostnadskontrollen i driften har blitt løsere i noen av kommunene. En del av kostnadsveksten skyldes også bevisste satsinger, slik som kompetanseheving og teknisk utstyr.

Vi finner heller ikke i 2020 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

I lys av tall tilgjengelig i 2020 har vi beregnet fjorårets forklaringer på økte utgifter på nytt. Ser man på forsøksperioden fra 2016 til 2019 har vi beregnet at statens utgifter i de fire A-kommunene økt med 525 mill. kr.⁵, pluss det forutsatte inntektspåslaget på 119 mill. kr. Kommunene har altså mottatt 644 mill. kr. mer gjennom forsøket i perioden, sammenlignet med det de ville fått dersom de ikke deltok. Dette tilsvarer 18,5 prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene.

Estimater basert på foreløpige tall for 2020 tyder på at statens ekstra overføringer til deltagerkommunene vil bli om lag 280 mill. kr i 2020, inkludert inntektspåslaget. Riktignok er dette delvis på grunn av større befolkningsgrunnlag i forsøket enn tidligere, på grunn av en ny forsøkskommune (Selbu) og kommunesammenslåinger (Fusa, og delvis Indre Østfold).

Samlet sett anslår vi at økningen i overføringer fra staten til kommunene i perioden 2016-2019 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 samlet perioden 2016-2019	Forklaring
Inntektspåslag	119	Fire prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester.
Demografi-komponent	228	Avvik i justering av rammetilskudd. Tilfaller andre sektorer i kommunen.
Ressurskrevende tjenester	111	Effekt av at mye av økningen i ressurskrevende tjenester finansieres av staten
Enhetskostnader og endring i aktivitetsnivå	186	To mulige effekter som forklarer differansen mellom øvrige effekter og totalsum. Vår vurdering er at det i hovedsak skyldes enhetskostnader.
Totalt	644	

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. Forsøkskommunene 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

⁵ Tall for 2019 er estimert basert på aktivitetstilskudd mv. for første halvår 2019.

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 opprinnelige enhetskostnader forbundet med de ulike tjenestene (og som uttrekket er basert på) er i snitt lavere enn tilskuddene for de samme tjenestene. Når kommunene gikk inn i forsøket fikk de mer igjen for å produsere de samme tjenestene. Videre kan aktivitetsnivået ha blitt påvirket av finansieringsmodellen.

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 tidl. Os / Bjørnafjorden og Stjørdal som har opparbeidet betydelige overskudd gjennom forsøket. I 2020 har kommunene i økt grad blitt bevisste på at dagens nivå ikke vil være bærekraftig ved utgangen av forsøket. Dette gjelder både kostnadsnivået i pleie- og omsorgstjenestene så vel som andre sektorer i kommunen som over tid har nytt godt av overskuddet fra 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 enkelttilfeller der pleie- og omsorgssektoren i kommunene indirekte finansierer andre sektorer, for eksempel gjennom endring av eksisterende fordelingsnøkler på IT eller systemer for internfakturerings. Selv om tilfellene isolert sett kan forsvares innebærer det likevel en netto overføring av midler fra pleie- og omsorgstjenestene til andre deler av kommunen.

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

Vår vurdering er at den viktigste årsaken til endringer som følge av forsøket har vært kombinasjonen av krav til tildelingsprosessen og kompetanseutviklingen som har skjedd som en del av forsøket. Denne vurderingen er også gjeldende i 2020.

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, delvis fordi kommunene har måttet bruke opp pengene i forsøksperioden. 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 historikk fra 2016 med Modell A (pluss Selbu som startet i 2019). 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. Kommunene som har vært med har – kanskje uten å vite det selv innledningsvis – hatt en demografisk utvikling som har gjort deltagelse fordelaktig.
- ▶ Forsøket var tidsavgrenset til 2019 (nå planlagt utvidet til 2022). Mange av kommunenes egne refleksjoner og faktiske handlinger reflekterer nettopp dette. I 2018 og 2019 var mange opptatt av å bruke de øremerkede midlene før de «utløp», mens i 2020 har forsøkskommunene startet å gjøre prioriteringer med mål om å komme i budsjettbalanse. 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. Disse prioriteringene vil kanskje ikke vært tilstede i en situasjon med permanent statlig finansiering.
- ▶ 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.

Statsbudsjettet for 2019⁶ foreslår utvidelse av forsøket med seks nye kommuner, samt videreføring av de som allerede er med, fram til utgangen av 2022. De seks nye kommunene er planlagt å gå inn i forsøket i 2021.

Evalueringen har foregått siden 2016 og vært gjennom endringer med tanke på kommunenes deltagelse i forsøket, hvilke modell de har tilhørt, og sammenslåing av kommuner. Hvilke kommuner som har deltatt når og hvordan forklares nærmere i delkapittel 2.6. Delkapittel 2.7 forklarer nærmere hvordan de ulike kommunene omtales og brukes inn i evalueringsdesignet.

Utvidelsen av forsøket ble utsatt, og nye kommuner vil derfor ikke inngå i forsøket før i 2021. Kommuner som allerede deltok i forsøket, har imidlertid videreført sin deltagelse. Dette gjelder (innbyggertall 1.1.2020 i parentes):

- **Bjørnafjorden (24 908)**, som er den nye kommunen som består av tidligere Os og Fusa. Os kommune har vært med i forsøket siden 2016. Bjørnafjorden trådte inn i forsøket ved sammenslåingen.
- **Stjørdal (24 145)**, som har deltatt i forsøket siden 2016.
- **Lillesand (11 074)**, som har deltatt i forsøket siden 2016.
- **Selbu (4 062)**, som har deltatt i B-modellen fra mai 2016 til mai 2019, men som i videreføringen fortsatte som A-kommune.

Tidligere Hobøl og Spydeberg kommune deltok i forsøket fram til mai 2019 (Hobøl i A-modellen, Spydeberg i B-modellen), men begge gikk etter det ut av forsøket. Begge kommuner er nå en del av **Indre Østfold** kommune, som også inkluderer tidligere Askim, Trøgstad og Eidsberg kommune. Indre Østfold skal etter planen inngå i forsøket fra 2021. Indre Østfold er kartlagt, men inngår ikke i denne rapporten.

Videre 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.

⁶ Prop. 1 S (2018-2019) Tiltråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. september 2018, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)

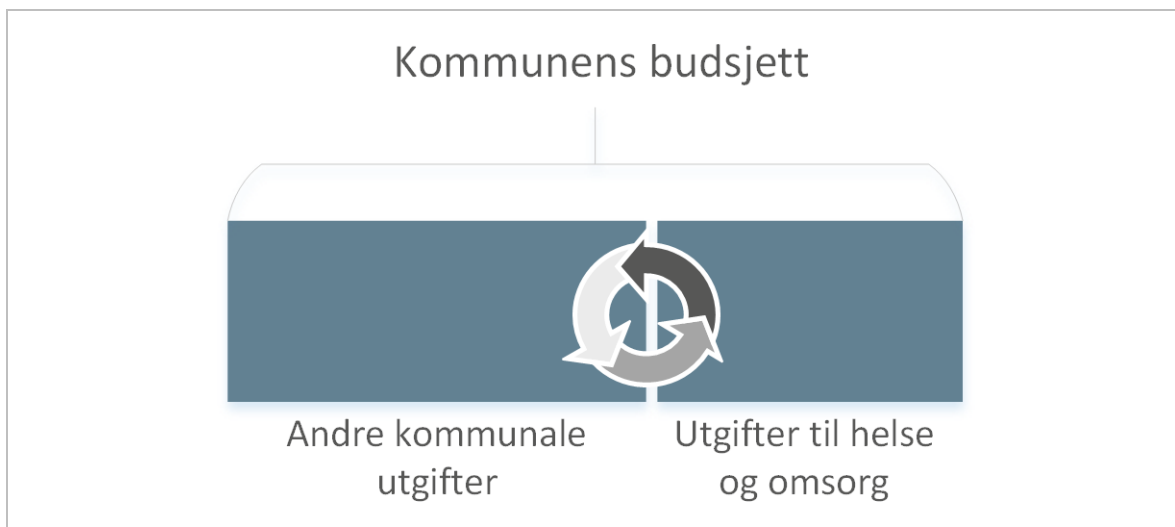
Forsøksordningen – inkludert utvidelsen av denne – har hatt to fokusområder:

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

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.

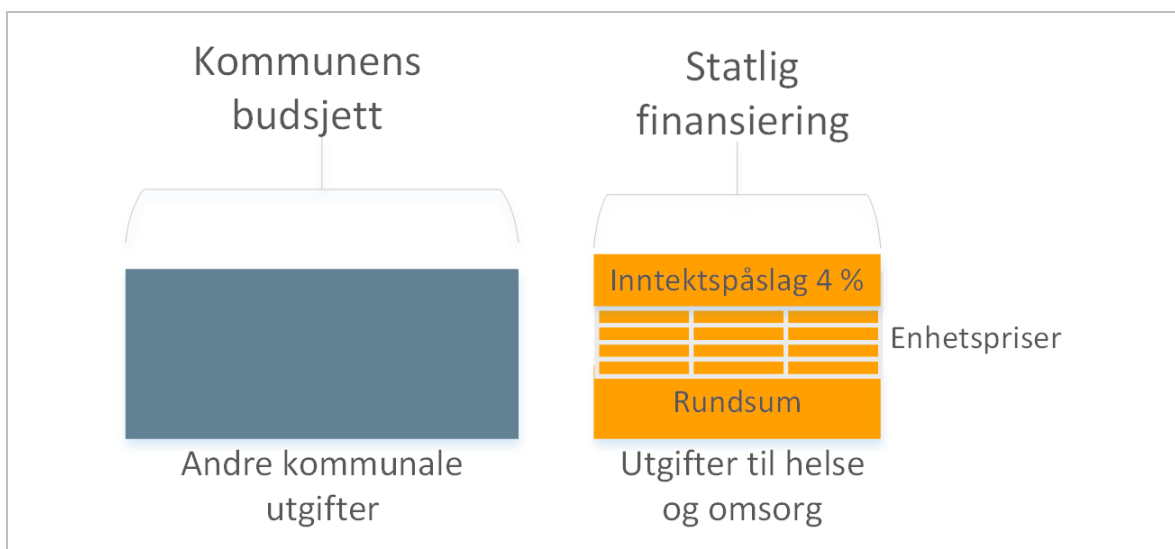


Figur 2-1 Forenklet skisse av ordinær finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester

Deltakerkommunene benyttet opprinnelig to ulike statlige finansieringsmodeller i forsøksperioden: Modell A og Modell B. De to finansieringsmodellene har kommet i stedet for det forsøkskommunene brukte på relevante helse- og omsorgstjenester tidligere. Siden det kun er Modell A som praktiseres i utvidelsen av forsøket (altså fra og med mai 2019), er det kun denne som omtales i det videre, og henvises til som *finansieringsmodellen*. For informasjon om B-modellen og effekter av denne vises det til tidligere års *evalueringsrapporter*.

2.2.1 Mekanismer i finansieringsmodellen i forsøket

En sentral del av forsøket er at den ordinære finansieringsmodellen for helse og omsorg skulle erstattes med statlig øremerket finansiering. 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 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).



Figur 2-2 Forenklet skisse av finansieringsmodellen

Tilskuddene i finansieringsmodellen består av et øremerket rundsumtilskudd, 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*.

Det årlige inntektpåslaget har vært på 4 prosent av kommunens uttrekk, oppad begrenset til 28 mill. kr pr. år⁷. I finansieringsmodellen 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.

Kommunen får dekket sine kostnader etter vedtak. Inntektene refereres i forsøket til som *aktivitetstilskudd*. Aktivitetstilskuddene som blir brukt er felles for kommunene. Den metodiske tilnærmingen for å etablere de nasjonale satsene er beskrevet i Helsedirektoratet (2015).⁸ 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-

⁷ Opprinnelig 25 mill. kr i 2016. Beløpet har vært justert for prisstigning påfølgende år.

⁸ Helsedirektoratet 2015: «Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester». Rapport IS-2392

og omsorgstjenester.⁹ Finansieringen gjennom brukerbetaling har ikke blitt berørt og fortsetter som før. Aktivitetstilskuddene i prismodellen skal justeres – og har blitt justert – årlig for lønns- og prisstigning etter en kommunal deflator, jf. *IS-2392*. Det har også vært justeringer av enkelttjenester underveis på bakgrunn av diskusjoner som har oppstått underveis (f.eks. ressurskrevende brukere i institusjon).

I tillegg har kommunene fått et rundsumtilskudd for å dekke kostnader som ikke er finansiert gjennom aktivitetstilskudd, slik som drift av tildelingsenheten og tjenester det ikke gis vedtak på.

Kommunene som deltar i forsøket 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.

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 utgangen av 2022.

2.2.2 Implementering av finansieringsmodellen

For de fire opprinnelige kommunene (i A-modellen) 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.

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 inntektpåslag 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 (KOSTRA-funksjoner 234, 253, 254 og 261).

For hvert år ble det så korrigeret 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.

Forsøket var planlagt avvirket 1. mai 2019. Etter dette skulle inntektpåslaget gradvis trappes ned. Nedtrappingen av forsøket beskrives i Helsedirektoratets veileder *IS-2392*. Inntektpåslaget har vært videreført som tidligere for kommuner som har fortsatt i forsøket.

⁹ *Helsedirektoratet 2017: Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene. Rundskriv IS-4/2017*

2.2.3 Tilpasninger som følge av koronapandemien i 2020

Koronapandemien påvirket norske kommuner i stor grad i 2020, inkludert kommunene som deltok i forsøket. Smitteverntiltakene våren 2020 førte blant annet til midlertidig opphør for en del kommunale tjenester, særlig de på lavere nivåer i tiltakskjeden.

Aktivitetstilskuddene i den første smittebølgen har blitt utbetalt på bakgrunn av aktiviteten i en periode før pandemien slo til. Kommunene har med andre ord ikke blitt straffet økonomisk gjennom finansieringsmodellen for tilpasningene i perioden med nedstengning.

2.3 Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier

Kommuner i forsøket 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 utførerenshet eller spesialisthelsetjeneste.
- ▶ *Kompetanse* i tildelingsenheten er en forutsetning for at behovsdekningen skal bli riktigst mulig. Med dette forstås både den interne kompetansen tildelingsenheten besitter, og den kompetansen tildelingsenheten trekker inn fra andre fagmiljøer/enheter ved behov.
- ▶ *Rutiner og bruk av verktøy* er en forutsetning for enhetlig praksis på tvers av kommuner. Dette er både rutinene som benyttes i tildelingsprosessen, og egne skjemaer. Dette ble utarbeidet i forbindelse med innføringen av forsøket, og omtales i avsnitt 2.4.

Tjenestekriterier

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

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

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

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

2.4 Verktøy i tjenestetildelingen

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

Samtaleguiden, som skal fungere som et hjelpemiddel i forbindelse med kartleggingsamtaler.

Samtaleguiden inneholder en rekke spørsmål om brukerens livssituasjon, forutsetninger og mål. Ved å snakke seg gjennom spørsmålene skal tildelingsenheten settes bedre i stand til å fatte vedtak som gjenspeiler hva som er viktig for brukeren.

Søknadsskjema, som er dokumentet brukeren (ev. 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, gjennomgang av evalueringresultater og andre kompetanseutviklingstiltak forsøkskommunene har tatt del i siden oppstart. I tillegg har Helsedirektoratet har omfattende kontakt med kommunenes prosjektledere mv.

Tabell 2-1: Oversikt over kompetansehevede aktiviteter første del av forsøket. Egen sammenstilling

År	Aktiviteter
2016	<ul style="list-style-type: none">- Opplæringsamlinger 8-9. mars og 12-13. april- Innføringsbistand i alle kommunene- Nettverkssamling 31. mai- Fagsamling 5-6. september- Evalueringseminar 21. november- Presentasjon av evalueringresultater i kommunene
2017	<ul style="list-style-type: none">- Fagsamling 26. april og 9. november

	- Presentasjon av evalueringsresultater i kommunene
2018	- Evalueringsseminar 23. januar - Fagsamling 8. juni
2019	- Fagsamling 5. mars

Tabell 2-2: Oversikt over kompetansehevende aktiviteter andre del av forsøket. Egen sammenstilling

År	Aktiviteter
2019	- Fagsamlinger 13. juni og 10-11. september
2020	- Informasjonssamling for nye kommuner 18. november

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 Kommuner i 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. Dette kapittelet redegjør for de ulike kommunenes deltagelse i forsøket over tid, og kommunesammenslåinger i perioden. For en beskrivelse av hvordan de ulike typene kommuner omtales og brukes i evalueringen vises det til

Forsøksordningen skulle inkludere inntil 20 kommuner. 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 forsøkets første del. 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.

Statsbudsjettet for 2019 la til grunn at regjeringen ville «utvide forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene både i tid og i antall kommuner». Dette inkluderte:

- ▶ de seks kommunene som allerede deltok i forsøket (Os, Stjørdal, Hobøl, Lillesand, Spydeberg, Selbu),
- ▶ de kommunene som skulle slå seg sammen med eksisterende forsøkskommuner (Fusa, Eidsberg, Trøgstad, Askim), og
- ▶ seks nye kommuner med sikte på oppstart senest andre halvår 2020.

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 2022¹⁰. 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).

Bjørnafjorden (i praksis Os og Fusa), Selbu, Lillesand og Stjørdal vedtok alle at de ville fortsette i forsøket, og fikk tilsagn om dette fra Helsedirektoratet. Indre Østfold (bestående blant annet av deltagerkommunene Hobøl og Spydeberg) besluttet ikke før senere å søke om deltagelse. De

¹⁰ Hobøl ble slått sammen med Spydeberg, Eidsberg, Askim og Trøgstad. Os ble slått sammen med Fusa.

deltok i 2020 i den faglige delen av forsøket, men starter ikke med finansieringsmodell (aktivitetstilskudd) før 1. januar 2021.

Utvidelsen av forsøket med seks nye kommuner ble forsinket. Statsbudsjettet for 2021¹¹ legger til grunn at seks nye kommuner skal gå inn i forsøket. Det er planlagt at hvilke kommuner dette er skal avklares i starten av 2021, med oppstart av finansieringsmodellen 1. juli 2021.

Vi gjorde i 2019 gjennomført en nullpunktsmåling i de kommunene som kommer inn i forsøket gjennom kommunesammenslåing (Fusa, Eidsberg, Askim), som vil inngå i denne rapporten så langt det er relevant.

Siden noen av de tidligere B-kommunene og kontrollkommunene fortsetter som A-kommuner i det videre forsøket, og noen kommuner slår seg sammen med andre, har vi utarbeidet oversikten i Tabell 2-3, basert på det som er tilgjengelig av informasjon per november 2020.

¹¹ Prop. 1 S (2020-2021) For budsjettåret 2021. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. september 2020, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)

Tabell 2-3: Kommuner i opprinnelig og utvidet forsøk. Kilde: egen sammenstilling

Ny kom.	Tidl. kom.	2016	2017 og 2018	2019	2020	2021	2022	2023
Stjørdal		Full (0-punkt)	Full	Full	Full	Full	Full	Full
Lillesand		Full (0-punkt)	Full	Full	Full	Full	Full	Full
Bjørna-fjorden	Os	Full (0-punkt)	Full	Full	Full	Full	Full	Full
	Fusa			Full (0-punkt)				
Indre Østfold	Hobøl	Full (0-punkt)	Full	Full	Full (0-punkt)*	Full	Full	Full
	Spydeberg	Full (0-punkt)	Tiln. full	Full				
	Eidsberg			Full (0-punkt)				
	Askim			Full (0-punkt)				
	Trøgstad	Full (0-punkt)	Begr.	Full				
Selbu		Full (0-punkt)	Tiln. full	Full	Full	Full	Full	Full
Østre Toten		Full (0-punkt)	Begr.	Full	Tilnærmet full	Tiln. full	Tiln. full	
Oppdal		Full (0-punkt)	Begr.	Full	Tilnærmet full	Tiln. full	Tiln. full	
Våler (Østf)		Full (0-punkt)	Begr.	Full	Tilnærmet full	Tiln. full	Tiln. full	
Fjell**		Full (0-punkt)	Begr.	Full				
Søgne**		Full (0-punkt)	Begr.	Full				
Ny kommune 1						Full (0-punkt)	Full	Full
Ny kommune 2						Full (0-punkt)	Full	Full
Ny kommune 3						Full (0-punkt)	Full	Full
Ny kommune 4						Full (0-punkt)	Full	Full
Ny kommune 5						Full (0-punkt)	Full	Full
Ny kommune 6						Full (0-punkt)	Full	Full

	Evaluert som A-kommune	Full: alle datainnsamlingsmetoder brukes Tilnærmet full: de fleste datainnsamlingsmetoder brukes Begrenset: kun kvantitativ kartlegging
	Evaluert som B-kommune	
	Evaluert som kontrollkommune	

* Indre Østfolds inntreden i forsøket ble utsatt til 1. januar 2021

** Utgår pga kommunesammenslåing 2020

2.7 Begrepsbruk og referanse til forsøkskommuner

Som beskrevet i 2.6 innebærer forsøksperioden ulike typer kommuner til ulike tider. Evalueringen i år representerer på mange måter et veiskille, der første del av forsøket avsluttes og det nye forsøket starter, samtidig som mange kommuner har slått seg sammen. Dette kapitlet redegjør for hvordan de ulike typene kommuner brukes i evalueringen og hvordan de omtales.

Forsøkskommuner

Forsøkskommuner det generelle begrepet for alle kommuner som fullt ut deltar i forsøket per 2020. Med deltagelse menes det da deltagelse i finansieringsmodellen med aktivitetstilskudd og ulike faglige og administrative kravene som følger av deltagelse.

A-kommuner

A-kommuner viser til kommunene som deltok i Modell A i perioden 2016-2019, det vil si at de mottok aktivitetstilskudd og måtte følge de faglige og administrative kravene knyttet til forsøket. Dette gjelder Stjørndal, Lillesand og det som tidligere var Hobøl og Os (nå del av hhv. Indre Østfold og Bjørnafjorden kommune). Siden noen av de kvantitative undersøkelsene baserer seg på regnskapstall fra fjoråret vil det også i årets rapport være relevant å omtale utviklingen i disse kommunene, for å få et fullstendig bilde av 2019.

B-kommuner

B-kommuner viser til kommunene som deltok i Modell B i perioden 2016-2019, det vil si at de mottok kun inntektspåslaget, og ikke måtte følge forsøkets krav til tildeling av tjenester. Det var med andre ord en mer begrenset intervensjon. Selbu og tidligere Spydeberg (nå del av Indre Østfold) var B-kommuner. Modell B benyttes ikke i andre del av forsøket, og evalueres heller ikke i denne rapporten. Der det vises til B-kommuner er dette først å fremst en historisk referanse, for å beskrive forhistorien til kommunen eller som sammenligning mot utviklingen i A-kommunene. Merk at Selbu var B-kommune i første del av forsøket, og A-kommune i andre del.

C-kommuner/kontrollkommuner

C-kommuner viser til kommunene som har vært kontrollkommuner gjennom forsøket. C-kommunene har ikke noen formell rolle i å forsøke eller avtale med Helsedirektoratet, men har blitt rekruttert direkte av evalueringsteamet. Hensikten med kontrollkommunene har vært å ha et relevant sammenligningsgrunnlag på parametere som krever egen datainnsamling. Dette gjelder blant annet brukersaker, kvalitative beskrivelser av utvikling i kommunen, og spørreundersøkelsen. Fra 2016 har Oppdal, Våler (i Østfold), Østre Toten, Søgne, Fjell og Trøgstad vært kontrollkommuner. I 2020 har de tre sistnevnte utgått som kontrollkommuner på grunn av sammenslåing med andre kommuner.

Særlig om sammenslåtte kommuner

Som beskrevet i kapittel 2.6 slo flere av forsøkskommunene (og kontrollkommunene) seg sammen med andre kommuner i januar 2020. I analysen av hva som har skjedd over tid i forsøket er det fortsatt relevant i noen tilfeller å vise til den tidligere kommunen heller enn den nye. Da vises det til tidligere kommune, det vil si *tidl. Os*, *tidl. Hobøl* osv.

3 Evalueringsdesign og metode

3.1 Mandat for evalueringsoppdraget

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

- ▶ Økt likebehandling på tvers av kommunegrenser, og
- ▶ 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 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 inntektspåslaget

I tillegg til de årlige evalueringsrapportene ble det utarbeidet en egen rapport om økonomisk utvikling og aktivitetstilskudd i forsøkskommunene (modell A) til og med 2017 som ble offentliggjort 29. august 2018.¹²

¹² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/analyse-av-okonomisk-utvikling-og-beregning-av-kommunale-enhetskostnader/id2609525/>

3.2 Evalueringsdesign

Denne følgeevalueringen kartlegger og vurderer status på flere målepunkter. Merk:

- 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
- 2020: Målepunkt 4 – status og utvikling etter fire år, og starten på del to av forsøket

I og med at forsøket ble utvidet til 2022 vil det komme flere evalueringsrapporter etter denne.

Målingene tar utgangspunkt i et indikatorsett som evaluator har utarbeidet i forbindelse med forsøket.¹³ 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 (korrigerede frie inntekter), innbyggertall og geografisk plassering. Kontrollkommunene omtales også som C-kommuner. Kontrollkommunene har vært (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)

Ettersom Fjell, Søgne og Trøgstad slo seg sammen med andre kommuner 1.1.2020 utgikk disse som kontrollkommuner fra og med 2020.

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

¹³ Med enkelte justeringer underveis, omtalt i de respektive evalueringsrapporter.

som uavhengig sammenligningsgrunnlag. Dette har sammenheng med at det samles inn informasjon i kontrollkommunene. De får tilgang til informasjonen og til sammenligninger med andre kommuner, noe som kan påvirke kontrollkommunenes beslutninger.

3.4 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 ellers, 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 kommunegrensene – 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.

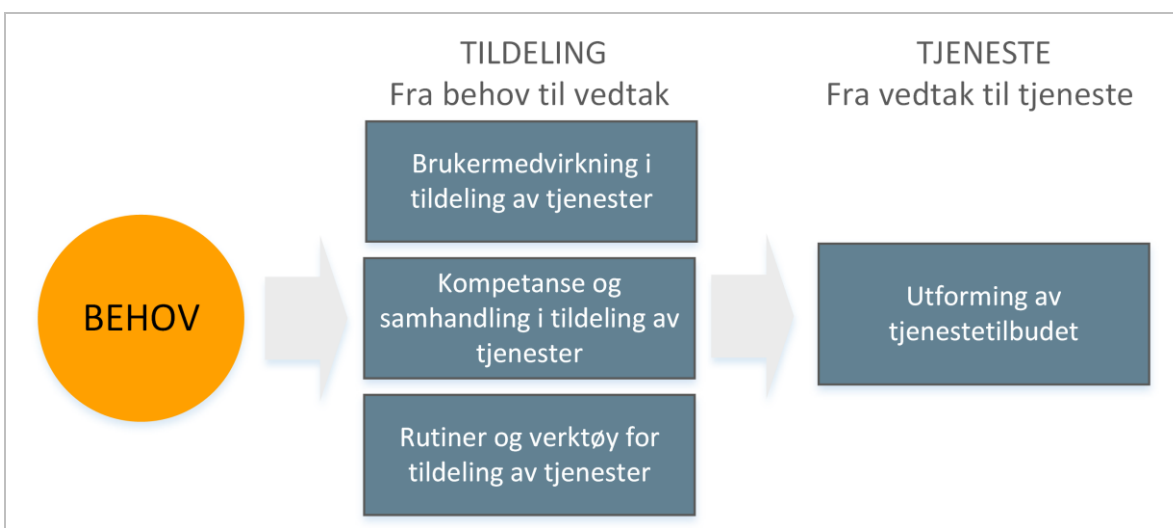
- ▶ Hvor mye varierer tjenestetilbudet mellom forsøkskommunene sammenliknet med variasjonen mellom (a) kontrollkommunene og (b) landet for øvrig?
- ▶ Har forsøkskommunene utviklet sin tildelingspraksis i en enhetlig retning i forsøksperioden, sammenliknet med utviklingen i kontrollkommuner?
- ▶ Tildeles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

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.

Rutiner og verktøy i tildelingen

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

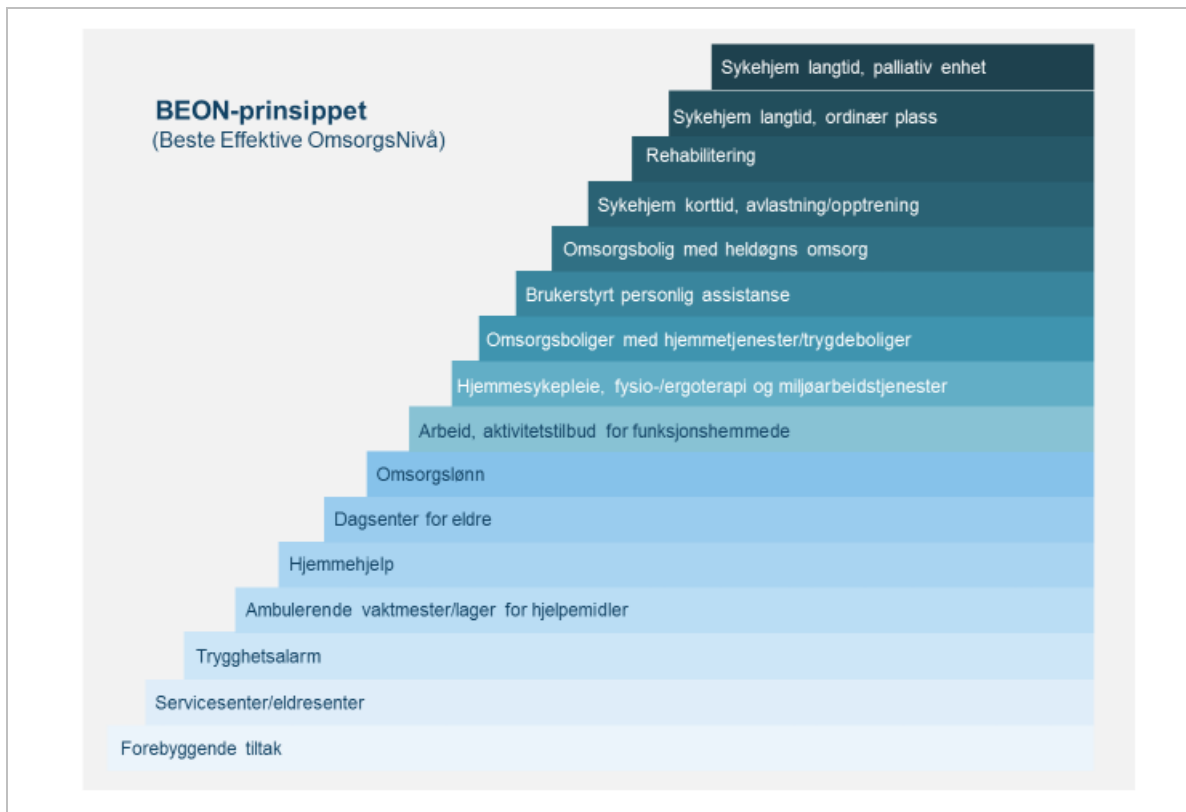
En godt organisert tildelingsprosess vil blant annet kunne innebære at det er samsvar mellom vedtatte og utførte tjenester, og at det jevnlig vurderes om vedtakene bør justeres opp eller ned. Det er også en forutsetning for enhetlig praksis som understøtter likebehandling.

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

Vurdering av behovsdekning gjennom utformingen av tjenestetilbudet

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

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



Figur 3-2 Omsorgstrappen, BEON-prinsippet

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

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

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

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 styring av tjenestene

H6: Forsøket styrker kommunens kompetanse

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 kostnadskrevenne tjenester, mer generøs tildelingspraksis og økte driftskostnader for eksisterende tjenester.

Hypotese 5: Styrket styring av tjenestene

Hypotese 5 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.

Hypotese 6: Styrking av kommunenes kompetanse

Hypotese 6 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).

3.5 Hvordan måle effekter av forsøket over tid?

Forsøkskommunene 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.

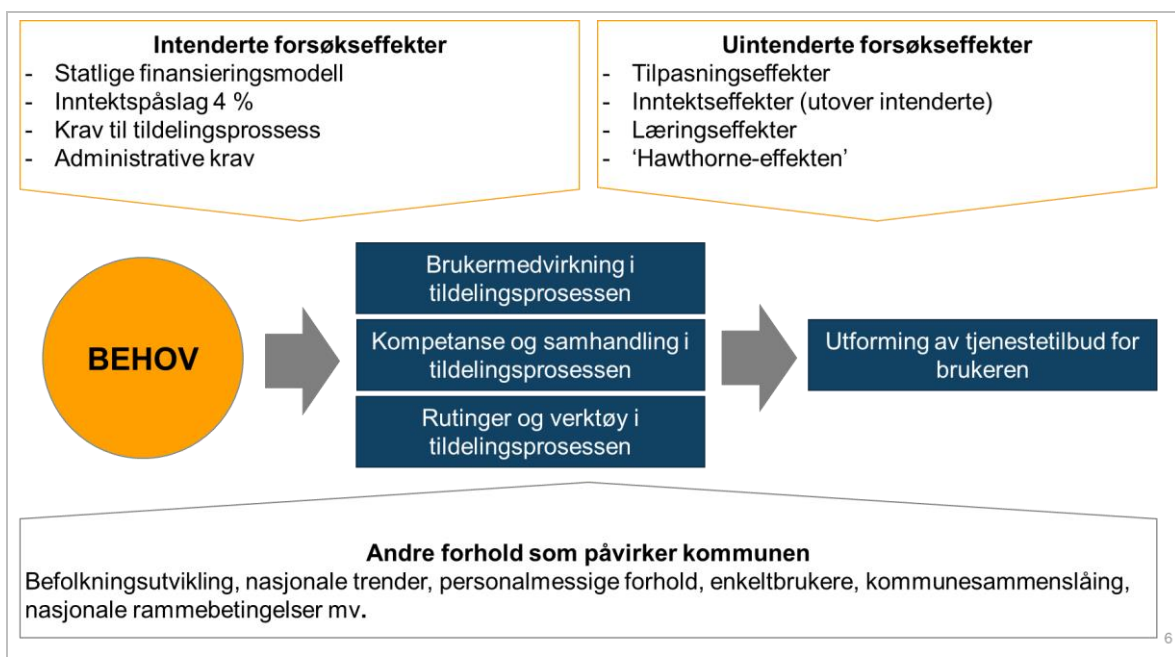
Det er mange forhold som påvirker en kommunes pleie- og omsorgstjenester. For eksempel vil en del endringer kunne skyldes omlegginger av nasjonale rammebetingelser og prioriteringer (nye forskrifter, nye satsinger i statsbudsjettet mv.). Kommunesammenslåinger er et annet eksempel på store endringer som har skjedd i mange av forsøkskommunene. Os slo seg sammen med Fusa til Bjørnafjorden kommune. Indre Østfold kommune, som vil gå inn i forsøket fra 2021, består blant annet av tidligere forsøkskommuner Hobøl (A-modellen) og Spydeberg (B-modellen), noe som tilsier at disse kanskje vil ha et enklere utgangspunkt for å tilpasse seg endringene i arbeidsmetodikk og finansiering som det legges opp til i forsøket.

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, bofelleskap 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 opprinnelig planla for at modellen kun skulle gjelde i en tidsavgrenset periode på tre år, for først i 2018 å bli kjent med at forsøket skulle forlenges. Som det fremgår av tidligere evalueringsrapporter har hensynet til å bruke opp eventuelle overskudd, og tilpasning av driften til nivået som gjaldt før rammefinansiering, vært sentrale hensyn kommunene har styrt etter. 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 finansieringsmodellen, 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 forsøket¹⁴

Alt dette er forhold som gjør det mer krevende å trekke valide slutninger om hvilken effekt det har å delta i forsøket.

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.

3.6 Datainnsamling

Datainnsamling har funnet sted i alle forsøkskommuner, 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 2020

Metode for datainnsamling	A-kommuner	Kontrollkommuner
Intervjuer og gruppesamtaler med ansatte i kommunen	Ja	Nei
Spørreundersøkelse til ansatte i kommunen	Ja	Ja
Kartlegging av brukercase som inkluderer: <ul style="list-style-type: none"> - Intervju med bruker, og evt. pårørende - Intervju med saksbehandler, og evt. utfører - Gjennomgang av saksdokumentasjon 	Ja	Ja
Årsverksrapportering	Ja	Ja
Gjennomgang av IPLOS-data ¹⁵	Ja	Nei

¹⁴ Effekten av selve oppmerksomheten som følger av det å bli observert omtales ofte som Hawthorne-effekten'

¹⁵ Detaljert analyse av IPLOS data ble forsinket grunn lang tid på datautlevering, og kommer ikke før 2021.

KOSTRA-gjennomgang	Ja	Ja
Regnskapsgjennomgang (fordeling på brukergrupper)	Kun Indre Østfold og Bjørnafjorden	Nei
Analyse av aktivitetstilskudd	Ja	Ikke relevant

3.6.1 Intervjuer/gruppesamtaler med ansatte i kommunen

Prosjektteamet intervjuet kommunene i perioden juni til september. På grunn av koronapandemien ble alle intervjuer i 2020 gjennomført som videosamtaler.

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 267 intervjuer og gruppesamtaler, fordelt på hhv. 77 i 2016, 45 i 2017, 43 i 2018, 67 i 2019, og 35 i 2020. Tallet var høyere i 2016 og 2019 fordi vi da også besøkte kontrollkommunene. Merk at for 2020 kommer intervjuer med saksbehandlere/utfører i forbindelse med konkrete brukersaker (både deltaker og kontrollkommuner) i tillegg, se nærmere omtale av dette i kapittel 3.6.2.

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

3.6.2 Gjennomgang av brukersaker

For å få bedre innsikt i brukernes situasjon og opplevelser har vi i 2020 gjennomført en såkalt 360-graders kartlegging av brukere i kommunene. En slik kartlegging innebærer:

- ▶ Intervju med bruker
- ▶ Intervju med pårørende (hvis relevant)

- ▶ Intervju med ansvarlig saksbehandler for tildelingen
- ▶ Intervju med utfører (for tjenester som er innvilget)
- ▶ Gjennomgang av dokumentasjonen i brukers sak (søknad, kartleggings skjema, vedtak, mv.)

Både kommuner som deltar i forsøket og kontrollkommuner har deltatt i denne kartleggingen, og analysene er basert på data innhentet både i 2019 (kun kontrollkommuner)¹⁶ og 2020 (både forsøks- og kontrollkommuner).

En av erfaringene fra den første forsøksperioden (2016–2019) var at brukernes situasjon varierer mye og at forsøket påvirker deres situasjon i ulik grad. Det var derfor vanskelig å gi noen klare kriterier for hvilke brukere som var relevant for kartleggingen. Sakene som er inkludert i kartleggingen er valgt ut i samarbeid med kommunene. Kommunene ble kontaktet og tilsendt en instruksjon som beskrev datainnsamlingen. Kommunene ble bedt om å identifisere de 15 sist behandlede sakene og deretter avgjøre i dialog med forskergruppen hvilke saker som var mest aktuelle for inklusjon. Valg av saker ble bl.a. gjort med tanke på å sikre spredning, dvs. at brukere av ulike tjenestekategorier skulle bli representert, samt brukere av begge kjønn og i ulik alder. Både saker som endte med vedtak og saker som endte med avslag ble inkludert. Enkelte kommuner har selv valgt ut saker som de mener er relevante i kartleggingen uten å konferere med forskergruppen. Selv om dette kan bety at kommunene har valgt ut saker hvor de opplever at tildelingsprosessen har fungert spesielt godt, har vi inntrykket av at det er variasjon i sakene, både når det gjelder brukermedvirkning, kartlegging og kommunikasjon, og at sakene allikevel fremstår som relevante for å belyse ulike opplevelser blant brukerne.

Reiserestriksjoner pga. koronapandemien hindret både fysiske intervju og at forskergruppen selv kunne innhente informert samtykke fra deltakerne. Dette førte til at ansatte i kommunene i 2020 måtte bistå i hele rekrutteringsprosessen, fra identifisering av saker til signert samtykke fra bruker, noe som har vært tidkrevende.

Intervjuene med brukere og kommuneansatte ble i 2020 foretatt via telefon eller videomøte. I sakene som ble inkludert i 2019, ble intervjuene gjennomført ansikt-til-ansikt. I intervjuene med brukerne har vi stilt spørsmål om brukernes erfaringer med tildelingsprosessen og tjenestene de mottar fra kommunen. I intervjuene med kommuneansatte som har deltatt i saksbehandling og/eller kartlegging, har vi stilt spørsmål om saksgangen og kartleggingen, både om selve prosessen og om de ansattes vurdering av denne. Vedtakene og saksdokumentasjon har blitt innsamlet som en støttekilde til intervjuene for å si noe om saksforløpet og innholdet i tjenestene. Det er også foretatt en systematisk vurdering av vedtak fra forsøkskommunene, se kapittel 2.

Ettersom metoden for brukerkartleggingen er endret i evalueringen av forsøkets andre del, har vi gjort en overordnet vurdering av forskjeller mellom resultatene fra 2016-2019 og 2019-2020. I perioden 2016-2019 intervjuet vi 118 brukere på telefon. I 2019 og 2020 har datainnsamlingen vært rettet mot saker og ikke bare brukere. Vi har gjennomført intervju med bruker/pårørende i 32 saker, intervju med saksbehandler/utfører i 37 saker og fått tilgang på vedtak i 37 saker (se

Tabell 6-1). Det er i flere saker gjennomført intervju med pårørende i stedet for, eller sammen med, bruker. Dette skyldes at det var flere saker som dreide seg om vedtak til demente brukere, og de fleste av disse var ikke kognitivt i stand til å delta i intervju. Brukerne som har vært intervjuet, har vært nye hvert år.

Det har i år som tidligere år vært utfordrende å komme i kontakt med og intervju brukerne. Enkelte brukere ønsket ikke delta likevel eller svarte ikke på telefon etter gjentatte forsøk (i ett tilfelle foreslo

¹⁶ *Kontrollkommuner inkluderer i denne sammenhengen alle kommuner som ikke er med i forsøket, både de som er inkludert som forsøkskommuner i evalueringen, eller kommuner som ennå ikke har kommet med i forsøket der det er foretatt nullpunktsmålninger.*

bruker selv å skrive svar fordi han ikke ønsket å delta i intervju; dette er en metode som vi kan vurdere å legge til rette for neste år ved å tilpasse intervjuguiden til dette – men ikke som et førstevalg). Resultatet har vært at vi i evalueringsperioden har intervjuet 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 generelle erfaringer i kommunene og individuelle opplevelser.

3.6.3 Spørreundersøkelse til ansatte i kommunen

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

Vi ba kommunen sende undersøkelsen til følgende ansattgrupper:

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

I undersøkelsen ble det stilt en rekke spørsmål knyttet til tildelingsprosessen. Vi spurte blant annet om organisering og rammebetingelser for dagens tildelingspraktisering, vedtakspraksis, samhandling med bruker og pårørende, brukermedvirkning og de ansattes kompetanse. De enkelte spørsmålene og de ansattes svar på disse er dokumentert i kapittel 5 hvor vi også presenterer vi resultatene for 2020 og sammenligner dem med de foregående årene.

Hver av figurene i kapittel 5 viser resultatene for hver enkelt forsøkskommune og for kontrollkommunene samlet (det vi tidligere har kalt C-kommuner). I perioden 2016-2019 er tallene for Bjørnafjorden basert på svarene fra Os. Vi har ikke resultater i 2020 for Hobøl, som var A-kommune i fase I av forsøket og som nå er en del av Indre Østfold. Vi viser resultatene for Hobøl i perioden 2016-2019 ettersom det gir relevant innsikt i en kommune som deltok i forsøket, men vi kommer ikke til å kommentere resultatene inngående. Indre Østfold har ikke deltatt i årets undersøkelse.

Resultatene på undersøkelsen som presenteres under viser svarene på en rekke spørsmål om tildelingsprosessen hvor respondentene kunne svare på skalaen, 1 – *i svært liten grad* til 5 – *i svært stor grad*. Disse er summert for hver kommune til en poengsum som representerer skalaen.

Respondentene fra 2020 trenger ikke ha vært de samme som respondentene fra de foregående årene. 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 hvert enkelt år. Vi kan ikke tolke resultatene som at individene har endret oppfatning. I 2019 svarte allikevel en klar overvekt av respondentene i forsøkskommunene at de jobbet i kommunens helse- og omsorgstjenester før forsøket. 80 prosent av respondentene svarer i 2020 at de har mer enn to års erfaring med tildeling av helse- og omsorgstjenester og halvparten svarer at de har fem år eller mer. Vi har derfor grunn til å tro at respondentene har kvalifiserte oppfatninger av kommunens tildelingsprosess.

Nærmere om gjennomføring av undersøkelsen i 2020

Undersøkelsen i 2020 ble sendt til totalt 145 ansatte i 7 kommuner med en rolle i tildelingen av tjenester. Det er de fire forsøkskommunene Lillesand, Bjørnafjorden, Selbu og Stjørdal.

Kontrollkommunene som har deltatt i årets undersøkelse er Østre Toten, Våler (Viken) og Oppdal. 102 personer besvarte hele eller deler av undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 70. Vi mener denne svarprosenten må regnes som forholdsvis god for en slik undersøkelse, og er på linje med tidligere år. Fordeler man svarene på de 7 kommunene som har besvart undersøkelsen, er det absolutte antallet per kommune allikevel lav, noe som innebærer at enkelte svar kan gi ganske store utslag. Det er fire kommuner færre i år som har besvart undersøkelsen sammenlignet med tidligere år. To av disse er tidligere kontrollkommuner som utgikk på grunn av sammenslåing med andre kommuner (Fjell og Søgne), mens de to andre er kommuner som nå inngår i Indre Østfold (Hobøl, Trøgstad). Spydeberg besvarte ikke undersøkelsen i fjor. Indre Østfold har ikke besvart undersøkelsen i år.

Undersøkelsen i 2020 ble gjennomført i perioden 23. september til 7. oktober. Det ble purret to ganger.

Respondentene som har besvart undersøkelsen er fra ulike roller i tjenestetildelingen. De fleste av respondentene jobber som avdelingsleder/gruppeleder i en tjeneste, saksbehandler eller i en tildelingsenhet/forvaltningsenhet¹⁷. Undersøkelsen er for øvrig bredt dekket av ulike roller, dvs. ledere, fagpersoner og koordinatore, både fra tildelingsenheter og tjenester/virksomheter.

Respondentene dekker ulike fagområder som pleie/rehabilitering/omsorg for eldre, tjenester til funksjonshemmede og psykisk helsearbeid/rus.

3.6.4 Årsverkskartlegging

Kontaktpersoner i hver kommune ble i oktober 2020 tilsendt et utfyllingsskjema knyttet til antall årsverk i kommunen per 1.9.2020. Tilsvarende måling – med likt oppsett – ble gjort for 1.1.2016, 1.9.2016 og 1.9.2017, 1.9.2018 og 1.9.2019.

Avgrensningen har vært på årsverk knyttet både til drift og støttefunksjoner for hele pleie og omsorg (KOSTRA-funksjon 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. Tildelingsenheten har vært adskilt som en egen post. 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.)

3.6.5 Vedtakskartlegging

Som en del av gjennomgangen av brukersaker for 2020 ble 17 vedtak fra forsøkskommunene gjennomgått. Tilsvarende gjennomgang ble gjennomført i 2019 (56 vedtak fra hhv. 2016 og 2019).

Gjennomgangen har omhandlet både førstegangsvedtak, revurderinger, men også avslag på søknad om tjenester. Vedtakskartleggingen er i denne rapporten omtalt i et eget kapittel 7.

3.6.6 IPLOS og KPR

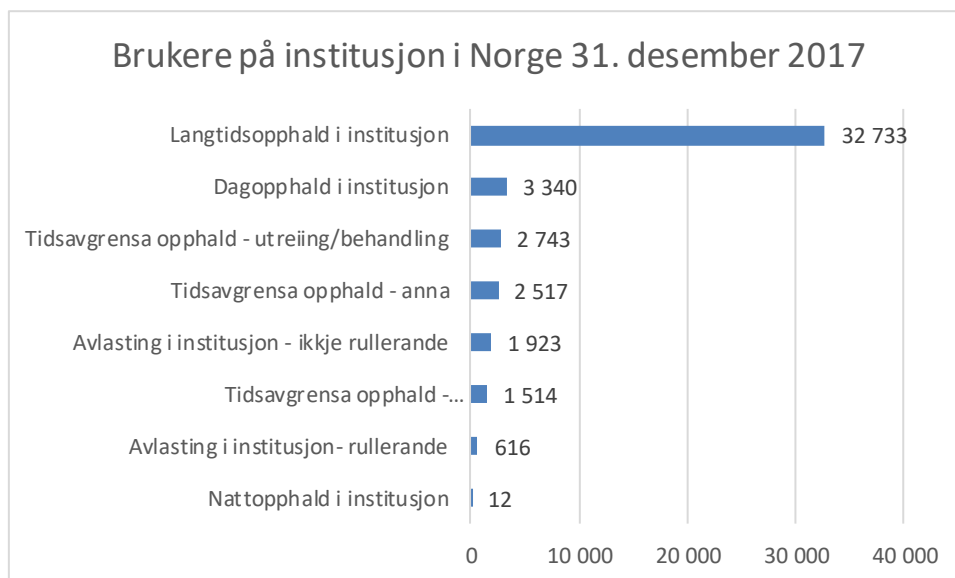
IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. Formålet med IPLOS-registeret er å gi statlige myndigheter, kommunene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

¹⁷ Eller tjenestekontor.

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 tjeneste 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.

Individdata fra IPLOS

Det ble i 2020 igangsatt arbeid for å analysere IPLOS-data i forsøkskommunene på individnivå, ettersom dette kan økt innsikt i den faktiske behovsutviklingen i kommunen. På grunn av lang saksbehandlingstid knyttet til godkjenning og datautlevering hadde vi ikke dataene tilgjengelig for årets evalueringsrapport, men de vil etter planen foreligge til analysen neste år.

3.6.7 Aktivitetstilskudd fra 2017 til andre kvartal 2020

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 gjort¹⁸. 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.

Konsekvenser av koronapandemien

For alle landets kommuner har koronaepidemien fått konsekvenser for tjenestetilbudet. For å forhindre smitte har det vært vanlig å stenge dagsenter og liknende tilbud. Det har også vært brukere som ikke lenger vil motta hjemmetjenester. For kommunene i forsøket har dette medført en reduksjon i registrert aktivitet, som normalt ville gitt en reduksjon for aktivitetstilskuddet.

Imidlertid har det blitt bestemt at kommunene skal få en kompensasjon for reduksjonen i aktivitet som følge av epidemien. En mulig begrunnelse kan være at epidemien ligger utenfor kommunenes kontroll, og kommunene med ordinær finansiering får videreført rammene også under epidemien.

Det ble bestemt å bruke data for aktiviteten for uke 10 (før nedstenging) som grunnlag for finansieringen også i tiden fra 12. mars til 31. mai. Denne måten å løse finansieringen for kommunene i forsøket under den kritiske første fasen av pandemien, ble utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med kommunene.

Dataene for aktivitetstilskuddet i denne rapporten bygger på hva kommunene faktisk har fått utbetalt. Det betyr altså at det ikke er aktiviteten som ligger til grunn for tilskuddet i de 80 dagene ordningen omtalt over varte.

Kommunene har også rapportert faktisk aktivitet i disse 30 av disse 80 dagene. På grunnlag av denne rapporteringen er det mulig å anslå hvilken effekt pandemien har hatt for aktiviteten. Vi har ikke gjort slike anslag. Grunnen er at det ikke har vært vår oppgave å analysere effekten av pandemien. Det mest interessante for vår evaluering er at det har vært nødvendig med en egen ordning for å håndtere forhold som den aktivitetsbaserte finansieringen ikke er laget for.

Inndelingen i tjenester

Det aktivitetsbaserte tilskuddet omfatter i 2020 i alt 52 tjenester. Inndelingen av tjenester bygger på inndelingen av tjenester i IPLOS (jf. omtalen over). På noen områder er inndelingen mer detaljert enn for IPLOS. Kommunene rapporterer hvert kvartal antall timer og døgn for disse tjenestene. Utbetalingene av tilskuddet skjer så på bakgrunn av satsene som er fastsatt for hver av disse tjenestene.

For at finansieringsmodellen skal fungere bra er det nødvendig med en mest mulig presis definisjon av tjenestene. Gråsoner mellom tjenestene kan føre til forskjeller i klassifiseringen mellom kommunene og at kommunene bruker energi på en klassifisering som skal gi høyest mulig inntekter.

¹⁸ 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.

Underveis i forsøket har det kommet til noen nye tjenester som er ment bedre å fange opp aktiviteten i kommunene. Det har også vært en viss diskusjon med kommunene om grenseflaten mellom noen av tjenestene. Vi omtaler i det følgende noen av disse mer tekniske sidene av finansieringsmodellen.

Pårørendeveiledning og opplæring: (egen tjenestekode fra 2020): Denne tjenesten er kommet til som et resultat av at kommunene nå etter loven har plikt til å gi slik veiledning. Plikten er beskrevet i Helsedirektoratets saksbehandlerveileder¹⁹:

«Kommunen skal tilby pårørende som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid nødvendig veiledning og opplæring... Det kan være opplæring og veiledning knyttet til den pasienten eller brukerens sykdom eller funksjonsnedsettelse, f.eks. opplæring i regulering av diabetes eller i hva en demensdiagnose innebærer, eller det kan være opplæring i utførelsen av bestemte arbeidsoppgaver, f.eks. utførelse av tunge løft, eller i stresshåndtering.»

Foreløpig er det ingen kommuner som har registrert aktivitet for denne tjenesten.

Ekstrabemanning i institusjon (ny enhetspris fra 1. mai 2019): Tjenesten er innført for å dekke merkostnader for institusjonstjenester som overstiger 1:1 bemanning. Satsene i forsøket har så langt ikke vært tilpasset brukere med så omfattende behov for bistand. Det betyr altså at kommunene så langt ikke har fått dekket alle utgiftene til disse brukerne.

Ekstrabemanning i institusjon er det foreløpig bare Stjørdal som har, og da er det vel fordi de andre ikke har brukere i institusjon med så stort behov som det kreves for å benytte denne tjenesten.

Helsetjenester gitt på et kontor eller base (ny enhetspris fra 1. mai 2019): Dette er tjenester som ytes fra et kontor eller base hvor det ikke er reisetid og tjenestene i hovedsak blir gitt på dagtid. Et eksempel er samtaler til personer med psykiske utfordringer som foregår på et kontor. Et annet er sårskift, injeksjoner eller andre helsetjenester gitt på basen til hjemmetjenesten.

Det er bare Os/Bjørnafjorden og Selbu som har registrert aktivitet for denne tjenesten.

3.6.8 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 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelser mv. (dagsenter, trygghetsalarm, matombringing og støttekontakt)
- ▶ 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon (sykehjem og barnebolig/avlastningsbolig)
- ▶ 254 Helse- og omsorgstjenester til (hjemmesykepleie, hjemmehjelp, miljøarbeid/praktisk bistand-opplæring, BPA, privat avlastning og omsorgslønn)
- ▶ 261 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

¹⁹ Helsedirektoratet 2017. Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, side 17.

er omfattende. Det kan like gjerne skyldes stort volum av tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Psykisk helse kan også utgjøre en stor utgift.

3.6.9 Metode for fordelingen av utgifter på tre brukergrupper

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

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

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

Regnskapet for 2019 har blitt fordelt for de fem kommuner som i 2020 ble slått sammen til Indre Østfold: Hobøl, Spydeberg, Trøgstad, Eidsberg, Askim. Hobøl har vært med i forsøket som en A-kommune, Spydeberg som en B-kommune og Trøgstad som en kontrollkommune. Det betyr at vi allerede har fordelt regnskapet på brukergrupper for disse tre kommunene. For Eidsberg og Askim blir regnskapet fordelt for første gang, slik at vi får en oversikt over situasjonen året før den nye kommunen ble etablert. Situasjonen i 2019 kan ses på som en nullpunktsmåling før den nye kommunen blir med i forsøket.

Regnskapet for 2019 er også fordelt for Os og Fusa, som utgjør den nye Bjørnafjorden kommune fra 2020. Også her kan situasjonen i 2020 ses på som en nullpunktsmåling.

Det er ikke foretatt en fordeling av regnskapet for 2019 for Lillesand, Stjørdal eller Selbu. Vi planlegger å fordele regnskapet for 2020 eller 2021, slik at vi etter hvert vil fange opp utviklingen også i disse kommunene.

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.

4 Endringer i forsøkskommunene

Dette kapitlet gir en kvalitativ beskrivelse av de endringene som har funnet sted i forsøkskommunene. Beskrivelsene bygger i hovedsak på intervjuer og gruppesamtaler med ansatte og ledere i kommunen. Selv om det vises til enkelte nøkkeltall for å underbygge beskrivelsene, vil analyser av kvantitative forhold gjøres senere i rapporten for å kunne sammenligne kommunene på tvers. Utvikling i tjenestene omtales i kapittel 5.1, 5.2 og 5.3, mens økonomiske effekter av forsøket omtales i kapittel 8.

Forhold knyttet til status før forsøket, og oppstart av forsøket i 2016, er grundig omtalt i tidligere evalueringsrapporter. Kommunekapitlene starter derfor med en beskrivelse av status i kommunene per 2019, som oppsummerer erfaringene kommunene har hatt i første delen av forsøket. Indre Østfold og Bjørnafjorden er sammenslåtte kommuner, hvor én av de tidligere kommunene har deltatt i forsøket fra starten. Selbu deltok i B-modellen i første del av forsøket.

4.1 Bjørnafjorden

Os og Fusa fattet vedtak om sammenslåing til Bjørnafjorden kommune med etablering 1. januar 2020. Allerede i mars 2019 startet arbeidet med å implementere rutiner for forsøket i det som tidligere var Fusa kommune. Noen av de utfordringene den nye kommunen stod overfor var:

- ▶ Ulikt økonomisystem og fagsystem i de to kommunene
- ▶ Ulik praksis knyttet til registrering av ressurser og vedtak
- ▶ Ulik bosettingsstruktur i de to tidligere kommunene

Allerede før 1. januar 2020 var en rekke forhold på plass, blant annet:

- ▶ Felles fagsystem slik at det kan tas ut rapporter for hele kommunen
- ▶ Omorganisering og flere nye ledere
- ▶ Felles tildelingspraksis og oppbemanning av forvaltningskontoret med ansatte fra Fusa
- ▶ Ryddejobb med hensyn til vedtak og koding tilsvarende det tidligere Os kommune gjorde ved oppstart av fase 1 av forsøket

4.1.1 Status 2019

Dette avsnittet går kort gjennom status for begge kommunene i 2019, altså før sammenslåingen og andre del av forsøket.

Status for Os kommune i 2019

Det overordnede inntrykket var fortsatt at de fleste informantene i kommunen var fornøyde med virkningen forsøket hadde hatt. Forsøket hadde bidratt til en profesjonalisering av tildelingsprosessen som blant annet gikk ut på at:

- ▶ Kommunen hadde utviklet mer systematikk i arbeidet med kartlegging og hverdagsrehabilitering. Det hadde blitt etablert kartleggingsteam og kartleggingsperiode før vedtak var blitt forlenget for de sakene de hadde vært involvert i. Videre var også perioden med hverdagsrehabilitering forlenget, og inkluderte en femte uke som kommunen kalte for etterbygging.
- ▶ Vedtakene hadde blitt forvaltningsfaglig sterkere, ble revurdert oftere og satte tydeligere mål for brukeren.
- ▶ Tildelingsenheten hadde fått bedre kapasitet og mer tverrfaglig kompetanse. I tillegg samarbeidet tildelingsenheten tettere med økonomiavdelingen enn tidligere.
- ▶ Arbeidet med riktig koding og rapportering hadde gitt kommunen bedre oversikt over egne tjenester og økonomien forbundet med ulike tiltak. Kommunen hadde gjennom dette blant

annet utviklet metodikk for å beregne langsiktige kostnader og gevinster knyttet til satsing på hverdagsrehabilitering.

Os kommune hadde 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. Flere informanter i forvaltningen mente dette også skyldes tilflytting til kommunen av personer/familier med stort behov for tjenester. Åpningen av Luranetunet bo- og behandlingssenter i 2017 er også en sentral forklaring på økningen i utgifter.

Os hadde også hatt store inntekter gjennom finansieringsmodellen som har gitt betydelig overskudd. Kommunens lave enhetskostnader innenfor hjemmebaserte tjenester, sammenlignet med aktivitetstilskuddene i finansieringsmodellen, bidro til dette overskuddet. Dette overskuddet har muliggjort omfattende investeringer i institusjonslokaler, velferdsteknologi, hjelpemidler og kompetanseheving, samt en sterk satsing på hverdagsrehabilitering.

Status for Fusa kommune i 2019

Fusa kommune ble kartlagt som del av denne evalueringen høsten 2019. Inntrykket fra intervjuene var at tjenestetilbudet i Fusa i hovedsak dekket brukernes behov. Enkelte informanter mente at kommunen hadde utfordringer med å sikre tilstrekkelig kapasitet på forebyggende tjenester, samt tjenester på de laveste nivåene i omsorgstrappen. Dette mente enkelte av informantene medførte et økt press på tjenester i sykehjem.

Nøkkeltall tydet imidlertid på at Fusa lå høyere enn resten av landet i bruk av både sykehjems-plasser og hjemmebaserte tjenester. Blant de som framholdt at tilbudet på lavt nivå i omsorgstrappa ikke er tilstrekkelig ble det pekt på at mangel på kapasitet i hjemmetjenesten og boliger med heldøgnsbemanning har medført unødig bruk av sykehjem. I tillegg hadde Fusa relativt mange overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter på sykehjem både i 2018 og i 2019.

Informantene var relativt samstemte i at kommunens økonomiske situasjon var blitt vanskeligere, men hadde noe ulike oppfatninger av hvordan dette har påvirket pleie- og omsorgstjenestene. Fusa opplevde økte behov for tjenester for personer med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Økningen kom dels av raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, men dette var ikke den eneste forklaringen på økt behov. Informantene virket å være enige om at kommunens sakshandling og tildelingsprosess fungerte godt, og mange hadde forventninger om at denne prosessen ville ytterligere forsterkes inn i den nye kommunen og gjennom deltakelse i forsøket med statlig finansiering.

Bjørnafjordens mål for andre del av forsøket

Kommunen har beregnet et behov for innsparinger på 118 millioner kroner når rammefinansieringen starter igjen etter at forsøket er over. Sammenslåingen med Fusa har også ført til et behov for å redusere kostnadene med mellom 60 og 90 millioner kroner. Hele den kommunale organisasjonen er preget av disse betydelige kravene om innsparing. Kommunen satte av fondsmidler som gjorde at de kunne bufre utgangen fra forsøket. Samtidig synes kommunen å være opptatt av å fortsette med å utvikle tjenestene i henhold til evidensbasert praksis, samt å fortsette integreringen mellom tjenestene i tidligere Os og Fusa.

4.1.2 Tildelingsfunksjonen i forsøket

Sammenlignet med tidligere år er det liten endring for tidligere Os sin del, men i ett av intervjuene ble det framholdt at sammenslåingsprosessen har svekket kontakten mellom tildelingsenheten og utførerenhetene, noe som kan ha svekket kvaliteten på tildelingen.

Intervjuene indikerer at det ikke var store forskjeller i tildelingsprosessene i henholdsvis Os og Fusa, men at store avstander gjorde at kartleggingsarbeidet var mer ressurskrevende i Fusa.

Tildelingsenheten (forvaltningskontoret) er blitt forsterket med 1,8 årsverk fra tidligere Fusa. Kontoret er lokalisert på Osøyro (i tidligere Os), men enheten disponerer også kontor plass i Eikelandsosen (i tidligere Fusa). Sistnevnte har ikke permanent bemanning, men kan brukes ved behov.

Kartleggingsteamet startet på Os i 2018 og er først i oktober 2020 aktivt på begge sider av fjorden, men ikke i lik form. Fra 1. oktober i 2020 gikk kartleggingsteamet over til enheten Helsefremming. Hele teamet ble samlokalisert og organisert sammen med hverdagsrehabilitering. På Fusa-siden har man en ergoterapeut som jobber med kartlegging, og som er en integrert del av tjenesten.

Velferdsteknologiprojektet, med to årsverk, lå også under forvaltningskontoret i 2019, men gikk over til Helsefremmingsenheten fra 1. oktober 2020.

Utforming av vedtak

Vedtaksbrevet til bruker inneholder hverken ressurser eller timer (unntak finnes, bl.a. for BPA og støttekontakt). Bemanning faktoren gir seg selv og fremkommer av tjenestebildet.

Alle som fatter vedtak i Bjørnafjorden er nå samlokalisert og de er i ferd med å utvikle en enhetlig praksis, men foreløpig er ikke alle gamle vedtak gjennomgått.

Det er utførerenhetene som registrerer behov for revurdering av vedtak og melder dette inn til forvaltningskontoret. Dette er en praksis som beskrives som hensiktsmessig. Dette gjelder hjemmehjelp og hjemmesykepleie, men ikke omsorgsstønning, avlastning, BPA, mv.

En del informanter er opptatt av at det er noen dilemmaer knyttet til å revurdere vedtak. Mange brukere, eksempelvis en del som har BPA, kan bli urolige av å få vite at tjenestene de får skal revurderes. I tillegg kommer at mange tjenestemottakere, herunder en del funksjonshemmede, har et ganske stabilt bistandsbehov. God forvaltningsskikk tilsier at man ikke skal ha tidsbegrensede vedtak for brukere med varige hjelpebehov. Men det oppstår dilemmaer knyttet til en del grensetilfeller.

For å sjekke sammenhengen mellom vedtatte tjenester og utførte tjenester brukes tjenestebildet i profil sammen med arbeidslistene. De fleste mener at denne sammenhengen er god.

«Ja det er den og det er SIO-prosjektets fortjeneste. Vi har stålkontroll på dette. Dette er kjernen i SIO.»²⁰

Kompetanse, kapasitet og samarbeid

Alle vedtak i Fusa har blitt kodet iht. kategoriene i forsøket, og alle store vedtak har blitt gjennomgått med ny vurdering av brukernes behov.

Foreløpig har ikke alle løpende vedtak om hjemmetjenester blitt harmonisert slik at nivåene er like i det som tidligere var Os og Fusa. Noen informanter mente at det var en mer sjenerøs tildeling av tjenester på Os-siden. Nøkkeltall tyder på at dette kan være riktig for praktisk bistand, men for helsetjenester i hjemmet har brukerne i Fusa i gjennomsnitt blitt tildelt flere timer, jf. Figur 4-1). En informant hevdet også at Os har vært litt for sjenerøse på tildeling av visse tjenester, herunder heldøgns tjenester for barn. Dette hevdes å medføre behov for å legge en ny standard for tildeling.

Kapasiteten i tildelingen beskrives som bedre etter sammenslåingen, men enheten rapporterer at det fortsatt er noe knapphet på ressurser. Kompetansesammensetningen i tildelingsprosessen beskrives som tilstrekkelig.

²⁰ SIO-prosjektet er den interne betegnelsen for forsøket brukt av deltakerkommunene.

Brukermedvirkning

Begge de tidligere kommunene synes å ha jobbet mye med brukermedvirkning over tid. Tiltak som hverdagsrehabilitering, fokus på at folk må settes i stand til å ta vare på seg selv, det å systematisk stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» fører til over tid at det etableres andre og mer effektive måter jobbe på.

Arbeidsmetodikken i forsøket implementeres også i tidligere Fusa. God dialog mellom forvaltningskontoret og utførertjenestene gjør at brukerens behov settes i fokus og at tjenestene kan tilpasses den enkelte.

Når det gjelder brukermedvirkning på systemnivå har begge de tidligere kommunene lagt vekt på samhandling med Eldrerådet og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det er startet et arbeid for å sikre at rådene kobles på når de skal. Samtidig registreres det at rådene er mer aktive nå enn de har vært tidligere.

4.1.3 Utvikling av tjenestene

Behovsdekningen i nye Bjørnafjorden kommune beskrives som god, hvilket den også var i tidligere Os og Fusa. Generelt merker tjenestene imidlertid et stort press grunnet flere forhold:

- ▶ Vekst i antall eldre
- ▶ Tilflyttet vekst. Kommunen har et godt rykte og har over tid opplevd stor grad av tilflytting av brukere med bistandsbehov, både yngre og eldre brukere, fra nabokommuner
- ▶ Samfunnsendringer; forventningene til hvor stor andel kommunen skal ta av omsorgsansvaret øker

Informantene framhever tjenestene rettet mot eldre som et område med god behovsdekning. Områder hvor kommunen vurderer at behovsdekningen kunne vært bedre er:

- ▶ Barn og unge som ikke passer inn i det tradisjonelle avlastningstilbudet, eksempelvis brukere med ADHD
- ▶ Avlastningstilbud for unge voksne og unge demente
- ▶ Kombinerte tjenester, eksempelvis praktisk bistand-opplæring innen psykisk helse

I tillegg påpekes det at det foreløpig ikke er etablert et fullgodt tilbud om hverdagsrehabilitering på Fusa-siden. Det vil ta litt tid før det er fullt operativt og godt kjent i befolkningen. Tilbudet er etablert fra 1. oktober i 2020.

Utvikling i aktivitetstilskudd

Tabell 4-1 viser utviklingen i aktivitetstilskudd i tidl. Os og Bjørnafjorden²¹. Aktivitetstilskuddene støtter opp inntrykket fra øvrige datakilder, nemlig at det har vært høy aktivitetsvekst i perioden på de fleste tjenesteområder. Særlig tilskudd knyttet til institusjon har økt mye, noe som blant annet skyldes åpningen av Luranetunet i slutten av 2017. Naturlig nok var det også en betydelig økning fra 2019 til 2020, siden da også tidl. Fusa kom inn i finansieringsmodellen gjennom kommunesammenslåingen.

Tabell 4-1: Aktivitetstilskudd i tidl. Os og nåværende Bjørnafjorden per halvår, 2017-2020

	Os						Bj.fjord
	2017-1	2017-2	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	
Langtidsopphold på institusjon	14,0	13,0	8,4	16,9	21,0	23,8	38,8
Korttidsopphold på institusjon	11,2	12,9	15,5	15,6	16,2	16,1	22,3
Utskrivningsklare fra sykehus	0,8	1,0	0,1	1,5	0,7	0,1	0,5

²¹ Tilskuddene er slått sammen fra kvartal til halvår for å få plass til å vise på én side.

Helsetjenester i hjemmet	93,4	100,7	92,1	98,6	99,7	102,2	126,3
Praktisk bistand daglige gjøremål	6,3	11,5	26,0	19,6	18,7	19,5	22,0
Praktisk bistand, opplæring	34,2	32,9	33,9	36,8	38,9	41,1	46,2
Praktisk bistand, BPA	5,6	5,6	5,4	6,0	6,2	6,2	6,9
Avlastning utenfor institusjon	2,6	2,1	1,9	1,7	2,1	2,3	2,9
Dagsenter	10,1	10,7	11,5	11,3	11,2	11,8	13,8
Omsorgslønn	2,7	2,6	3,3	2,8	2,9	3,0	3,0
Støttekontakt	2,8	3,0	3,4	3,6	3,6	3,3	3,6
Institusjon	25,9	26,9	24,0	34,0	37,9	40,0	61,6
Helsetjenester, praktisk bistand	139,5	150,7	157,4	161,0	163,6	169,0	201,4
Andre tjenester	18,2	18,4	20,1	19,4	19,8	20,4	23,4
I alt	183,6	196,0	201,5	214,4	221,3	229,4	286,4

Omfang og innretning på det kommunale tjenestetilbudet

Intensjonsavtalen for den nye kommunen er tydelig på at det skal være likeverdige tjenester i alle delene av den nye kommunen. Det har vist seg å være utfordrende blant annet fordi avstandene og med det reisetiden representerer en utfordring i tidligere Fusa. Brukere til dagsentertilbudet blir hentet og det går ut over tiden de får på dagsenteret. Ulikheter i geografi medfører utfordringer med å realisere stordriftsfordeler. Tidligere Os kommune var en kompakt kommune, hvilket ga stor fleksibilitet ved at ressurser og kompetansepersoner kunne brukes på tvers av soner. Dette er ikke en like praktisk løsning i Fusa-delen. De to tidligere kommunene hadde derfor en noe ulik sammenheng av tjenestetilbudet før sammenslåingen.

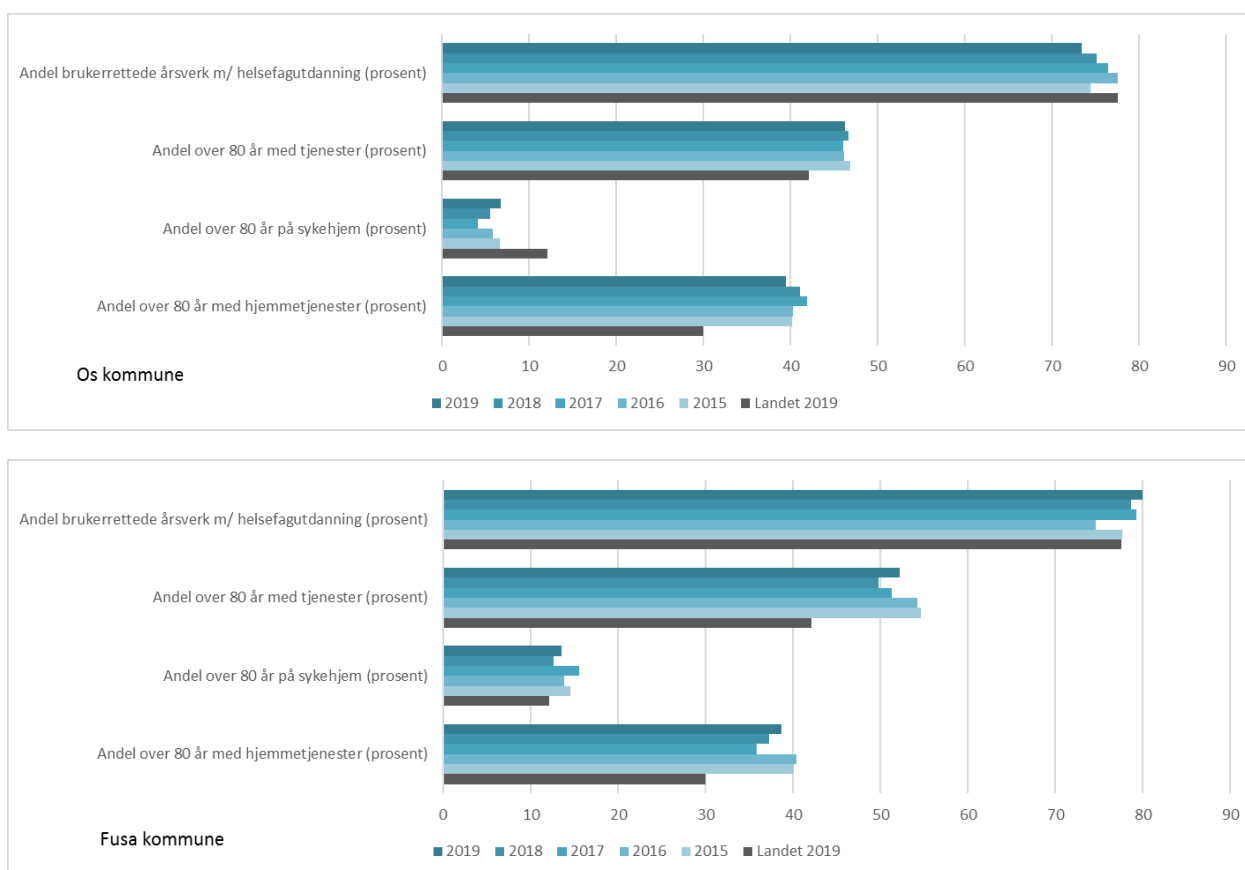
Den nye kommunen har en funksjonell omsorgstrapp som dekker de fleste trinn fra forebygging til institusjon. Gjennom forsøket har det blitt etablert mange tilbud på de laveste trinnene. Behovet for kostnadsreduksjoner gjør kommunen nå vil analysere om tilbudene er lønnsomme og bærekraftige på sikt.

Tidligere Os kommune har over tid hatt en klar satsing på at brukere skal bo hjemme lengst mulig og har bygget ut et omfattende tjenestetilbud for å legge til rette for dette. I løpet av de siste par årene har denne strategien blitt utfordret gjennom en vesentlig kapasitetsøkning i antall institusjonsplasser, herunder bygging av Luranetunet, hvor kapasiteten er noe større enn det tidligere dekningsgrader for institusjonsplasser skulle tilsi at det er behov for. Ved utgangen av 2019 hadde de to kommunene 113 sykehjemsplasser (41 i Fusa og 72 i Os), ifølge kommunen.

Omsorgsboligene dekker mye av den samme målgruppen som sykehjemsplassene. Med omsorgsboligene har kommunen 175 plasser på Os. Alle institusjonsplasser er i bruk og kommunen merker ytterligere etterspørsel etter slike plasser.

Bjørnafjorden har i dag ingen vesentlige utfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter. Luranetunet har rimelig kapasitet og hjemmetjenestene tar seg også av mange med omfattende behov.

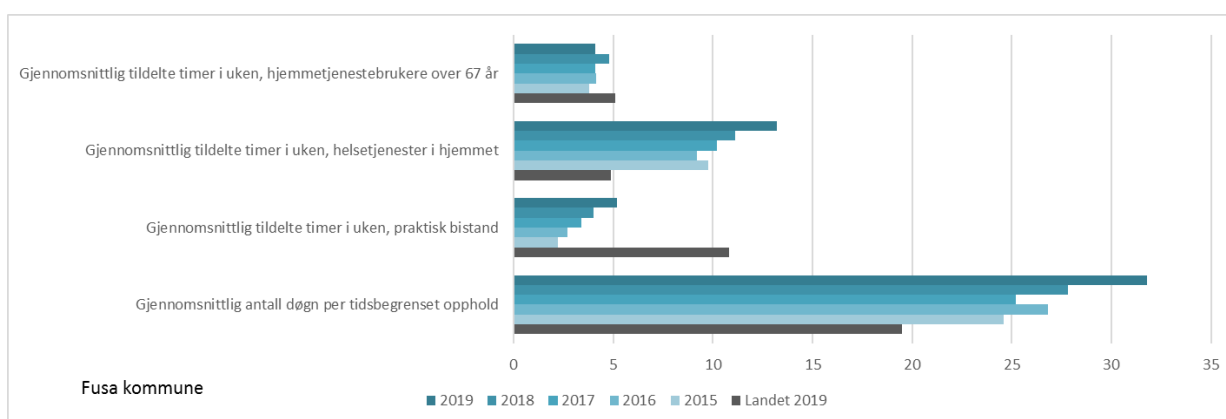
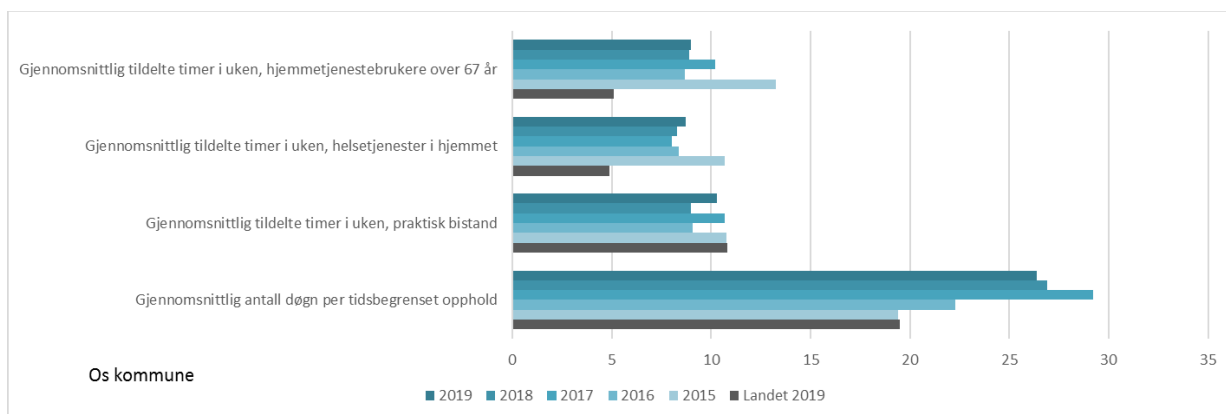
Figurene under dekker årene 2015-2019, og viser utviklingen på noen sentrale indikatorer basert på innrapporterte tall til KOSRTA. Tallene fanger dermed ikke opp utvikling som har skjedd i den nye kommunen i løpet av 2020.



Figur 4-1 Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Os og Fusa 2015-19. Kilde: KOSTRA

Figur 4-1 viser at Os kommune ga hjemmetjenester til mange brukere over 80 år, sammenlignet med resten av landet, mens kommunen hadde relativt få på sykehjem. Andel over 80 år på sykehjem i 2019 var på 6,7%, mot 12,1% for landet som helhet. I Os økte andelen fra 2017 (4,1 %) til 2019 (6,7 %). Dette kan forklares med åpningen av Luranetunet. Noen informanter trakk fram at det var en viss «oppnopning» av sykehjemsbehov i tiden fram mot åpningen. Det at andelen over 80 år med hjemmebaserte tjenester holder seg høy støtter inntrykket av at Os har videreført den langsiktige satsingen på hjemmebasert omsorg.

Situasjonen i Fusa i 2019 var preget av en sykehjemsdekning noe over landssnittet og nesten dobbelt så høy som i Os. Relativt omfattende bruk av sykehjem kan kanskje forklares med at det er dyrt å levere hjemmetjenester når det er store avstander. Dessuten har Fusa ingen omsorgsboliger. Andel brukere med hjemmetjenester var nesten på høyde med nivået i Os, mens den totale andelen som mottar tjenester i Fusa var 10 % over landssnittet. Andelen brukerretnede årsverk med helsefagutdanning var vesentlig høyere i Fusa enn i Os.



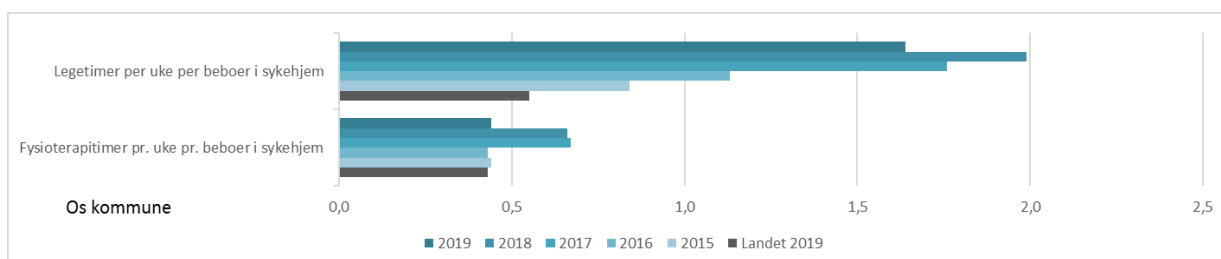
Figur 4-2 Gjennomsnittlig antall døgn per tidsavgrenset opphold, og tildelte timer per uke i ulike kategorier, Os og Fusa 2015-19. Kilde: KOSTRA

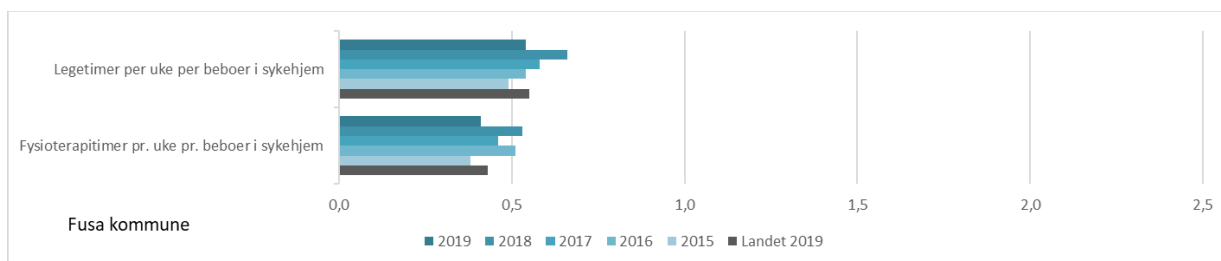
I Figur 4-2 bør man ikke legge vekt på tall for Os for 2015. Disse kan være misvisende.

Fra og med 2016 har det ikke vært noen markante trender i tildelte timer per bruker av hjemmetjenester i Os. Per bruker ligger Os rundt landsgjennomsnittet i tildeling av praktisk bistand, men langt over landsgjennomsnittet for helsetjenester i hjemmet. Dette kan være et resultat av sterk satsing på at brukerne skal bo hjemme lengst mulig.

I Fusa ligger tildeling av praktisk bistand langt lavere enn i Os og i landet for øvrig, men tildeling av helsetjenester ligger enda høyere enn i Os. Dessuten har det vært en markant vekst i tildeling av begge typer tjenester i perioden.

Oppholdstiden på korttidsplass har i årene 2016-19 vært høy i begge kommunene. I Os har liggetiden falt siden 2017, mens det fortsatt var vekst i liggetiden i Fusa.





Figur 4-3 Gjennomsnittlig antall timer fysioterapi og lege pr. uke pr. beboer på sykehjem, Os og Fusa 2015-19. 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. Med hensyn til antall legetimer lå både Os og Fusa over landsgjennomsnittet, Os i vesentlig større grad enn Fusa. Begge kommuner har hatt en vesentlig reduksjon på begge indikatorene fra 2018-2019, noe som bringer antall fysioterapitimer under snittet for begge kommuner. Likevel varslet ansatte på demensavdelingen ved sykehjemmet i august 2019 om svak bemanning, med tilhørende negative konsekvenser for pasientene.

Hverdagsrehabilitering

Med hensyn til forebygging og hverdagsrehabilitering oppfatter informantene at dette er noe kommunen har satset mye på. Rehabilitering på sykehjem er styrket og utskrivningsklare pasienter prioriteres. Kartleggingen og hverdagsmestring fører til at mange av dem som søker bistand ikke tildeles tjenester, fordi kommunen kan løse brukerens behov ved hjelp av enklere tjenester som ikke krever vedtak.

Velferdsteknologi

Informantene opplever at kommunen har satset relativt mye på velferdsteknologi. Os har 2 årsverk øremerket for å arbeide på dette feltet. På Fusa hadde man i 2019 1,4 årsverk som jobbet med velferdsteknologi.

De fleste trekker frem visningsleiligheten som er etablert i samarbeid med en videregående skole. Pårørende og brukere kan komme til visningsleiligheten for å se alle løsningene som er i bruk, både løsninger som kan utløse kommunal eller statlig finansiering, og løsninger som kan kjøpes privat.

Kommunen er med i «Vestlandsprosjektet» som omfatter hele Nord-Hordaland. De kjøper tjenester fra privat leverandør (Doro). Prosjektet har omfattet bl.a. alarmtjenester. Plattformen som brukes skal også bygges ut slik at den leverer flere tjenester som GPS-varslinger. Digitalt tilsyn på natt skal tas i bruk. Multidose har vært i bruk en stund.

Det har, ifølge informantene, vært noen utfordringer knyttet til integrering av velferdsteknologi i tjenestene i Fusa. Det er dilemmaer knyttet til organisering av tjenestene. I dag skjer behovskartlegging for velferdsteknologi adskilt fra andre tjenester, og flere informanter opplever dette som tungvint. Samtidig påpekte andre at det er en risiko for at satsingen på velferdsteknologi kan bli utvannet hvis den organiseres fullt ut i andre enheter. Både Fusa og Os har brukt tilskudsordninger knyttet til velferdsteknologi som fylkesmannen forvalter.

4.1.4 Økonomi

Forsøkets effekt på kostnader og inntekter

Det er mange informanter i Bjørnafjorden som mener at finansieringsmodellen i forsøket er en hensiktsmessig modell som har gitt kommunen mange fordeler. Os har hatt sterk vekst, et godt omdømme og mange tilflyttinger, og forsøket har gjort kommunen i stand til å dekke behovene.

Tidligere analyser av økonomien i Os viser at kommunen hadde god kontroll på kostnader i starten av forsøket. I begynnelsen av forsøket uttrykte flere informanter viktigheten av at nivået for utgiftene ikke burde stige mer enn at rammefinansieringen tillater når forsøket er over. Økonomiavdelingen lagde også budsjetter for enhetene som var tilpasset en mer langsiktig tenkning. I praksis har enhetene i liten grad fulgt disse budsjettene. Lederne på ulike nivåer i kommunen har ikke brukt budsjettene som grunnlag for styring. En grunn var at overskuddene som forsøket genererte gjorde det vanskelig å holde «igjen på tjenestene».

Flere informanter er nå bekymret for at utgiftsnivået i Bjørnafjorden er kommet opp på et nivå som ikke kan videreføres etter forsøket.

Nå har hele organisasjonen fått en langt større oppmerksomhet om hva som skal skje når forsøket er over. Rammene i økonomiplanen viser hvor store innsparinger som er nødvendig for pleie- og omsorgstjenestene og for andre tjenester. Bjørnafjorden har nå fått hjelp av et eksternt firma (Infokraft) til å visualisere og kommunisere hvordan finansieringen virker. Det er lagt vekt på at finansieringen gir betydelig mer også til andre sektorer enn pleie og omsorg. Budskapet blir nå systematisk spredt både i de ulike sektorene og i kommunens politiske organer.

I prinsippet kan det høye utgiftsnivået i Os både være et resultat av høye utgifter til driften av tjenestene og en generøs tildeling av tjenester. I det følgende drøfter vi betydningen av disse forholdene i Os kommune.

Drift av tjenester

Enhetskostnadene gir et godt uttrykk for hvor effektiv driften er organisert. Lavere enhetskostnader enn satsene brukt i forsøket gir kommunen en økonomisk gevinst. Tilsvarende gir høyere enhetskostnader kommunen et tap. I likhet med de andre kommunene i forsøket er det klare indikasjoner om at enhetskostnadene har økt. Det er imidlertid ingen som har beregnet hvor mye de har økt verken i Os eller de andre kommunene.

Os anslår at kommunen hvert år forsøket har vart har brukt rundt mellom 20 og 30 millioner kroner mer på tiltak som kurs, kompetanseheving og innkjøp. Tiltakene innebærer en bevisst bruk av økte inntekter, som også fører til at enhetskostnadene øker. Tiltakene vil ikke bli videreført i 2021, noe som vil bidra til at enhetskostnadene igjen blir redusert.

Økte enhetskostnader kan også være et resultat av en styrking av bemanningen, blant annet for å lønne vikarer når fast ansatte er på kurs. Det kan også være at det i større grad blir satt inn vikarer ved sykdom.

I Os har antall årsverk i hjemmetjenesten økt mer enn økningen i tildelte timer. En mulig forklaring kan være at tjenesten har brukt de «myke budsjetterammene» til å ansette flere, og da kanskje ut fra ønsker både om å gi et bedre tilbud til brukerne og bedre arbeidsforhold for ansatte.

Tildeling av tjenester

I Os var det i 2019 46,6 % av eldre med tilbud over 80 år med tjenester fra kommunen. Nivået er rundt 4 prosentpoeng høyere enn landssnittet og vesentlig høyere enn de andre kommunene i forsøket. Dekningen i Os har vært på omtrent samme nivå gjennom perioden, mens landet som

helhet har hatt en reduksjon på 4 prosentpoeng. Lillesand og Stjørdal har hatt en reduksjon i samme størrelsesorden.

Os kan altså ha innrettet seg slik at eldre ikke er like selvhjulpne som det som er vanlig i andre kommuner. Kanskje kan det være at tildelingen ikke fungerer helt som i andre kommuner. For selv om forsøket innebærer en standardisering av hvordan tildelingen skjer, er det fortsatt rom for at kommunene kan ha ulik praksis. Det kan være at Os i større grad enn de andre kommunene er preget av en «hjelpkultur», og at «mestringskulturen» ikke har fått det samme fotfeste som det som ellers er vanlig. Det er også mulig at Os ikke i samme grad som de andre kommunene har lyktes med tiltak som kartleggingsteam og hverdagsrehabilitering. Dette er tiltak som er ment å bidra til at færre trenger tjenester eller bare tjenester over en kort tid. Videre har Os kanskje ikke i samme grad lyktes med å bruke velferdsteknologi som gjør at brukerne blir mer selvhjulpne.

Vi har fått høre under intervjuene at det ikke har skjedd vesentlige endringer i tildelingen under forsøket. Den konstante dekningen for eldre over 80 år tyder på at denne opplevelsen stemmer. Men den høye andelen eldre over 80 år som får tjenester innebærer isolert sett at utgiftene holdes oppe. Når kommunen nå får større fokus på økonomistyringen kan det kanskje føre til en strengere praksis slik at tildelingen beveger seg i retning hva som er vanlig i andre kommuner. Hypotesen er altså at de økonomiske rammene også er av betydning for praksisen for tildeling.

I ett intervju ble det hevdet at tildeling av praktisk bistand har vært mer sjenerøs i Os enn i Fusa. Antall tildelte timer per bruker av hjemmetjenester har hele tiden ligget høyt i begge kommunene

Det er et krav om å bruke opp fondet fra den første delen av forsøket innen utgangen av 2020. De opprinnelige planene for bruken av fondet har blitt endret. Omtrent halvparten av fondet vil bli brukt til å dekke merkostnader til pandemien. Bjørnafjorden bygger nå opp et nytt fond i den andre delen av forsøket, som er planlagt brukt for å klare overgangen til rammefinansiering igjen. Dette har hele tiden vært planen.

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 ble det gjennom intervjuene (i 2019) 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.

Andre effekter av forsøket

Kommunen beskriver at den viktigste effekten av forsøket er at de har fått en helt annen innsikt enn det vi hadde før og langt bedre oversikt på kostnadene. Det er kodingen i Profil som gjør dette. Det er mye arbeid knyttet til å holde dette ved like. Dette gjør at de kan se på omfang i vedtak og sammenligne dette med tilgjengelige årsverk. Før forsøket var det bare i skole man hadde en slik innsikt i kommunal sektor. I tillegg har forsøket gitt lederne betydelig økt innsikt i egen tjeneste.

4.1.5 Oppsummering: hvordan har forsøket påvirket Bjørnafjorden?

Det overordnede inntrykket fra tidligere er 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 mer systematikk i arbeidet med kartlegging og hverdagsrehabilitering, økt kompetanse, og riktigere koding og rapportering som har gitt kommunen bedre oversikt over egne tjenester og økonomien forbundet med ulike tiltak.

Bjørnafjorden 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.

Den nye sammenslåtte kommunen har et relativt stort omstillingsbehov og må ta ned nivået på de fleste tjenestene. Det er derfor stort fokus på at tjenestene innen helse og omsorg må ved uttredelse av forsøket være på et bærekraftig nivå. Det er også et pågående arbeid med å bevisstgjøre øvrige deler av kommunen på deres budsjetter kanskje også har vokst seg for store som følge av forsøket.

4.2 Stjørdal

Stjørdal kommune i Trøndelag har deltatt i forsøket siden mai 2016 (modell A), og er også med i forsøkets del to.

4.2.1 Status 2019

I tråd med det som har fremkommet i tidligere rapporter, opplever informantene i Stjørdal gjennomgående at deltagelsen i forsøket har ført til økt innsikt i egne tjenester og bedre sammenheng mellom tildelte og utførte tjenester. Forsøkets arbeidsmetodikk og tilnærming har i stor grad blitt integrert i driften av tjenestene.

Stjørdal hadde på tross av stor vekst i behov unngått å øke aktivitet- og utgiftsnivået tilsvarende. Informanter i kommunen viste likevel til at behovsdekningen i kommunen var god, blant annet på grunn av styrking av tjenester langt ned i omsorgstrappen.

Kommunen har gjennom hele forsøksordningen frembrakt store overskudd som har blitt brukt blant annet til å finansiere investering i nytt helsehus.

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 brukere 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.

Gode økonomiske resultater fra forsøket

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 trakk mange informanter frem at det har vært en betydelig vekst i behov. Evalueringsrapporten fra 2019 støttet denne observasjonen med beregninger som viser at behovet i Stjørdal har vokst mer enn aktivitetene. Stjørdal har kommet gunstig ut av finansieringsmodellen i forsøket, og har hatt muligheten til å benytte overskudd fra forsøket blant annet til investeringer i nytt helsehus.

Stjørdals mål for andre del av forsøket

I andre del av forsøket trekker informantene fram flere ulike satsingsområder:

- ▶ Mer bruk av teknologi, noe det allerede er avsatt ressurser til
- ▶ Kompetanseheving av ansatte, som det også er satt av ressurser til
- ▶ Forbedret forvaltningspraksis og tildelingsfunksjon
- ▶ Økt satsing på heltid og nærvær
- ▶ Gevinstrealisering – de nye måtene å jobbe på må forplantes ned i organisasjonen
- ▶ Strukturendringer – de tre første årene har medført få organisatoriske endringer, men kommunen forventer større behov for strukturendringer de kommende årene
- ▶ Økt samarbeid med frivillige og lokalt næringsliv knyttet til lavterskeltilbud

4.2.2 Tildelingsfunksjonen i forsøket

Tildelingsenheten i Stjørdal har vært del av et interkommunalt forvaltningskontor, der blant annet også Selbu har inngått. Det er varslet at tildelingsfunksjonen skal reorganiseres. Det er ikke endelig

bestemt hvordan dette kommer til å se ut, men det vil bli foretatt en opprydding i roller og myndighet, med mål om at funksjonene etableres nærmere brukerne.

Utforming av vedtak

Kommunen har gjennom sin deltagelse i forsøket opparbeidet seg god oversikt over hva som er vedtatt, hvor mye tid som er planlagt brukt til tjenesteutøvelse og hva som faktisk gjøres.

Forvaltningskontoret skriver omfanget eller hva tjenesten skal inneholde, ikke antall timer i vedtaket. Tjenestestedene skriver timene inn i tjenestebildet. For noen tjenester står det imidlertid timer i vedtaket, eksempelvis vedtak om BPA. Der presiseres antall timer, da dette er en faktureringsjeneste.

Kommunen har arbeidet målrettet med rapportering fra prosjektets start. Controllerne går igjennom bemanning, sjekker hvor mange som har vært på jobb i perioden, og sammenligner dette mot tjenestetimer i Profil for å se om det er logisk samsvar. Tildelte timer i Profil skal samsvare med faktisk utførte timer. Dette er en fast kontroll kommunen gjennomfører.

Det som synes å utfordre dette bildet er dersom tjenestene endrer seg uten at vedtakene endres samtidig eller i samme grad. Kommunen er ut fra dette opptatt av at vedtakene revurderes, enten i forhold til avtalt dato eller ved endring i behov.

Kompetanse, kapasitet og samarbeid

I tidligere rapporter har den fragmenterte tildelingsprosessen vært omtalt. Det har vært tre aktører i denne prosessen, Forvaltningskontoret som fatter vedtakene, Hverdagsmestringsteamet som kartlegger brukerne og Primærhelseteamet²² som er involvert i saker med økonomisk betydning (nå primært knyttet til støttekontakt, omsorgslønn og BPA hvor Primærhelseteamet skal godkjenne vedtakene). I tillegg til de som har en formell rolle, involveres også Distriktsmedisinsk senter, hjemreisekoordinator og kreftsykepleier i prosessen.

Rollene har vært uklare, men ved årets besøk gir informantene noe bedre tilbakemeldinger med hensyn til hvordan prosessen fungerer i praksis. Gjennomgående beskrives tildelingsfunksjonen som at den fungerer greit og at det er tilstrekkelig med kompetanse i tildelingen, men at den er for omfattende og tar for lang tid. Det meldes også om noen kapasitetsutfordringer for Hverdagsmestringsteamet som både skal kartlegge og drive med opptrening av brukere.

Noen informanter mener at man fortsatt mangler tilstrekkelige kartleggingsverktøy i prosessen. IPLOS dekker ikke alle relevante forhold.

Med hensyn til i hvilken grad tjenestene involveres i tildelingen er oppfatningene delte, flere for utførervirksomhetene etterlyser bedre samhandling rundt brukerne. En typisk beskrivelse av dagens situasjon synes å være:

«Målt på sluttproduktet, dvs. vedtaket og tjenesten som er levert, tror jeg en gjennomgang vil vise at det fungerer bra. Spørsmålet er om vi kunne ha brukt mindre ressurser på tildeling og fått samme kvalitet».

²² Stjørdal har etablert primærhelseteam som møtes jevnlig for å vurdere helhet og hensiktsmessig tverrfaglig oppfølging for pasienter med sammensatte behov. Fastlegen inngår som del av primærhelseteamet. For ordens skyld: Stjørdal deltar ikke i Helsedirektoratets pilotprosjekt med primærhelseteam.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkningen har vært en sentral del av forsøket. Sentrale virkemidler for å lykkes med dette har vært tverrfaglig kartlegging, bruk av samleguides, vektlegging av «hva er viktig for deg?», motiverende intervju og grundig dokumentasjon av brukermedvirkning i vedtakene.

I 2019 startet kommunen med kartlegging av mulige fremtidige brukere gjennom forebyggende hjemmebesøk. Her får brukerne relevant informasjon, bl.a. om velferdsteknologi, og hvordan de kan tilrettelegge for egen fungering selv. Det beskrives mer som en helsefremmende samtale enn en tradisjonell kartlegging. Kommunen er ikke på jakt etter hva den enkelte eventuelt trenger av tjenester, men å motivere den enkelte til å mobilisere egne ressurser slik at de kan klare seg selv.

Noen informanter opplever et sterkere brukerfokus nå enn tidligere. «*Jeg tror brukerne er mer involvert nå enn bare for ett år tilbake. Ikke helt sikker på hva det skyldes, om det er SIO eller om det er fordi vi har hatt flere tilsyn, uansett er vi mer bevisst på det nå.*»

Andre informanter peker på at brukermedvirkningen ved revidering av vedtak ikke er like god, revidering skjer ofte på bakgrunn av faglige vurderinger, mens andre er opptatt av at brukermedvirkningen ved tildeling kanskje er bedre enn ved selve tjenesteytingen.

Med hensyn til brukermedvirkning på systemnivå har kommunen, som oppstart av planarbeidet *Omsorg 2036*, hatt dialogkonferanse med alle brukerorganisasjoner hvor de ba om innspill på forskjellige tema i planen og i tillegg ble det diskutert hvordan samarbeidet med brukerorganisasjonene kan videreføres.

Med hensyn til i hvilken grad tjenestene involveres i tildelingen er oppfatningene delte, flere av informantene fra utførervirksomhetene etterlyser bedre samhandling rundt brukerne.

4.2.3 Utvikling av tjenestene

I likhet med tidligere år mener informantene at tjenestene i stor grad dekker behovene, og at kommunen har en dynamisk tilnærming til dette. Hverdagsmestringsteamet som ble opprettet tidlig i første fase av forsøket har som mål å iverksette tiltak langt nede i tiltakstrappen. Dette lykkes de med i så stor grad at kun halvparten av dem som kartlegges blir tildelt tjeneste.

Kommunen merker endringer med hensyn til endring i brukergruppene og ut fra det etterspørsel av tjenester. Brukerne innen pleie- og omsorgstjenester blir stadig eldre. Utfordringen ligger i stor grad på institusjon og heldøgns omsorg, hvor kapasiteten er begrenset.

Brukere under 50 år øker jevnt og trutt, spesielt i gruppen mellom 30 og 50 er det stor økning. Deres behov er ikke så ressurskrevende, de krever ikke så mange timer, men de øker i omfang. Det samme gjelder etterspørselen etter tjenester innen psykisk helse og rus.

Kommunen har også registrert en liten økning i den gruppa som er svært ressurskrevende. Timetallet har gått opp da det er flere brukere der det trengs styrket bemanning. Utgiftene til støttekontakt, omsorgslønn og BPA hevdes også å øke.

En annen endring som er blitt tydelig de siste par årene gjelder utviklingshemmede. Kommunen registrerer at mange i denne gruppen utvikler de samme livsstilssykdommene som befolkningen ellers. Utvikling i demens gjelder også for denne brukergruppen. Også innen psykisk helse og rus registreres det en økning i antall eldre brukere.

Utvikling i aktivitetstilskudd

Tabell 4-2 viser utviklingen i aktivitetstilskudd i Stjørdal²³. Stjørdal har faktisk hatt en reduksjon i tilskudd i løpet av perioden, noe som bekrefter inntrykket av at kommunen har vært bevisst på å holde tjenestenivået nede. Videre har kommunen har en vesentlig vridning av tilskudd fra helsetjenester i hjemmet til institusjon, noe som kan forklares av omhjemlingen av omsorgsboliger til sykehjem som fant sted i kommunen.

Tabell 4-2: Aktivitetstilskudd i Stjørdal per halvår, 2017-2020

	2017-1	2017-2	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1
Langtidsopphold på institusjon	23,1	24,6	26,8	30,4	43,9	46,2	47,1
Korttidsopphold på institusjon	18,6	16,6	17,7	21,6	21,4	20,1	18,7
Utskrivningsklare fra sykehus	0,3	0,0	0,1	0,5	0,4	0,3	0,5
Helsetjenester i hjemmet	133,0	145,1	126,0	123,4	109,6	107,0	105,3
Praktisk bistand daglige gjøremål	11,2	11,4	10,6	8,5	8,8	9,0	9,4
Praktisk bistand, opplæring	17,3	18,3	18,1	18,5	17,5	15,9	17,0
Praktisk bistand, BPA	0,6	0,2	2,3	2,9	2,9	3,0	4,5
Avlastning utenfor institusjon	1,4	0,8	0,8	0,7	0,9	1,0	0,8
Dagsenter	7,7	6,5	6,7	6,4	6,8	7,2	5,9
Omsorgslønn	2,4	2,1	2,0	2,1	2,3	2,2	2,3
Støttekontakt	2,0	2,2	2,7	2,5	2,8	2,7	2,6
Institusjon	42,0	41,2	44,6	52,5	65,7	66,7	66,3
Helsetjenester, praktisk bistand	162,1	175,0	157,1	153,2	138,8	134,9	136,2
Andre tjenester	13,5	11,7	12,2	11,7	12,8	13,2	11,6
I alt	217,7	227,9	213,9	217,5	217,2	214,7	214,2

Omfang og innretning på det kommunale tilbudet

Tjenestetilbudet fremstår ikke i 2020 som vesentlig forskjellig fra det som ble presentert i forrige rapport. Informantene mener at omsorgstrappen er hensiktsmessig. Det er imidlertid to forhold som kan komme til å prege tilbudene i kommunen i tiden fremover.

De ene forholdet er de kommende utgiftsreduksjonene, som beskrives nærmere i kapittel 4.2.4. Hvordan dette kommer til å ramme tjenestene er foreløpig ikke helt avklart og effekten av dem kommer først til neste år.

Det andre er at kommunen har stengt ned en del lavterskeltilbud som en del av koronatiltakene, eksempelvis aktivitetssenteret. Kommunen har registrert lite støy rundt dette og det har reist et spørsmål om det er kommunens oppgave å i egen regi drive tiltak så langt nede i trappen. Disse tilbudene hevdes å ha lite terapeutisk ved seg, de handler om sosiale møteplasser hvor kaffe og mat er viktig innhold. Diskusjonen om hvorvidt disse tilbudene i større grad kunne vært gjort i frivillig regi eller i samarbeid med lokalt næringsliv har startet. Kommunen vurderer om en fremtidig oppgavefordeling bør være at kommunen konsentrerer seg om tiltak lenger opp i trappen, mens andre aktører tar ansvar for de nederste trinnene.

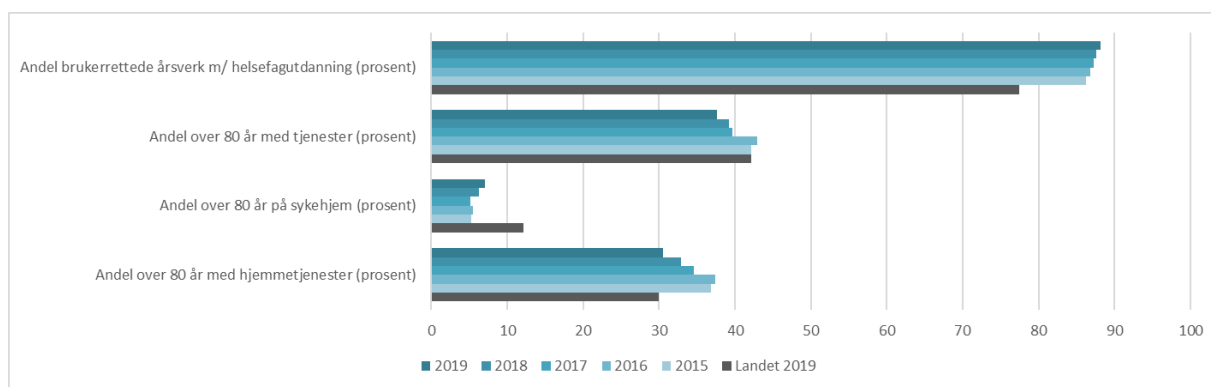
²³ Tilskuddene er slått sammen fra kvartal til halvår for å få plass til å vise på én side.

Men hensyn til mottak av utskrivningsklare pasienter har Stjørdal fortsatt noen utfordringer. Kommunen har fortsatt presset kapasitet, noe som medfører at det blir noen «overligger» på sykehusene. Kommunen får økt kapasitet først når helsehuset står ferdig.

De siste to årene har Stjørdal hatt en ordning hvor 2 stillinger som hjemreisekoordinatører har vært øremerket arbeidet med å tilrettelegge for tilbakeføring til eget hjem, både fra sykehus og sykehjem.

Det synes å være noe uenighet rundt effekten av disse stillingene. Kommunens ledelse vurderer å avvikle ordningen som en del av innsparringstiltakene med begrunnelsen at tiltaket ikke har ført til reduksjon i bøter fra sykehusforetakene. De som utfører tjenestene, oppfatter at de har lyktes og at de ivaretar de utskrivningsklare pasientene på en god måte

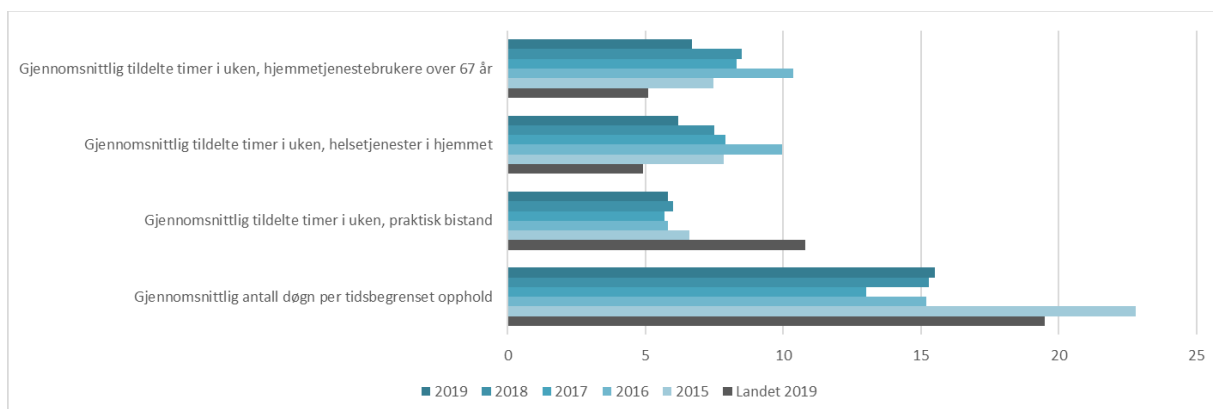
Figurene under dekker årene 2015-2019, og viser utviklingen på noen sentrale indikatorer basert på innrapporterte tall til KOSRTA. Tallene fanger dermed ikke opp utvikling som har skjedd i løpet av 2020.



Figur 4-4 Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Stjørdal kommune 2015-19. Kilde: KOSTRA

Figuren viser at det i Stjørdal i 2015 var 42 % av eldre over 80 år som mottok pleie- og omsorgstjenester, noe som var nest lavest blant forsøkskommunene. Vi ser at andelen er også synkende og at den i 2019 var på 37,6 %, nesten 5 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.

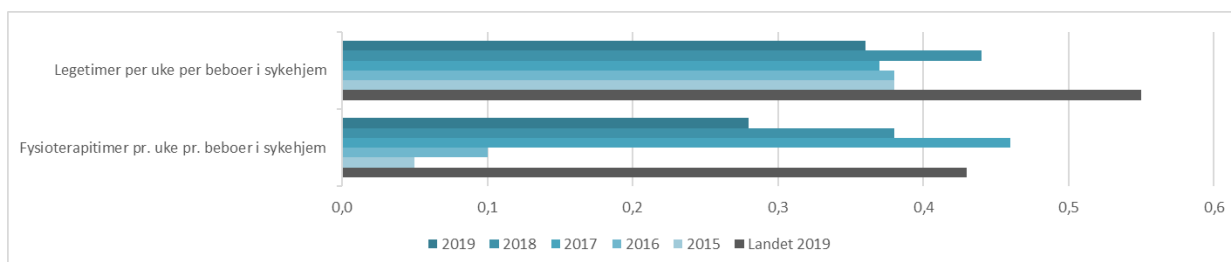
Vi ser at andelen som mottar hjemmetjenester Stjørdal kommune har vært synkende siden 2016 hvor den var på 37,4 %, mens den i 2019 var på 30,5 %, omtrent som landssnittet. Andelen som bodde på sykehjem i 2019 var 7,1 % og har økt med vel halvannet prosentpoeng siden 2016. Økningen skyldes den omtalte omhjemlingen av omsorgsboliger til institusjonsplasser. Nivået er på halvparten av landssnittet. Andelen med høyskoleutdanning i 2015 var 6 prosentpoeng over landet som helhet. I 2019 har andelen økt til 88,2 %, noe som er nesten 11 % mer enn landet.



Figur 4-5 Gjennomsnittlig antall døgn per tidsavgrenset opphold, og tildelte timer per uke i ulike kategorier, Stjørdal 2015-19. 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 til praktisk bistand har vært stabil i forsøksperioden, mens når det gjelder helsetjenester i hjemmet var nivået i 2019 det laveste som har vært målt, men fortsatt godt over landssnittet.

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



Figur 4-6 Gjennomsnittlig antall timer fysioterapi og lege per uke per beboer på sykehjem, Stjørdal 2015-19. 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 lå Stjørdal fortsatt godt under landsgjennomsnittet i 2015, og for begge indikatorene har det vært en vesentlig reduksjon fra 2018 til 2019.

Hverdagsrehabilitering

Stjørdal har gjennom forsøket fremstått som en foregangskommune med hensyn til hverdagsrehabilitering og forebygging. Hverdagsmestringsteamet ble som nevnt opprettet allerede ved starten av forsøket.

Det fremkommer nå noen forhold som vil kunne påvirke kommunens satsing på dette området fremover. Forebyggingsperspektivet som bæres av hverdagsmestringsteamet utfordres av at mange brukere som grunnet lav andel institusjon fortsatt bor hjemme har et funksjonsnivå som gjør at de ikke er habiliterbare. I tillegg utfordres lavterskeltilbudene av de kommende kuttprosessene.

Det siste året har Hverdagsmestringsteamet brukt mye tid på kartlegging og dokumentasjon, noe som har gått på bekostning av selve hverdagsrehabilitering.

Velferdsteknologi

Kommunens satsing på velferdsteknologi har pågått i flere år og kommunen har også brukt fondsavsatte midler fra forsøket, i tillegg til tilskudd fra fylkesmannen, til å styrke denne satsingen. Tiltak innen velferdsteknologi omfatter nå blant annet sensorer, elektroniske medisinbokser, robotstøvsugere, robotstøvsuger med vaskefunksjon, nettbrett for kommunikasjon mellom pasienter og pårørende, digitalt søknadsskjema og digitalt tilsyn. Erfaringene med digitalt natt-tilsyn fremheves som positive og med godt resultat for brukerne. Kommunen har fått tilbakemeldinger fra brukere på at det er positivt å ikke ha ansatte inne hos seg om natten.

Det er opprettet et interkommunalt responscenter i Stjørdal som skal ta imot alle typer teknologiske signaler og videreformidle dette. Og kunne videreformidle dette til de utøvende tjeneste. Hensikten er å oppnå større sikkerhet for brukeren. Responscenteret er bemannet med 4 helsearbeidere som tar imot elektroniske signaler og som skal sikre at respons blir gitt.

Til tross for den omfattende satsingen opplever kommunen også utfordringer knyttet til implementering av teknologi, eksempelvis i den ordinære hjemmetjenesten. Endring av arbeidsmåter er krevende, og det tar lang tid. Noen helsearbeidere oppfatter fortsatt velferdsteknologi som en tilleggstjeneste og ekstraarbeid, mens det er ment å være en integrert del av tjenesten og som noe som kommer i stedet for noe annet.

Strategi for videre utvikling av tjenestene

Kommunen er inne i en prosess hvor det må foretas effektivisering og reduksjoner i budsjettene. Dette vil kunne påvirke behovsdekningen fremover, kanskje spesielt lavterskeltilbudet.

Som en følge av koronasituasjonen la kommunen 12. mars 2020 ned de fleste tjenester som ikke er lovpålagt.

Stjørdal har satt i gang et par nye prosjekter, blant annet er de i ferd med å vurdere samlokalisering av alle mobile tjenester, de som drar rundt i kommunen og gir folk tjenester i eget hjem. En av begrunnelsene for å gjøre dette er å sikre spesielt sykepleierkompetanse til hele befolkningen, og at tilgangen til slik kompetanse ikke skal være avhengig av hvor man bor. Det vil sikre en bedre behovsdekning. For de mobile tjenestene har kommunen i dag lokale soner i de ulike bygdesamfunnene. Disse er i samdrift med et bosenter. I fremtiden ser kommunen for seg at de kan rendyrke drift inne i et bosenter, og rendyrke det som er ordinær hjemmetjeneste. Da vil man kunne samorganisere hjemmebaserte tjenester med fysioterapi, ergoterapi, hverdagsmestring, og psykisk helse og rus, og de vil i større grad kunne jobbe i team.

En informant trekker fram at en slik ordning vil utfordre nåværende forvaltningspraksis. Man får et bedre grunnlag for forvaltning og bedre behovsdekning når man er tett på brukeren gjennom flerfaglighet. Dette kan også medføre at spørsmålet om man i fremtiden trenger forvaltningskontoret slik det er i dag, reiser seg. Forvaltningen er også i spill. En slik omorganisering vil, ifølge informanten, kunne føre til mer heltid og at kommunen får utnyttet høyskolekompetansen mer effektivt, at fagmiljøene blir større og at fleksibiliteten i tjenesten øker.

Stjørdal er den forsøkskommunen som har høyest andel høyskoleutdannede, men det hevdes at for mange av disse er stor sett samlet rundt rådhuset.

I dag er tjenestene organisert i fire soner. Tre av dem er små, 2-3000 innbyggere. Informanter opplyser om at det ofte er vanskeligere å rekruttere nødvendig kompetanse til de små sonene.

Et annet utviklingstrekk som vi påvirke tjenestene er at eldre flytter og bor mer hensiktsmessig enn i dag enn hva de gjorde for 15 år siden. De tilrettelegger for egen alderdom i eget hjem. Det er ikke vurdert som hensiktsmessig å flytte mennesker som bor godt i eget hjem til en kommunal bolig. De kommunen bør bygge for i fremtiden er mennesker med kognitiv svikt. Kommunen får etter egne beregninger om lag 800 flere 80-åringer i 2030 og må planlegge med kapasitet til å ta imot 20-25 % av dem som kanskje vil ha behov for sykehjemsplass.

Kommunen ønsker ikke å bruke begrepet sykehjem lenger.

«Det er nesten blitt et skjellsord. Nå snakker vi om institusjonsplass. Ordbruken gjør noe med oss. Det vi bygger på Fosslia, er institusjonsplasser».

Kommunen registrerer at svært mange av de eldre greier seg svært lenge selv, samtidig øker antallet demente og de må ha hjelp. Når det gjelder fremtidig institusjonsstruktur tenker kommunen å bygge et senter for brukere med aldersdemens på Fosslia og beholde det klassiske sykehjemmet på Halsen. Hele Fosslia bosenter er omhjemlet til institusjon fra omsorgsplasser, etter tilsyn fra fylkesmannen. Når kommunen skal bygge nye Fosslia, skal flere plasser rives. Kommunen har videre et bosenter på Skatval som er bygget for 25 år siden som de ønsker å endre driftsform på.

4.2.4 Økonomi

Finansieringsordningen i forsøket sikrer at økt behov kan imøtekommes. For Stjørdal som vekst-kommune vil det typisk innebære at etterspørselen etter omsorgstjenester øker utover året. I motsetning til en ordinær ramme lar denne veksten seg finansiere innen forsøket. De fleste informantene opplever at brukerne har fått riktigere tjenester i forsøket og spesielt at de forebyggende tjenestene har blitt styrket.

Stjørdal er blant de kommunene som økonomisk sett har kommet mest gunstig ut av forsøket. Kommunen selv er svært opptatt av å peke på hvilke mekanismer forsøket har iverksatt i kommunene og hvilke læringseffekter det har hatt. Kommunens egen beskrivelse av dette er som følger:

«Det man bør lære nasjonalt av forsøket er at enhetskostnadene i SIO er et mediannivå i Norge. Forsøket har vist at den primære utfordringen kanskje ikke er at det er for lite ressurser i helse- og omsorgssektoren, men at ressursene er feil fordelt. At Stjørdal går med 40-50 mill. i overskudd, kan tyde på at budsjettene i kommunen er lave sammenlignet med gjennomsnittet i kommunesektoren. Men vi ser at sammenlignbare kommuner kan bruke opptil 100 mill. mer enn oss uten at dette gir dokumenterbare forskjeller med hensyn til kvalitet i tjenestene. Når kostnadsforskjellen mellom to sammenlignbare kommuner kan være 100 millioner, kan det indikere at det er behov for å regulere denne sektoren på samme måte som eksempelvis oppvekstsektoren som etter hvert styres av statlige føringer, eksempelvis gjennom bemanningsnorm i barnehage og skole, noe som sørger for likere prioriteringer.»

Som omtalt ved samtlige besøk i Stjørdal er kommunen opptatt av den læringseffekten forsøket har gitt ikke bare i forhold til det å ha innsikt i tjenestene og det å kunne budsjettere og styre sektoren, men også faglig bevisstgjørende og utviklende.

Den økte innsikten i tjenesten, og kostnadsstrukturer i form av enhetskostnader, har ifølge enkelte informanter gjort at «travelhet» kan måles.

«Nå har vi oversikt, hvor mange tjenester vi produserer, og hvor de produseres. Og vi kan sammenstille kostnadene med bemanning i avdelinger og virksomheter. Dette gjør at vi har tilstrekkelig informasjon til å kunne fordele ressurser internt i organisasjonen.»

Det store overskuddet kommunen har hatt gjør at det i fase to av forsøket er et sterkt fokus på at kommunen etter dette skal tilbake til de regulære rammevilkårene, de kan derfor ikke tillate seg en

kostnadsvekst i tjenestene. Som ordføreren uttrykker det: «Det viktigste tallet i økonomiplanen er 2023».

Overskuddet i prosjektet har vært brukt til kompetanseutvikling blant ansatte, investering i velferdsteknologi, egenfinansiering av helsehuset (som er fullfinansiert av fondsavsatte forsøksmidler og tilskudd fra Husbanken). I tiden fremover planlegges det å bruke fondsmidler til egenfinansiering av utbygging av 76 nye institusjonsplasser på Fosslia.

Kommunen fører gevinstrealiseringsregnskap som viser at de sparer 3,1 millioner kroner i året på å bruke velferdsteknologi. Til tross for det er det fortsatt like travelt, men det demper noe av trykket fra den store veksten i behov. Beregninger viser at Stjørdal fra 2016 til 2019 har effektivisert hjemmetjenesten med 20 %, uten hensyn til lønns- og prisvekst.

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?

Som vi har vært inne på tidligere og som har blitt fremhevet ved hvert av de tidligere besøkene i Stjørdal, har kommunen en god erfaring med forsøket og den effekten som de fleste er enige om er at det har gitt faglig utvikling og en unik innsikt i tjenestene og oversikt og kontroll med økonomien. Inntrykket forsterkes av årets besøk. «Vi får stadig mer fakta og driver stadig med mindre synsing.» Og, fremheves det, kommunen har nå ikke bare kontroll på økonomien, men på tjenestevolumet og på hvordan tjenesten utøves. Det pekes på at den økte fagkompetansen har ført til økt kvalitet i pasientjournalene. Nå er dette bildet gjennomgående riktig, mens det tidligere i mindre grad stemte med virkeligheten.

Enkelte informanter uttrykker undring over at den læringen som prosjektet har gitt, ikke i tilstrekkelig grad blir formidlet, fra departement og statsråd og direktorat. Det er generert mye kunnskap i prosjektet som resten av kommune-Norge ville hatt nytte av.

Noe av prisen kommunen synes å måtte betale for den økte læringen og innsikten, er at den administrative delen av jobben er blitt mer omfattende. Det rapporteres mer og det dokumenteres vesentlig mer og det beskrives som ressurskrevende, men ansees i hovedsak som den prisen som må betales for innsikten.

4.3 Selbu

Selbu har deltatt i forsøket siden 2016, men da som del av Modell B. Denne modellen ga et øremerket tilskudd heller enn aktivitetsbasert finansiering. Modellen hadde heller ikke samme krav til arbeidsmetodikk som de kommunene som deltok i Modell A. Selbu gikk inn i forsøket fullt ut (Modell A) fra og med 2019, med oppstart av aktivitetstilskudd 1. januar 2020.

4.3.1 Status 2019

Informantene i kommunen så i 2019 få sikre virkninger av deltakelsen i forsøket på tildelingen og kvaliteten på tjenestene. Men informantene pekte på flere mulige effekter:

- ▶ 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 laget planer for tiltak som skulle følges opp. Forsøket har derfor kommet inn som en ekstra stimulans til å gjennomføre tiltakene som allerede forelå og forsøket har ført til at planlagte tiltak er blitt gjennomført tidligere. Opplæringstiltak finansiert med forsøksmidler har også bidratt til å heve kompetansen i sektoren.

Forsøket har gjort at helse- og omsorgssektoren er blitt økonomisk skjermet og inntektspåslag har bidratt til finansiering av ulike tiltak, f.eks. tjenesteutvikling i forbindelse med nytt sykehjem.

Ledelsen i helse- og omsorgssektoren opplever klare fordeler ved utvikling av statistikkbanken som har vært en direkte konsekvens av prosjektet i kommunen. Dette har gitt bedre innsikt i brukernes omsorgsbehov og ressursbruken i forhold til dette.

Selbus mål for andre del av forsøket

Informantene trekker gjennomgående frem følgende effekter de antar at fullverdig deltagelse i forsøket (Modell A) vil kunne gi:

- ▶ Læringseffekter:
 - Bedre innsikt i og mer kunnskap om egne tjenester
 - God dokumentasjon og gode data på tjenestetilbudet som gir bedre styringsinformasjon og innsikt i eget kostnadsnivå
- ▶ Kvalitetseffekter:
 - Økonomiske gevinster som kan brukes til å utvikle kvalitet og mangfoldet i tjenestene
 - Utvikle god struktur og kontroll på tildelingsprosessen
- ▶ Økonomiske effekter:
 - Effektivisering av tjenestene

4.3.2 Tildelingsfunksjonen i forsøket

Selbu har vært en del av det interkommunale forvaltningskontoret i Værnesregionen, men har bestemt seg for å trekke seg ut av det interkommunale samarbeidet og å etablere en egen løsning fra og med 1.1.2021.

Utforming av vedtak

Dagens praksis med hensyn til spesifisering av ressursbruk i vedtakene er at det kun er for tjenester det betales for, eksempelvis støttekontakt og praktisk bistand, at timene er spesifisert, ellers er det tjenestens innhold som fremkommer i vedtakene.

Overgangen fra B-kommune til A-kommune har medført at alle eksisterende vedtak er gjennomgått av tjenestene, forvaltningskontoret har kodet dem og de har fattet nye vedtak. Dette ble gjort i perioden september til desember 2019.

Ved gjennomgang av gamle vedtak ble kommunen bevisst på at de har hatt mange gamle og svært runde vedtak. Det har vært mange diskusjoner om sluttdato i vedtak eller ei. Hvis det er sluttdato i tjenestebildet og det brukes arbeidsliste i arbeidet, vil brukerne kunne forsvinne fra arbeidslista. For at brukerne skal få tjenestene de er blitt tildelt og for å sikre at ikke kommunen uteblir fra besøk, har det vært nødvendig å lage nye rutiner som fanger opp dette. Nå fattes alle vedtak med sluttdato – og dato for evaluering av vedtak.

Gjennomgangen omtales av flere informanter som en stor læreprosess.

«Vi har lært masse, og fanget opp de mest uheldige vedtakene, vedtak som har gått litt på gammel vane. Nå har vi betydelig bedre kontroll enn vi hadde tidligere».

Noen informanter mener at kommunen fortsatt har et forbedringspotensial når det gjelder beskrivelser av målsettinger i vedtakene. Vedtakene sier hva brukeren skal ha hjelp til, men ikke hva ønsker man å oppnå for brukeren.

Ved gjennomgangen av samtlige vedtak har vedtakene nå fått sluttdato og en evalueringsdato som legges inn i tjenestebildet. Vedtakene skal evalueres jevnlig.

Selv om noen vedtak er rundt utformet, er arbeidslistene/tjenestebildet godt spesifisert. Dette gjør at kommunen kan ta ut rapporter hver uke og sjekke sammenhengen mellom planlagt og utført tid, noe som gjør at uoverensstemmelser kan fanges opp og korrigeres.

«Mye arbeid ble gjort i fjor og frem til pandemien på å kartlegge vedtak og kontrollere og sjekke. Det ser veldig bra ut nå!»

Kompetanse, kapasitet og samarbeid

De fleste informantene oppfatter at tildelingsprosessen fungerer bra, og mye er blitt endret som følge av at Selbu ble A-kommune.

Tidligere hadde forvaltning tildelingsmøter med institusjon og hjemmetjenestene og møtene handlet hovedsakelig om pasienter som hadde behov for plass på sykehjem. Strukturen rundt og innholdet i møtene er nå endret. Nå er rus/psykiatri og miljøarbeidertjenesten med i møtene som gjennomføres én gang i uken. Innholdet, foruten gjennomgang av nye vedtak og revurdering av eksisterende, handler også om hverdagsmestring, velferdsteknologi, ressursbruk og tverrfaglige vurderinger, eksempelvis i kompliserte saker om man skal trekke inn relevante andre ressurser. Dette sikrer mer samhandling og mer tverrfaglighet enn før. Informantene opplever at tildelingsmøtet og tildelingsprosessen har fått et større perspektiv.

I tillegg er det opprettet et samordningsteam som tar opp saker på anonym basis.

Kommunen opplever til en viss grad kapasitetsbegrensninger innen tildeling av tjenester. Statusen som A-kommune gjør at det må fattes flere vedtak enn før. Forvaltningskontoret bruker mye tid på å skrive nye vedtak. Tildelingsprosessen er blitt mer kompleks og er mer krevende å administrere. Da forvaltningskontoret også har fått rollen som koordinerende enhet har de fått flere oppgaver, blant annet oppfølging av ansvarsgrupper.

En konsekvens av kapasitetsutfordringene er at tjenestene selv kartlegger en del brukere, og dette forsterkes også av at tjenestene selv står for evaluering av vedtak. Dette fører til, ifølge flere informanter, at det kan bli vanskelig å få frem «hva er viktig for deg?»-perspektivet. Flere mener at det bør prioriteres mer ansikt-til-ansikt-tid og flere hjemmebesøk.

Kompetansesammensetningen i tildelingen beskrives som bedre enn den var tidligere. Den styrkede kompetansen, psykiatrisk sykepleier, miljøarbeidertjeneste og fysioterapeut, gjør at kommunen klarer å iverksette riktigere tiltak tidligere, enkelte eldre kan bo hjemme lenger enn de ellers ville ha gjort, teknologiske hjelpemidler kan tas i bruk på et tidligere stadium enn tidligere.

Samarbeidet mellom tildelingen og tjenestene beskrives også som bra og det pekes på at avstandene er små, noe som gjør kommunikasjonen enklere.

Brukermedvirkning

Selbu har tatt i bruk en tilpasset utgave av samtaleguiden som nå brukes regelmessig. «Hva er viktig for deg»-spørsmålet stilles ved kartlegging av alle nye brukere og informantene mener gjennomgående at man er blitt mer opptatt av hva brukerne sier. Tjenesten er mer fokusert på hva brukerne har behov for, og man tenker i større grad enn tidligere at tjenestene kan skreddersys til brukerne. Forvaltningen har utviklet seg gjennom denne prosessen, og klarer nå å stille spørsmål bedre enn før.

Noen informanter hevder at brukerfokus kunne blitt enda sterkere dersom hverdags-rehabiliteringsteamet hadde blitt brukt mer.

Søknadsskjemaet er litt endret slik at man ikke lenger krysser av for hvilke tjenester man søker på, nå skal søkeren beskrive sine behov i stedet for.

Til en viss grad synes brukermedvirkningen å bli dokumentert i vedtakene og da gjerne beskrevet som: «*Du beskriver problemene som.... Og behovene som Og har søkt om ...*». Det finnes en standardtekst som henviser til samtale osv., men flere mener at man kunne ha vært enda mer spesifikk på hvordan brukeren er kartlagt. Innhenting av informasjon dokumenteres.

De fleste erkjenner at kommunen har utfordringer knyttet til brukermedvirkning på systemnivå. Selbu, som er en liten kommune, har ikke brukerorganisasjoner innen alle områder. Rådet for funksjonshemmede er slått sammen med eldrerådet. Flere opplever at brukerrepresentantene i stor grad blir representanter for egne erfaringer.

4.3.3 Utvikling av tjenestene

Gjennom intervjuene fremstår Selbu som en kommune som har god behovsdekning innen de fleste tjenesteområder. Unntakene er:

- ▶ Mangler heldøgns omsorgsplasser, men disse er under planlegging
- ▶ Har i perioder hatt ventelister på fysio-/ergoterapitjenester
- ▶ Noen plasser på korttidsavdelingen brukes i perioder som buffer for langtidspasienter som venter på plass på langtidsavdelingen. Kommunen har i svært liten grad betalt for ventedøgn på sykehus.
- ▶ Erfarer utfordring knyttet til utagerende eller unge demente som har behov for særlige tiltak. Har ikke egnede fasiliteter, men dette vil løse seg når nytt sykehjem står ferdig.

Det synes å ha vært lite endring i tjenesten de siste årene, men nå står kommunen foran store endringer. Det bygges et nytt sykehjem og det gamle sykehjemmet bygges om til boliger med heldøgns omsorg. Dette gir kommunen noe overkapasitet. Akkurat nå er det en liten nedgang i antall eldre, men det ventes en vekst fra 2025. Bygging av sykehjem og, etter hvert, omsorgsboliger baseres på en behovsvurdering knyttet til forventet befolkningsutvikling i kommunen. Samarbeid rundt Distriktsmedisinsk senter avvikles for å få mest mulig hensiktsmessig ressursutnyttelse, og et tilbud som kommer befolkningen bedre til gode.

Samarbeid om interkommunalt forvaltningskontor avsluttes, da målet med samarbeidet ikke er nådd. Vurderingen er at ressursene kan utnyttes bedre i eget tildelingskontor.

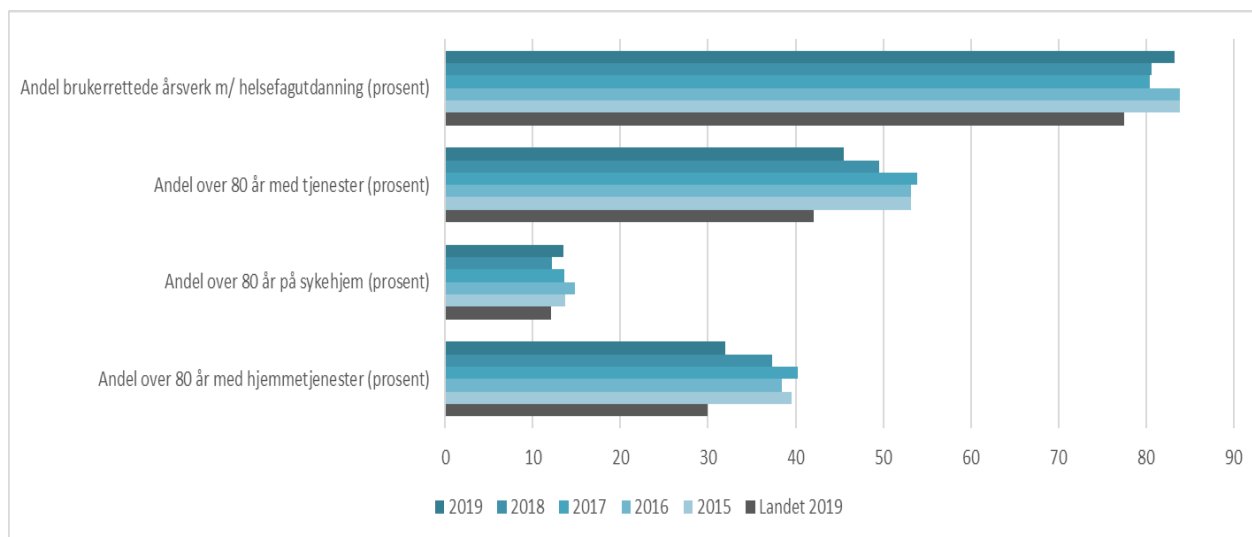
Omfang og innretning på det kommunale tilbudet langs omsorgstrappen

Informantene beskriver omsorgstrappen som funksjonell med nødvendige trinn bortsett fra heldøgns omsorgsplasser. Trappen dekker alt fra institusjon/sykehjem til dagaktivitet og dagplasser. Kommunen har jobbet etter LEON-prinsippet i mange år.

I løpet av det siste året har kommunen utvidet tilbudet for hjemmeboende demente.

Selbu rapporterer at det har aldri hatt utfordringer knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter og at de ikke har måttet betale bøter på flere år. Informantene mener kommunen har god kapasitet, og noen mener kapasitet er *for* god.

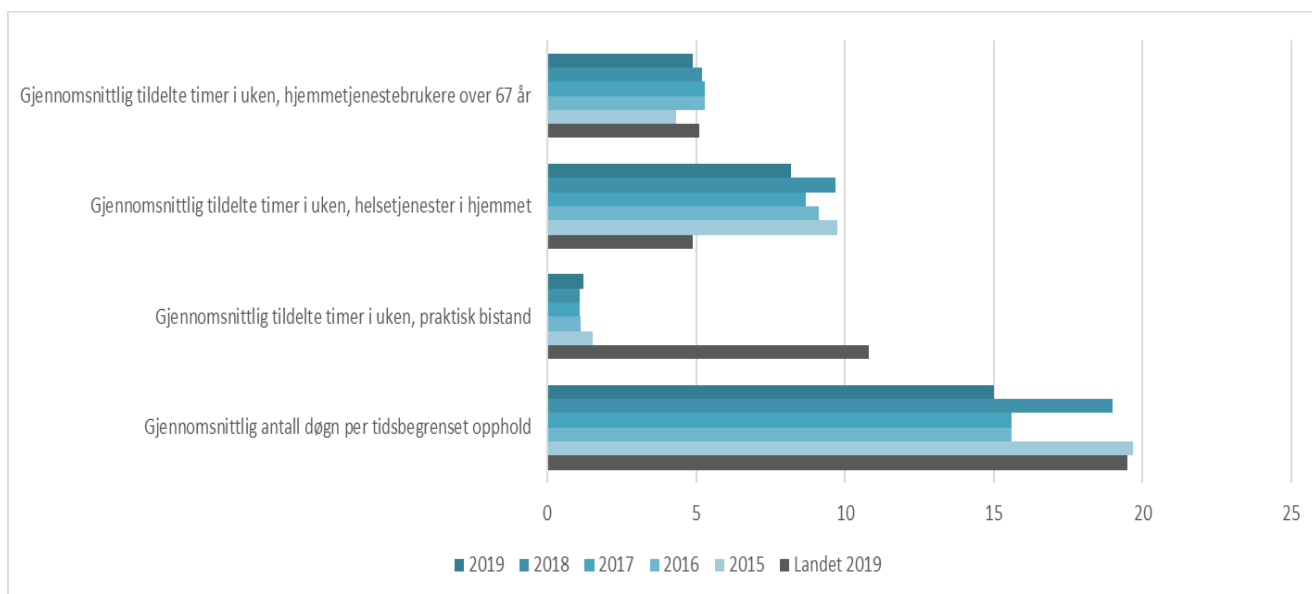
Figurene under dekker årene 2015-2019, og viser utviklingen på noen sentrale indikatorer basert på innrapporterte tall til KOSTRA. Tallene fanger dermed ikke opp utvikling som har skjedd i løpet av 2020.



Figur 4-7 Andel med ulike tjenester, og andel med helsefagutdanning, i Stjørdal kommune 2015-19. Kilde: KOSTRA

I 2016 lå andel mottakere av tjenester i aldersgruppen 80 år og over betydelig høyere i Selbu enn i resten av landet. I 2019 var andelen redusert fra 38,4 til 32 % og lå i 2019 kun 2 prosentpoeng over landssnittet. Andelen over 80 år som bor på sykehjem har holdt seg relativt stabil i perioden og lå i 2019 litt over landssnittet. Den største endringer har skjedd for andel over 80 år som mottar hjemmetjenester, her er andelen redusert med over 8 prosentpoeng og lå i 2019 nær landssnittet.

Andel ansatte i med brukerrettede oppgaver som har helsefaglig utdanning har ligget over landssnittet i hele perioden.



Figur 4-8 Gjennomsnittlig antall døgn per tidsavgrenset opphold, og tildelte timer per uke i ulike kategorier, Stjørdal 2015-19. Kilde: KOSTRA

Selbu har i perioden tildelt vesentlig færre timer til praktisk bistand per bruker enn resten av landet, i 2019 kun vel 10 % av landssnittet. Antall timer med helsetjenester i hjemmet har ligget tilsvarende høyt i Selbu og var i 2019 nesten det dobbelte av landssnittet. Som også meldt i evalueringsrapport fra 2019 antas dette å ha sammenheng med at «praktisk bistand opplæring» i Selbu var definert som helsehjelp.

Summerer man de to typene tjenester, finner man at Selbu tildeler betydelig færre timer enn landsgjennomsnittet (9,5 i Selbu mot 15,7 timer i landet, i 2019). Ser man bare på brukere over 67 år, er tildelte timer per hjemmetjenestebruker på nivå med landet for øvrig.

Gjennomsnittlig oppholdstid på korttidsplass har variert en del fra år til år i Selbu, i 2019 var nivået vesentlig under landssnittet.

Det forventes at statistikken vil endre seg som følge av riktig registrering i forbindelse med deltakelse i forsøkets andre del, siden Selbu da vil måtte følge forsøkets krav til riktig kategorisering av disse tjenestene. Aktivitetstilskuddene Selbu har mottatt hittil tyder imidlertid på at kommunen har relativt høye utbetalinger knyttet til helsetjenester i hjemmet sammenlignet med praktisk bistand, jf. Figur 4-9.

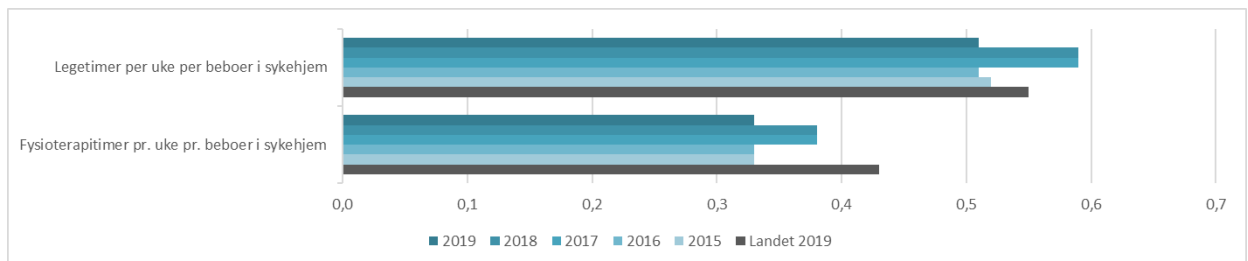
	Selbu	
	2020-1	2020-2 ²⁴
Langtidsopphold på institusjon	7,5	7,4
Korttidsopphold på institusjon	2,0	1,8
Utskrivningsklare fra sykehus	0,0	0,0
Helsetjenester i hjemmet	11,1	10,6
Praktisk bistand daglige gjøremål	0,8	0,7
Praktisk bistand, opplæring	1,6	1,8
Praktisk bistand, BPA	0,0	0,1
Avlastning utenfor institusjon	0,4	0,4

²⁴ Andre kvartal 2020 er i stor grad basert på vedtak i uke 10, pga. tilpasninger ifm. koronapandemien

Dagsenter	2,0	1,9
Omsorgslønn	0,1	0,1
Støttekontakt	0,4	0,4
Institusjon	9,5	9,2
Helsetjenester, praktisk bistand	13,5	13,1
Andre tjenester	2,9	2,8
I alt	25,9	25,1

Figur 4-9 Aktivitetstilskudd for Selbu 2020, sommer i mill. kr. Kilde: Helsedirektoratet

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. Vi ser at Selbu i hele perioden har vært langt under landssnittet på fysioterapitimer, mens kommunen med hensyn til legetimer lå over snittet i 2017 og 2018. For 2019 var nivået for begge kategorier under snittet.



Figur 4-10 Gjennomsnittlig antall timer fysioterapi og lege per uke per beboer på sykehjem, Selbu 2015-19. Kilde: KOSTRA

Hverdagsrehabilitering

Kommunen har etablert et eget hverdagsrehabiliteringsteam som kartlegger brukere og iverksetter tiltak. De opplever at hverdagsmestringen bidrar til at mange brukere har gått et trinn ned i omsorgstrappen. Imidlertid rapporterer flere informanter at hverdagsrehabiliteringsteamet har for få brukere og at det er utfordrende å rekruttere brukere på frivillig basis. Man opplever at det er skepsis mot tilbudet blant potensielle brukere og at mange har takket nei til tjenesten. Det er vanskelig å selge inn ideen om opptrening og øving. Kommunen vurderer en slags «tvungen» bruk av tjenester av hverdagsmestring, f.eks. får man ikke praktisk bistand før man har vært gjennom en runde med kartlegging og trening og at det fattes vedtak om hverdagsrehabilitering.

En gjennomgående tilbakemelding fra informantene er at forebyggende tjenester er det som har blitt nedprioritert nå under pandemien.

Velferdsteknologi

løpet av de siste årene har stadig flere digitale hjelpemidler blitt tatt i bruk i både hjemmebaserte tjenester, i boliger for funksjonshemmede og i institusjon. Typiske hjelpemidler er medisin-dispensere, GPS-sporing, og RoomMate (digitalt tilsyn). Tjenestene er blitt gode også til å tenke på hvordan velferdsteknologi kan brukes.

4.3.4 Økonomi

Selbu har gjort beregninger som viser at deltagelse i forsøket høyst sannsynlig ikke kommer til å medføre tap for kommunen. Det er en viss mulighet for at kommunen kan komme til å tjene på deltakelsen. Det er gevinsten gjennom inntekstpåslaget som har vært en del av incitamentet for å delta.

Med hensyn til hvordan kommunen har planlagt å disponere et eventuelt overskudd pekes det på at Selbu bygger et helt nytt sykehjem for 130 millioner, i tillegg kommer ombyggingen av det eksisterende sykehjemmet til omsorgsboliger. Det er egenfinansiering av dette de skal bruke eventuelle merinntekter til.

Selbu forventer at deltagelse i forsøket skal gi bedre grunnlag for prioriteringer fremover, men at kostnadene forventes å øke som følge befolkningsutviklingen.

Kommunen forventer følgende konsekvenser av deltakelsen:

- ▶ Tettere og mer dynamisk oppfølging av brukers tjenestebehov med fokus på mestring og at innbyggerne bor hjemme lenger. Prinsippet i all tjenestetildeling skal være at mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert og prøvd før mer ressurskrevende tjenester innvilges.
- ▶ Tjenesteutvikling og nytenking i omsorgstjenestene basert på økt kunnskap om omsorgsbehov og tjenesteaktivitet.
- ▶ Etablering av metode for styringsinformasjon for vedtaksbaserte tjenester som vil gi grunnlag for strategisk planlegging.
- ▶ Mer målrettet bruk av ressursene slik at kommunen får mest mulig effekt av ressursinnsatsen.

Sektorledelsen har videre fokus på at tjenestene ikke skal ekspandere som følge av deltakelsen i forsøket og den aktivitetsbaserte finansieringen, og at sektoren skal tilbake til ordinær finansiering, men med datagrunnlag som gir mulighet for behovsbasert tilpasning av budsjettet.

4.3.5 Oppsummering: hvordan har forsøket påvirket Selbu?

Selbu er fortsatt tidlig i forsøket ettersom de startet med finansieringsmodellen i 2020. Det ser imidlertid ut til at kommunen er preget av den samme positiviteten som gjaldt for de andre forsøkskommunene da de gikk inn forsøket. Sentrale fordeler som trekkes fram er læringseffektene som har kommet av forsøket, og økt systematikk og innsikt knyttet til vedtakene. De opplever også bedre kompetansesammensetning i tildelingsarbeidet, og har endret på møtестrukturen sin.

4.4 Lillesand

Lillesand kommune har deltatt i forsøket siden mai 2016 (modell A), og er også med i forsøkets del to.

I 2020 er virksomheten i pleie- og omsorgssektoren sterkt påvirket av koronapandemien. Kommunen laget egne «korona-turnuser» for å redusere antall kontakter per person. Dette ga merkostnader. I tillegg har enkelte lavterskeltilbud vært stengt i perioder. Dessuten har enkelte brukere avslått å få besøk av hjemmetjenesten i perioder. Kommunen måtte en periode lage mange midlertidige vedtak på grunn av endret tjenestetilbud, noe som ga merarbeid, men på den andre siden gikk søking etter tjenester ned før sommeren.

4.4.1 Status 2019

Som beskrevet i evalueringsrapporten for 2019 har forsøket 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 «selvhjelpeskultur». Ansatte opplever at de kan jobbe mer faglig, og i mindre grad styrt av «snevrere» økonomiske forutsetninger.

Bruken av nye verktøy i kartlegging, sammen med sammenknytning av ulike fagsystemer og økonomisystemet, har 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.

Økonomi

Lillesand deltok som A-kommune i første del av forsøket. Før første del startet, var den økonomiske situasjonen vanskelig. Da hadde kommunen vært gjennom en periode med betydelige kutt, bl.a. i helse- og omsorgssektoren. I 2015 var de korrigerede utgiftene til denne sektoren 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.

Deltagelsen medførte at kommunen slapp å gjøre ytterligere kutt. Kuttene tidligere år gjorde at kommunens ledelse mente at enhetskostnadene i sektoren var lave, slik at forsøket kunne gi et overskudd. Senere analyser²⁵ indikerer at enhetskostnadene lå om lag 6 % under landsgjennomsnittet, men ikke like lavt som i enkelte av de andre forsøkskommunene. Utgiftene til sektoren lå om lag på linje med landsgjennomsnittet.

Det var også i de foregående årene gjort noen større investeringer, blant annet 70 mill. kr i nye omsorgsboliger. Kommunen hadde solide overskudd (netto driftsresultat) årene 2015-2018, men et lite underskudd i 2019.

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.

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.²⁶

Tjenestene

I forkant av forsøket var politikere, ledere og ansatte i stor grad enige i ønsket om å styrke hjemme-tjenestene, 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:

²⁵ Jf. Agenda Kaupang (2018): «Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester – analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale enhetskostnader»

²⁶ Lillesand kommune (2019): Årsmelding 2018. Hentet 6. september fra <http://lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/%c3%85rsberetninger/Lillesand%20kommu ne/2018/%c3%85rsberetning%202018.pdf>.

«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.»

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.

4.4.2 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. Teamet kartlegger brukere og driver tidlig innsats overfor utvalgte personer. I årsberetningen heter det at teamet er finansiert med midler fra forsøket.

I 2019 uttrykte noen informanter 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.

I 2020 fikk vi ikke inntrykk av at situasjonen var blitt vesentlig endret på dette området. Tanken bak avvikling av Hverdagsrehabilitering var at alle i tjenestesektoren – og ikke bare ansatte i teamet – skulle fremme hverdagshabilitering. I intervjuer fikk vi høre at dette krever en kulturendring som ikke er fullt ut gjennomført.

I hovedsak oppfatter vi at det er tilfredshet med tildelingsfunksjonen. De fleste mener at den har en god kompetansesammensetning, men enkelte skulle gjerne sett at det også var med en vernepleier, særlig fordi vernepleiere er utdannet til å tenke på habilitering. En annen mente at det er behov for sosionom.

Flere påpeker at det nesten ikke kommer klager fra søkere/brukere av tjenestene. Enkelte mener at dette kan tyde på at tildelingen tenderer til å være i overkant raus, men at dette også tyder på at både tildelingsenheten og utførerne gjør en god jobb.

Det er ulike oppfatninger om kapasiteten i tildelingsteamet er tilstrekkelig. Flere av de ansatte i enheten har oppgaver knyttet også til andre enheter/funksjoner og med en stipulert fordeling mellom tildeling og andre oppgaver. Leder for tildeling mener at de har mindre ressurser til tildeling enn sammenlignbare kommuner. De ansatte i enheten mener at de bruker mer enn den stipulerte andelen på tildeling, noe som går ut utover andre oppgaver de har. Fordi det ikke er forsinkelser i vedtakene, framstår likevel kapasiteten som tilfredsstillende for de som står utenfor enheten. Vi fikk informasjon om at kommunen vurderer om det er mulig å rasjonalisere tildelingsfunksjonen gjennom økt spesialisering.

Det er i hovedsak tildelingsenheten som gjør kartlegginger ved første gangs tildeling. Men ved behov ber de om assistanse fra andre, gjerne kolleger med kompetanse som tildelingsenheten ikke har selv, ofte ergo- eller fysioterapeut.

Det er utførerenhetene som evaluerer vedtak og som normalt varsler om behov for endringer. Hvis tjenestebehovet endres med en halv time eller mer per uke, skal det fattes nytt vedtak.

For utviklingshemmede er det ansvarsgruppemøter én eller to ganger i året. Dette innebærer en form for evaluering av vedtak og gir ofte opphav til endringer.

Innsatsteamet har to hatter. Dels kartlegger de behov og spiller inn til tildelingen. Dels starter de (re-)habilitering av brukeren/pasienten.

Ingen av dem vi intervjuet ga uttrykk for at de har sett tegn til ubegrunnet forskjellsbehandling av brukere. Tildelingsenheten bruker Helsedirektoratets veileder, samtaleguide og sjekkliste, og dette gir ganske systematisk tildeling på grunnlag av behov. De ansatte i enheten har fått ansvar for ulike brukergrupper, noe de mener bidrar til likebehandling innenfor hver av disse gruppene.

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 trygget 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. En av dem vi intervjuet mente at det var betydelig rom for skjønn i tildelingen, også når man bruker veilederen fra Helsedirektoratet. Dette gir et handlingsrom i tildeling og kan gjøre at hensynet til økonomi eller andre forhold kan påvirke tildelingen. Vedkommende mente at det kan være hensiktsmessig å stramme inn veilederen slik at den gir mer entydig og lik tildeling.

De ansatte mener 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 «selvhjelpeskultur». 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 (jf. kapittel 5.5) viser at de ansatte i dag er betydelig mer fornøyde 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 bevisste på brukers ressurser og behov.

Brukermedvirkning dokumenteres ikke direkte i vedtakene, bortsett fra ved at det refereres til kartleggingsamtale.

Men kartleggingen er også blitt mer ressurskrevende, og antall årsverk i denne funksjonen økte da også i forbindelse med oppstart av forsøket.

Enkelte i kommunen peker på at brukermedvirkningen i forsøket er i hovedsak knyttet til tildeling av tjenester og ikke hele samhandlingen mellom kommunen og brukerne og deres pårørende. I ledelsen har man sett på konseptet «Kommune 3.0» som bygger på en tanke om samskaping med innbyggerne. Lillesand er inspirert av dette konseptet, og erkjenner at det krever en kulturendring som omfatter alle tjenester i kommunen, og dermed favner videre enn forsøket.

På systemnivå er det etablert brukerråd i tråd med lovens krav og kommunen gjennomfører brukerundersøkelser. Informantene opplever disse grepene i varierende grad som nyttige. 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 med brukerorganisasjoner i praktisk tjenesteutvikling.

Lillesand har valgt å delta i brukerundersøkelser som gjennomføres i en rekke kommuner. I Lillesand ble siste undersøkelse gjennomført i 2019. Funnene ble omtalt i «Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester» for 2019 og gjentas ikke her. Hovedinntrykket var at i Lillesand økte tilfredsheten blant både pårørende og brukere fra 2016 til 2019 og at Lillesand lå noe høyere enn gjennomsnittet blant andre deltagende kommuner.

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 faste tildelingsmøter tre ganger per uke med 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. Denne gjennomgangen blir vurdert som svært nyttig fordi den ga bedre oversikt.

Med unntak av vedtak om støttekontakt og BPA, inneholder vedtakene angivelse av beregnet tidsbruk for utførerne. Utførerne legger inn tidsbruk i etterkant. De fleste av våre informanter mener dette fungerer greit, men det var også én som mente at tildelingsenhetene burde angi tidsbruk.

I dag foretas det ingen registrering av faktisk tidsbruk, men dette vil kunne bli endret. Kommunen vil trolig innføre et kjøreplanleggingsverktøy for å rasjonalisere arbeidet i hjemmebaserte tjenester. Utførerne vil med det nye verktøyet måtte registrere når ulike oppdrag starter og avsluttes, men dette påvirker ikke rutiner for registrering av vedtak.

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 litt løs form for kontroll. Videre har brukerne informasjon om hva som er tildelt og hva som blir utført. Det er nesten ingen klager. Vedtakene er nylig gjennomgått på nytt og samsvar mellom vedtak og utførte tjenester ble kontrollert. Det ble oppdaget få feil. Det er heller ikke annen informasjon som tyder på at avvik mellom vedtak og utførte tjenester er vanlig.

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 egne rutiner om at endring på over en halv time per uke skal nedfelles i nytt vedtak.

Rutiner og verktøy

I forsøket er det innført to verktøy som oppfattes som særlig viktige. 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.

4.4.3 Tjenesteutviklingen i forsøket

Prioritering og innretning av tjenestetilbudet

«Vi har gode tjenester»

Dette er et sitat. Flere av dem vi intervjuet kom med lignende utsagn. Det ser ut til å være enighet om at kommunen i hovedsak dekker behovet for helse- og omsorgstjenester og at tjenestene har god kvalitet. Også ordfører og andre på sentralt nivå i kommunen sier at det er lite klager på helse- og omsorgstjenestene. Riktignok er det en del misnøye med nedleggelsen av Sjømannshjemmet, men dette gjelder lokalisering, ikke tildeling eller kvalitet på tjenestene.

Enkelte pekte på at Lillesand er en liten kommune og derfor ikke kan ha et like bredt spekter av tjenester som store kommuner, herunder ulike tilbud til personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Men samtidig ble det framholdt at bruk av kreative løsninger gjør at man klarer å dekke behovene selv om ikke alle typer tilbud er på plass. Det er sterk vilje til å dekke behovene.

Flere av de ansatte har framhevet mangelen på bemannede omsorgsboliger.

Det har vært bred enighet om at Lillesand har manglet botilbud med heldøgns bemanning og også har hatt for få andre omsorgsboliger. Kommunen har nå startet byggingen av et slikt tilbud. Det forventes stå ferdig i desember 2020. 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. Kommunen har også et borettslag med 36 leiligheter tett på sykehjemmet, men leilighetene har ingen egen bemanningsbase.

Videre ble mangel på dagsenter for unge demente nevnt i ett av intervjuene. Ellers mener de fleste vi intervjuet at kommunen har et tjenestespekter som er tilpasset behovene.

Andre mente at tilbudet til unge demente var utilstrekkelig. De burde hatt et dagtilbud. Det tilbudet de har i dag treffer ikke alles behov. Videre er små bofellesskap en mangel i dag, men det er under bygging. Videre mente en at de ikke har godt nok tilbud til unge med utviklingshemming.

Forsøket har tidligere ikke hatt vesentlig betydning for utvikling av tjenestetilbudet høyt oppe i omsorgstrappen, men derimot lavt nede i form av økt satsing på hjemmebaserte tjenester og hverdagsrehabilitering/-mestring. Dette kan ses som en del av en nasjonal trend, og Lillesand startet en satsing på hverdagsmestring før forsøket. Men forsøket har trolig forsterket satsingen.

Tidligere hadde kommunen en enhet for hverdagsrehabilitering organisert innenfor tildelingsenheten. I 2018 ble denne avviklet og erstattet av Innsatsteam. Teamet skal primært arbeide med personer som har opplevd fall i funksjonsevnen, og ikke mer preventivt arbeid blant funksjonsfriske. Selv om innsatsteamet arbeider overfor færre brukere enn det enhet Hverdagsrehabilitering gjorde, innebar omleggingen økt satsing på mestring. Dette har sammenheng med at ledelsen i sektoren samtidig signaliserte at alle enheter skulle satse på mestring, ikke bare den enheten som hadde dette som sin hovedoppgave. Det er uklart om dette har lyktes. Andre kommuner ser ut til å ha kommet lenger. Blant annet blir pasienter liggende for lenge på korttidsplass. Men på den andre siden ser man at de over 80 år klarer seg bedre uten tjenester og enkelte mener at økt satsing på hjemmetjenester har bidratt til at brukere bor hjemme lenger og til lavere gjennomsnittlig liggetid på sykehjem.

Kommunen drar rutinemessig på hjemmebesøk til alle innbyggere når de blir 80 år for å gi råd og vurdere behov for tiltak for å gjøre dem selvhjulpne.

Organiseringen av innsatsteamet er et diskusjonstema i kommunen. 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.

Mye av veksten i tjenestene gjelder personer under 80 år. Mange av disse har alvorlige diagnoser som kreft. Sykehjem passer ikke for mange av disse brukerne. I tillegg er det økning i antall brukere med problemer med psykiske lidelser og rus.

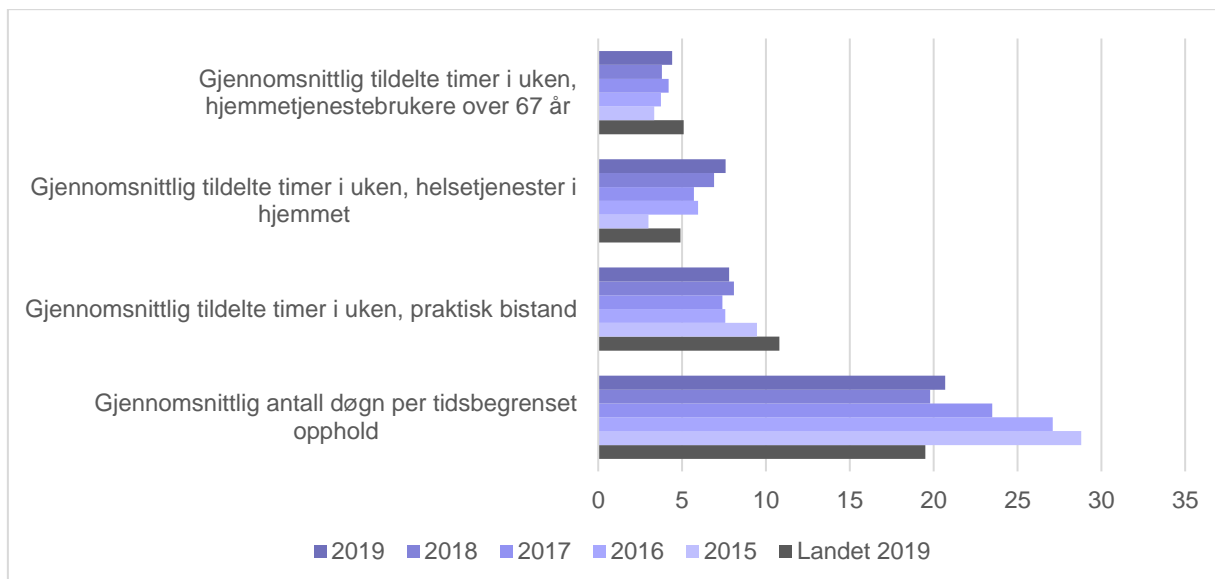
Lillesand klarer i hovedsak å ta imot pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten og mener rutinene for dette i hovedsak fungerer godt.

Figur 4-8 viser at den gjennomsnittlige liggetiden på de tidsbegrensede oppholdene i sykehjemmene har blitt redusert med om lag 1/4 i fra 2015 til 2019. 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. Fortsatt er varigheten noe lenger enn landsgjennomsnittet.

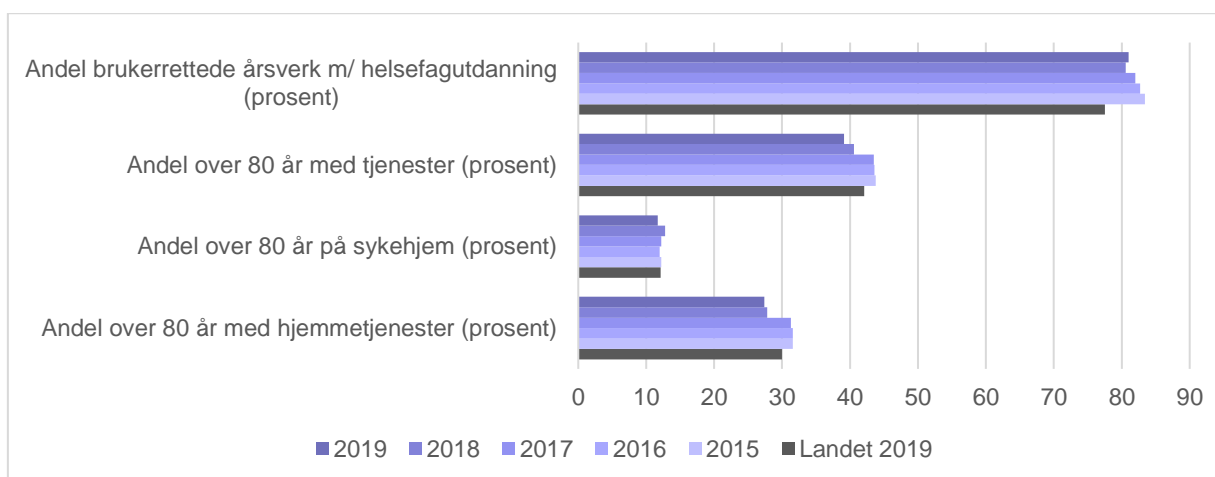
Vi har fått opplyst at kodepraksis for hjemmebaserte tjenester har endret seg i løpet av forsøket, noe som trolig bidrar til å forklare den uforholdsmessig store endringen i tildelte timer fra 2015 til 2016, både for praktisk bistand og helsetjenester. Dersom vi slår sammen tallene for disse to tjenestene, finner vi en 20 prosents økning fra 2015 til 2018. Om vi ser de to tjenestekategoriene hver for seg for perioden 2016-2019, ser vi at det har vært en økning i både helsetjenester i hjemmet og i praktisk bistand.

Lillesand ligger fortsatt godt under landsgjennomsnittet for tildelte timer praktisk bistand per bruker. Derimot ligger Lillesand høyt i antall timer helsetjenester per bruker. I resten av landet har antall timer ligget ganske stabilt i perioden, mens det har vært sterk vekst i Lillesand - 10 % fra 2018 til 2019 og enda sterkere året før.

I intervjuer ble det hevdet at hovedforklaringen på økning i tildeling av hjemmebaserte tjenester er at flere klarer seg lenger hjemme, samt at behovet øker blant brukere under 67 år. En god del av økning i sistnevnte gruppe kan – ifølge intervjuene – knyttes til noen ressurskrevende brukere, men det er uklart om det også har vært en vekst for andre brukere. I ????? viser vi beregninger som delvis understøtter dette. Våre beregninger tyder på at brutto utgifter til ressurskrevende brukere har økt fra 70 mill. kr i 2017 til 109 mill. kr i 2019, dvs. med 39 mill. kr. Samlet aktivitetstilskudd har økt med «bare» 22 mill. kr i samme periode, noe som altså tyder på redusert bruk av tjenester overfor andre brukere.



Figur 4-11 Endringer i forbruk i utvalgte pleie- og omsorgstjenester, Lillesand kommune, 2015-2019



Figur 4-12 Endringer i forbruk av utvalgte pleie- og omsorgstjenester blant personer over 80 år, Lillesand kommune, 2015-2019

I Lillesand har det vært en svak nedgang i andel av innbyggerne over 80 år som får hjemmetjenester. Samtidig som andelen som bruker hjemmetjenester faller i aldersgruppen over 80 år, så man i 2019 også en nedgang i andelen som hadde sykehjemsplass. I perioden 2016-19 har andelen av de over 80 år som mottar tjenester falt fra 43,6 til 39,1 % eller 4,5 prosentpoeng. Kommunen ligger litt under landsgjennomsnittet når det gjelder andel av de over 80 år som bruker tjenester og de ligger høyere i andel av ansatte som har helsefagutdanning.

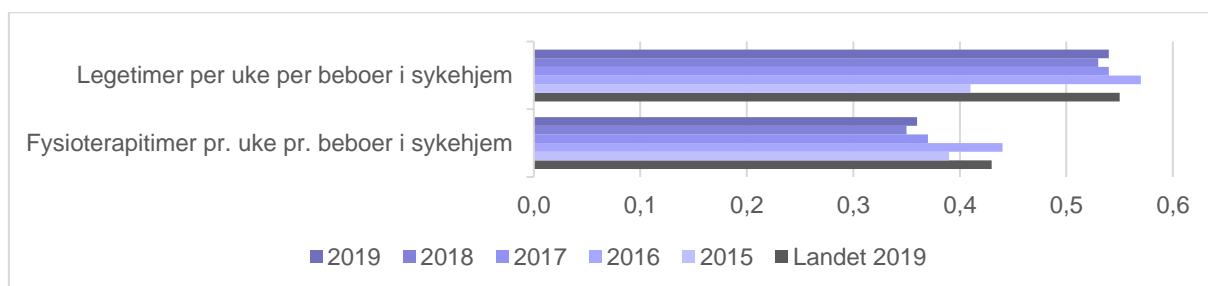
Utgiftene per oppholds-døgn i institusjon har økt sterkt fra 2016. Særlig sterk var veksten fra 2016 til 2017. En informant sa at dette hadde sammenheng med en ompostering i regnskapet. Men utgiftene vokste sterkt også året etter, mens de var stabile fra 2018 til 2019. I 2019 lå utgiftene per oppholds-døgn på institusjon på kr 4 538 mot kr 3 794 for landet som helhet. Det er varslet at Lillesand gjennom ulike tiltak vil redusere utgiftene per plass.

«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».

I 2018 etablerte kommunen et dagtilbud for demente. I intervju ble det uttrykt tvil om dette vil bli opprettholdt, særlig når forsøket er avsluttet.

«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 4-13 viser en ganske stabil bruk av legetimer blant beboerne på sykehjem siden 2016. Nivået ligger nær landsgjennomsnittet. Bruken av fysioterapeut ligger noe under landet totalt.



Figur 4-13 Bruk av fysioterapi- og legetjenester blant beboere i sykehjem, Lillesand kommune, 2015-2019

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 (jf. relativt få brukere av tjenester i aldersgruppen over 80 år). Siden 2015 har det også vært en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid på korttids plasser på sykehjem, riktignok med en svak vekst fra 2018 til 2019. Det er imidlertid usikkert om disse endringene kan tilskrives forsøksprosjektet. Flere framholder at tildelingsfunksjonen er blitt mer systematisk og bedre som følge av forsøket. Dette har også påvirket tjenesteleveransene ved at de er blitt bedre tilpasset behovene, men ikke nødvendigvis slik at dette gjenspeiles i nøkkeltallene nevnt over.

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. Innen utgangen av 2019 var alle trygghetsalarmer blitt skiftet ut. Blant andre store prosjekter finner man Digihelse, for kommunikasjon mellom ansatte og brukere og pårørende, og IKOS, som er et kvalitetssystem for omsorgstjenesten. I tillegg satser kommunen på digitalt nattilsyn og «RoomMate» (automatisert alarmsystem). 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 velferdsteknologinettverket i Agder.

I ett av intervjuene ble det framholdt at de tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger er for lite kjent blant ansatte og brukere. Dette kan gi underforbruk. Det er også uklart hva slags hjelpemidler som krever vedtak fra tildelingsenheten.

Forsøket som læringsarena

Intervjuene tyder på at vurderingen av forsøket som læringsarena ikke er endret fra i fjor. Alle omtaler forsøket som en god læringsarena. Flere elementer og prosesser bidrar til dette:

- ▶ Styrkingen av tildelingsfunksjonen har gitt en ny forståelse av tildelingsprosessen.
- ▶ 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.
- ▶ Samlingene i forsøket har gitt mye kunnskapsoverføring, kanskje aller mest mellom de deltagende kommunene.
- ▶ Til sist, og på et mer overordnet plan, har økonomien har gitt rom for å satse på ulike typer kompetanseutvikling (se spesielt punkt om **Feil! Fant ikke referanseilden.** i neste a vsnitt).

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.

4.4.4 Økonomi og finansieringsmodell i forsøket

Forsøkets effekt på inntektene

Inntektene fra finansieringsordningen for 2019 var 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.²⁷ Aktivitetstilskuddene for 2019 utgjorde 245 mill. kr. Figur 4-14 viser hvordan aktivitetstilskuddene til Lillesand kommune fordeler seg kvartalsvis på de ulike tjenesteområdene for perioden 2018-2020 (til og med 2. kvartal).

	millioner kroner									
	2018-1	2018-2	2018-3	2018-4	2019-1	2019-2	2019-3	2019-4	2020-1	2020-2
Langtidsopphold på institusjon	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14
Korttidsopphold på institusjon	4,3	3,8	3,7	2,9	3,1	3,1	3,3	3,4	3,4	3,5
Utskrivningsklare fra sykehus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Helsetjenester i hjemmet	25	26	29	31	30	31	31	32	32	33
Praktisk bistand daglige gjøremål	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4
Praktisk bistand, opplæring	4	5	4	4	4	4	4	4	2	2
Praktisk bistand, BPA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Avlastning utenfor institusjon	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1

²⁷ Lillesand kommune. Årsberetning 2018. Hentet fra <https://www.lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/Årsberetninger/Lillesand%20kommune/2018/Årsberetning%202018.pdf>

Dagsenter	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Omsorgslønn	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Støttekontakt	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Summer:										
Institusjon	17	17	17	17	17	17	18	18	17	18
Helsetjenester, praktisk bistand	33	34	37	39	38	38	39	40	39	40
Andre tjenester	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
I alt	55	55	59	60	60	61	62	62	61	62

Figur 4-14 Aktivitetstilskudd til Lillesand kommune per kvartal i årene 2018-2020

De største endringene gjennom forsøksperioden er at *Helsetjenester i hjemmet* har økt ganske sterkt. I perioden fra 4. kvartal 2018 til 2. kvartal 2019 lå aktivitetstilskuddene til disse tjenestene rundt 20 % høyere enn samme periode året før. Sammenlignet med samme kvartal året før, var veksten rundt 20 % fra og med 3. kvartal 2018 til og med 2. kvartal 2019. Årsveksten har siden falt. I de to første kvartalene av 2020 lå aktivitetstilskudd knyttet til helsetjenester i hjemmet hhv. 6 og 7 % høyere enn samme periode i 2019. Ettersom om lag halvparten av aktivitetstilskuddene er knyttet til disse tjenestene, er denne utviklingen viktig for sektoren samlet.

Mens helsetjenester i hjemmet har vokst sterkt, har andre hjemmebaserte tjenester vist en klart fallende tendens. Regnet som årlig rate, har tilskudd knyttet til praktisk bistand falt 6 % i perioden 1. kvartal 2017 til 1. kvartal 2020. I sum har tilskudd til hjemmebaserte tjenester likevel vokst med nær 7 % per år i samme periode. Mye av veksten kom mot slutten av 2018 og begynnelsen av 2019, og i de tre siste kvartalene vi har tall for ligger tilskudd til hjemmebaserte tjenester 2-3 % høyere enn samme periode året før.

Kommunen opplyser at en betydelig del av veksten i helsetjenester i hjemmet er knyttet til ressurskrevende brukere. I Tabell 8-4 viser vi beregninger som delvis understøtter dette. Våre beregninger tyder på at brutto utgifter til ressurskrevende brukere har økt fra 70 mill. kr i 2017 til 109 mill. kr i 2019, dvs. med 39 mill. kr. Samlet aktivitetstilskudd har økt med «bare» 22 mill. kr i samme periode. Det betyr altså at tilskuddet til øvrige brukere har blitt redusert.

Tabellen viser at utgiftene til institusjonsplasser har holdt seg om lag uendret på 17 mill. kr fra 1. kvartal 2017 til 2. kvartal 2020. Det har vært en viss forskyvning fra korttids- til langtidsplasser.

Endringer i bruk av andre tjenester har mindre betydning for hovedbildet.

Bruk av overskudd/ekstrainntekter og inntektspåslag

Tabell 8-1 viser inntektspåslaget for Lillesand kommune i perioden 2016-2019 samt anslag for 2020.

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-sertifiseringen som ble nevnt ovenfor, og opprettelse av brukerråd. Videre finansieres åtte stillinger helt eller delvis i 2019, blant annet en velferdsteknologikordinator (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 fra forsøket som ikke er brukt i løpet av året settes inn på et fond. Ved utgangen av 2018 var fondet på 13,6 mill. kr.²⁸ Gjennom 2019 ble fondet redusert til 4,8 mill.kr.

Overskuddet er for en stor del brukt til kjøp og drift av velferdsteknologiske løsninger. Blant disse investeringene kan nevnes trygghetsalarmer, trygghetspakker med digitalt tilsyn, elektronisk medisineringsstøtte, bevegelsessensorer og elektroniske dørlåser. Deler av overskuddet er også brukt til utviklingsprosjekter, herunder kvalitetsarbeid.

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.»

Nå har kommunens ledelse sett nærmere på hvordan Lillesand skal tilpasse seg etter at forsøket er avsluttet. De har foreløpig anslått at utgiftene til helse og omsorg må reduseres med om lag 60 mill. kr per år innen forsøket avsluttes. Dette tilsvarer om lag 20 % av utgiftene.

Grunnen til at utgiftsnivået er blitt liggende høyt er flere. For det første lå utgiftsnivået høyt ved inngangen til forsøket. Forsøket har sikret tilstrekkelige inntekter. Flere oppfatter at sikring av finansiering gjennom forsøket har gjort at presset for å drive effektivt er blitt redusert.

Kommunen har forsøkt å sammenligne hvor store inntekter hver enhet skaper gjennom differansen mellom aktivitetstilskudd og enhetenes utgifter. Konklusjonen er at sammenligning er vanskelig og krever mye manuelt arbeid. En annen og mer tentativ konklusjon er at det ikke så ut til at noen av enhetene hadde høyere utgifter enn det aktivitetstilskuddene tilsier.

Styringen av utførerenhetene er ikke endret som følge av forsøket. Fortsatt er det årsbudsjetter som brukes i styringen av enhetene. Budsjettbeskrankingene oppleves 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. Det har ikke vært systemer for løpende justeringer av rammer underveis. I et av intervjuene ble det nevnt et eksempel med en ressurskrevende bruker som flyttet fra eget hjem til sykehjem. Det skjedde ingen revurdering av rammene i hjemmetjenestene som følge av dette, selv om utgiftsbehovet var blitt redusert.

Det politiske nivået oppfatter sektoren som skjermet som følge av forsøket. De kan ikke bruke «ostehøvel» for å redusere utgiftene siden tjenestene er stykkprisfinansiert. Politikerne savner også informasjon om hva som skjer i sektoren. De ønsker informasjon som gir forståelse av hvordan sektoren har utviklet seg.

I tillegg har aktivitetstilskuddene fungert som norm for budsjetttrammene for utførerenhetene. Det ble pekt på at ingen av enhetene bruker vesentlig mer enn aktivitetstilskuddene.

²⁸ Lillesand kommune. Årsberetning 2018. Hentet fra <https://www.lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/Årsberetninger/Lillesand%20kommune/2018/Årsberetning%202018.pdf>.

Lillesand har startet et eget prosjekt «Lillesand 2024» med et mål om en balansert kommuneøkonomi når forsøket er ferdig. Prosjektet omfatter alle tjenester. Det er gjort beregninger av rammene etter forsøket, som er lagt inn i kommunens handlingsplan for 2020 til 2023.

Intervjuene indikerer at det ikke er planlagt å endre tildelingen av tjenester. Det ble derimot pekt på tiltak for å redusere enhetskostnadene. Som nevnt over vil man innføre et nytt system for kjøreplanlegging for hjemmetjenesten. Man har også identifisert høye driftskostnader på sykehjem. Her vil kommunen innføre årsturnuser og man vil se på bemanningsnivået. Bemanningen ser ut til å ligge over det som er vanlig ellers i landet.

Forsøkets effekt på kommunen for øvrig

Forsøket gjør at helse- og omsorgssektoren har vært skjermet fra kutt, men også at andre sektorer har fått økte rammer.

Flere av de vi snakket med var mest opptatt av den første av disse virkningene.

«[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.»

Vi har også fått beskrevet enkelthendelser fra tidligere år med brå og sterke økninger i utgiftsbehovet i helse- og omsorgssektoren som følge av tilflytting av ressurskrevende brukere. Før forsøket innebar dette at «alle steiner ble snudd» i alle deler av kommunen for å finne inndekning. Når man får en tilsvarende hendelse i forsøket, kan man bare tildele tjenestene og etablere kapasiteten for å dekke tjenestebehovet, uten at noen andre deler av kommuneforvaltningen involveres.

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. Nå har kommunen analysert situasjonen. Som nevnt over, er det foreløpig konkludert med at det er behov for å redusere utgiftene med 60 mill. kr – tilsvarende 20 % av utgiftene i sektoren.

For kommunen er målet å få til en myk overgang. Da må man unngå videre oppbemanning

I intervjuer fikk vi signaler om at kommunen tar sikte på å videreføre mye av systemene og rutinene fra forsøket. Dette gjelder bl.a. koding av vedtak samt rutiner og verktøy for tildeling og brukerretting.

4.4.5 Oppsummering: hvordan har forsøket påvirket Lillesand?

Fra tidligere år har vi fått klart inntrykk av at forsøket har gitt flere positive virkninger. Dette gjelder særlig bedre verktøy for tildeling, bedre styringsinformasjon og læring. Verken intervjuene eller annen informasjon gir inntrykk av at vurderingene av disse sidene ved forsøket er endret.

Det som er nytt er primært at det er blitt mer allment erkjent at utgiftsnivået i pleie- og omsorgssektoren er blitt for høyt og at det er startet en prosess for å tilpasse nivået.

Vi vil også framheve at våre beregninger indikerer at – utenom ressurskrevende brukere – ser det ut til at bruken av hjemmebaserte tjenester er blitt redusert i Lillesand gjennom forsøksperioden. Dette kan ses i sammenheng med at økt satsing på tidlig innsats (uten vedtak om tjenester) har gjort at flere klarer seg uten tjenester. Til en viss grad ville økt satsing på tidlig innsats skjedd også

uten deltagelse i forsøket, men forsøket har trolig forsterket satsingen, ikke minst gjennom at midler fra forsøket finansierer Innsatsteamet.

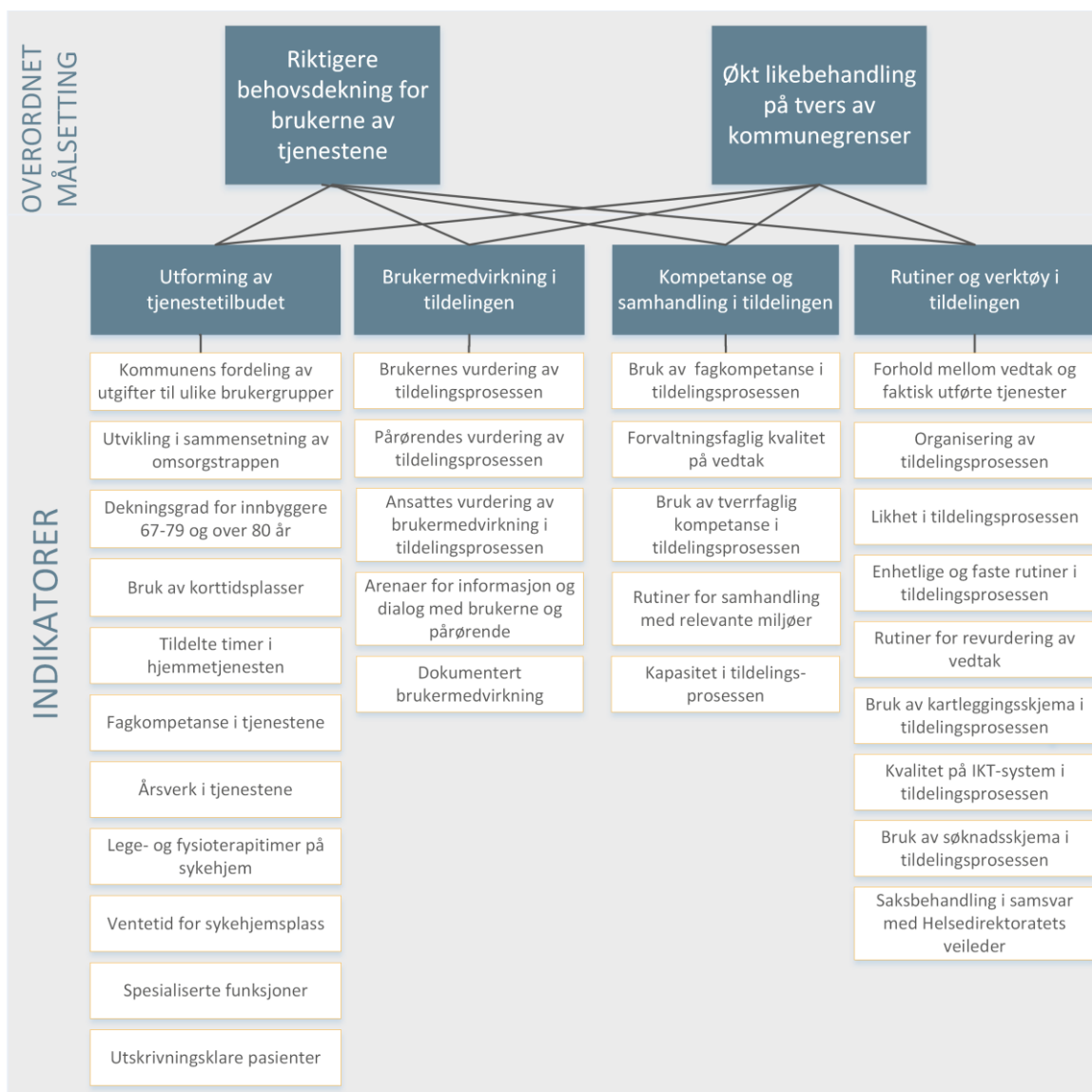
5 Indikatorer

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

Kapittel 2.7 beskriver referanse til de ulike typer kommuner, og begrunnelse for at de analyseres eller ikke. Oppsummert vil dette kapittelet bruke kommunene som angitt i Tabell 5-1:

Tabell 5-1: Oversikt over hvilke kommuner som brukes for å analysere de ulike indikatorene

Datakilde	Kommuner	Begrunnelse
KOSTRA og IPLOS	Stjørdal, Lillesand, Selbu, tidl. Os og tidl. Hobøl. Sammenlignes med resten av landet.	Tallene tar utgangspunkt i innrapporterte tall for fjoråret, dvs. tall for 2019 i denne rapporten. 2019 fram til mai var del av første del av forsøket, derfor inkluderes også Hobøl. Kommunesammenslåing skjedde 1. januar, derfor brukes gamle kommuner.
Spørreundersøkelse	Stjørdal, Lillesand, Selbu, Bjørnafjorden, tidl. Hobøl.	Gjennomført i alle år inkl. 2020. Hobøls resultater inkluderes fram til 2019 siden det viser utvikling i forsøket. Bjørnafjorden og tidl. Os sine resultater

	Sammenlignes med C-kommuner.	vises samlet siden det i stor grad er de samme informantene. Indre Østfold har ikke besvart undersøkelsen i 2020, og tidl. Spydeberg besvarte ikke foregående år, derfor utelates disse.
Aktivitetstilskudd	Stjørdal, Lillesand, Selbu, Bjørnafjorden, tidl. Hobøl, tidl. Os.	Alle som har mottatt aktivitetstilskudd er inkludert.

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.

Siden denne analysen baserer seg på KOSTRA-tall for 2019, har vi valgt å bruke utvalget av kommuner som var påvirket av forsøket i 2019, det vil si (tidligere) Os, Stjørdal, Lillesand og (tidligere) Hobøl. Selv om Hobøl ikke deltok i forsøket i 2020, vil tallene deres fra 2019 bidra til å belyse forsøkets effekter, siden de deltok i forsøket det året. Selbu blir analysert på linje med de andre kommunene, ettersom de gikk inn i forsøket fra 2019, og finansieringsmodellen fra 1. januar 2020. Som begrunnet i kapittel 2 har vi valgt å ikke analysere Spydeberg denne rapporten, siden de kun deltok i B-modellen fram til mai 2019, og deretter gikk ut av forsøket.

5.1.1 Andelen av utgiftene brukt på institusjon

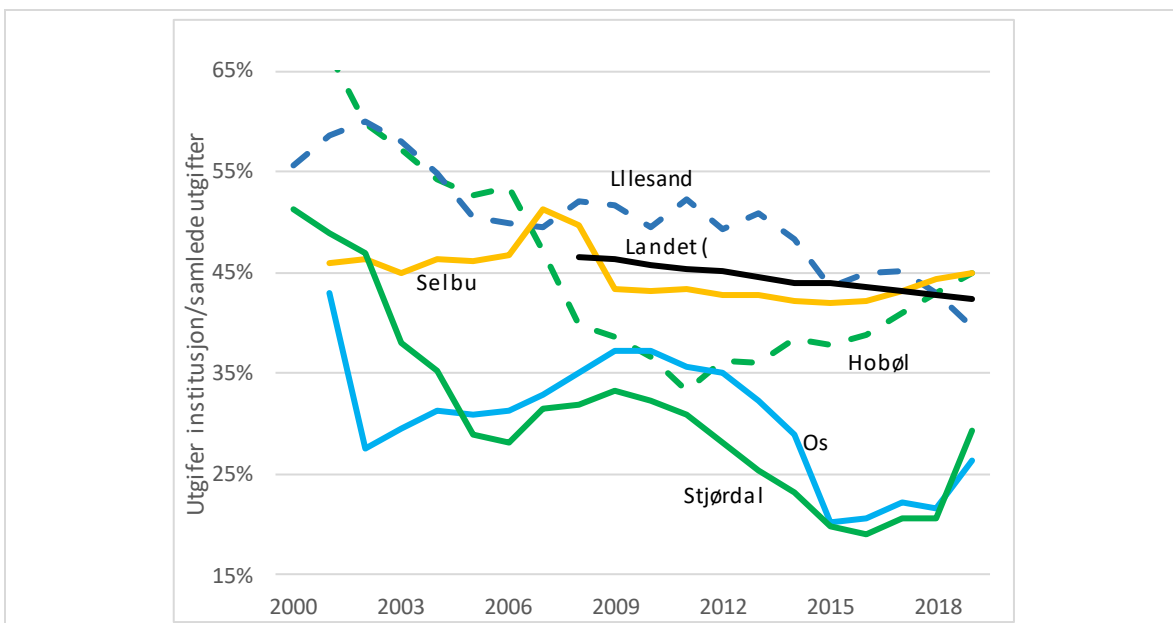
Det overordnede spørsmålet vi tar sikte på å svare på er om utviklingen går i retning økt satsing på hjemmebasert omsorg slik trenden er for landet som helhet, eller om utviklingen går i retning av økt satsing på institusjonsomsorg. Vi er mest interessert i utviklingen for A-kommunene som har en stykkprisfinansiering som dekker en økning i tilbudet. Selbu har vært en B-kommune i den første perioden av forsøket. I den nye perioden har kommunen fått samme modell for finansiering som A-kommunene hadde i den første delen av forsøket. Derfor er det nå interessant å følge utviklingen for Selbu. 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 2000-2019 for landet kommunene som har etablert finansieringsmodellen i forsøket i 2020. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Fire av de fem kommunene i figuren har hatt en utvikling fra 2015 til 2019 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. Os og Stjørdal har hatt en særlig kraftig økning fra 2018 til 2019 i andelen brukt på institusjon. Økningen i Os har sammenheng med byggingen av Luranetunet, som har gitt vesentlig flere plasser på institusjon.

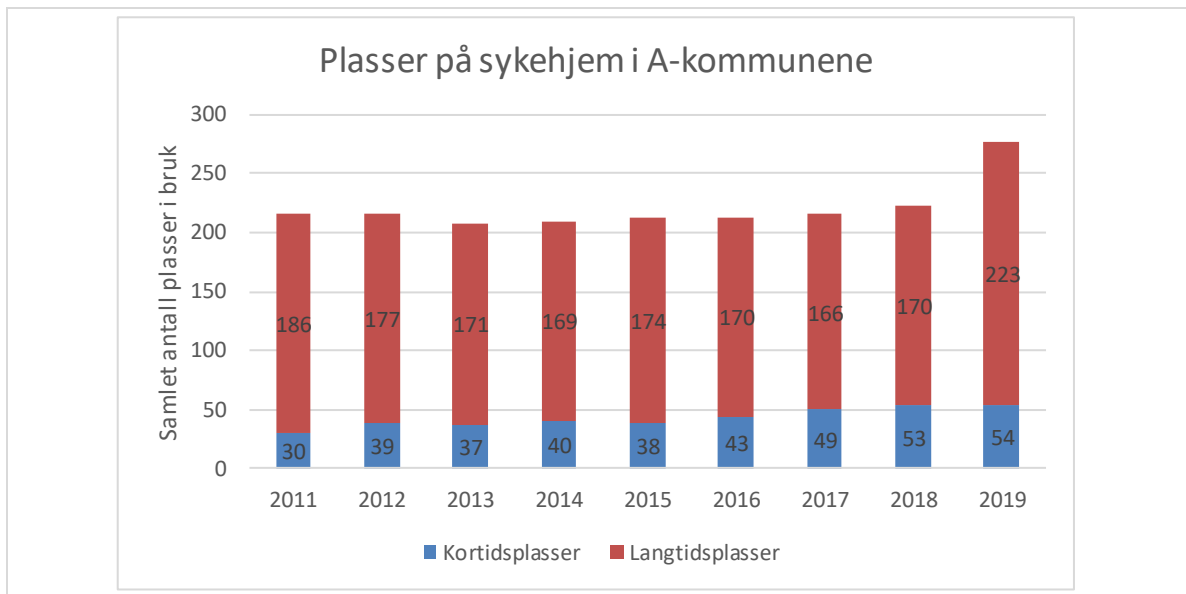
I 2019 er økningen av sykehjems plasser i Stjørdal resultat av en omhjemling av plassene fra boliger med døgnomsorg til sykehjem. Etter det vi har skjønnet har ikke kommunen gjort bygningsmessige endringer som følge av omhjemlingen. Kommunen må ellers følge reglene som gjelder sykehjemsdrift. Uansett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

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 opprinnelige forsøkskommunene har bare økt med syv plasser, fra 216 i 2011 til 223 i 2018 (jf. figuren under)²⁹. Det stabile nivået som har vært helt siden 2011 videreføres helt fram til 2018. Merk at Selbu ikke fremstilles her, siden de ikke var del av forsøket i den perioden tallene er for. Tall for Selbu kommer imidlertid senere i dette kapitlet.

Den langsiktige trenden blir brutt i 2019 med en økning på over 50 plasser. Økningen henger i sin helhet sammen med at det blir flere plasser i Os og Stjørdal. Antall plasser i Hobøl og Lillesand er på omtrent samme nivå i 2019 som i 2018.

²⁹ Vi har valgt å ikke inkludere Selbu i figuren siden de først startet med statlig finansieringsmodell i 2020.



Figur 5-3 Samlet antall plasser i bruk på sykehjem 2011-2019 for de fire A-kommunene (Stjørdal, Lillesand, tidl. Hobøl og tidl. Os) fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser. Kilde: Registrerte oppholdsøgn rapportert til KOSTRA

Frem til 2018 er det en tendens til en økning i antall korttidsplasser og en reduksjon i antall langtidsplasser. Den kraftige veksten fra 2018 til 2019 henger i all hovedsak sammen med at det har blitt flere langtidsplasser.

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. Merk at Selbu startet opp med statlig finansieringsmodell i først i januar 2020. Ettersom Selbu har hatt

Tabell 5-2 Antall plasser på sykehjem 2011-2019 fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser for forsøkskommunene. Kilde: Antall plasser er beregnet på grunnlag av registrerte oppholdsdøgn rapportert til KOSTRA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Sykehjem i alt</i>									
Hobøl	23,1	22,8	26,9	28,6	31,8	29,3	29,8	30,5	30,5
Lillesand	76,3	80,8	79,7	77,3	72,7	70,2	68,1	66,4	68,4
Os	43,9	42,7	38,9	41,3	45,1	46,8	47,3	43,8	64,5
Stjørdal	72,8	69,4	62,1	62,5	63,2	66,7	70,2	81,8	113,3
Selbu	46,2	44,8	44,4	44,8	44,1	43,4	44,8	41,7	41,8
I alt	262,3	260,5	252,1	254,5	256,8	256,4	260,1	264,2	318,5
<i>Korttidsopphold</i>									
Hobøl	2,9	3,0	5,0	4,0	3,7	3,7	5,0	5,3	5,3
Lillesand	8,7	14,1	8,0	9,3	9,0	7,4	8,7	8,4	8,1
Os	12,2	13,0	14,1	17,0	16,0	17,3	16,7	18,5	20,2
Stjørdal	6,1	8,5	9,8	10,2	9,8	15,0	19,0	20,6	20,6
Selbu	8,9	7,2	5,8	6,5	5,2	6,1	7,3	9,3	10,3
I alt	38,9	45,8	42,6	46,9	43,6	49,6	56,7	62,1	64,5
<i>Langtidsopphold</i>									
Hobøl	20,2	19,8	22,0	24,6	28,1	25,6	24,8	25,2	25,2
Lillesand	67,6	66,7	71,7	68,0	63,7	62,8	59,4	58,0	60,3
Os	31,7	29,7	24,9	24,4	29,1	29,4	30,5	25,3	44,3
Stjørdal	66,6	60,9	52,4	52,3	53,4	51,7	51,2	61,1	92,7
Selbu	37,3	37,6	38,6	38,3	39	37,3	37,5	32,4	31,5
I alt	223,4	214,7	209,5	207,6	213,3	206,8	203,4	202,1	254,0

Siden 2015 har det samlede antall sykehjemsplasser blitt redusert i Hobøl, Lillesand og Selbu, mens det har altså vært en økning i Os og Stjørdal, særlig fra 2018 til 2019. Veksten i Stjørdal startet allerede i 2014. Utbetalingen av tilskudd viser en betydelig vekst for langtidsopphold på institusjon fra 2017 til 2019 for både Os og Stjørdal (jf. Tabell 5-4).

Både Stjørdal og Os er blant kommunene i landet med lavest dekning for eldre over 80 år på sykehjem (jf. Tabell 5-3). Økningen i disse to kommunene kan ha sammenheng med at nivået har blitt for lavt.

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 åtte årene.

Korttidsplassene er jevnt over noe dyrere i drift enn langtidsplassene. Flere korttidsplasser kan altså være noe av forklaringen til de økte utgiftene til institusjon. Den viktigste forklaringen er nok omgjøringen av plasser fra bolig til institusjon i Os og Stjørdal. 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 5-2 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 evalueringsrapporten for 2019 drøftet 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 2019 mellom 37,6 prosent i Stjørdal til 45,5 prosent i Selbu. Dekningen for landet som helhet var på 42,1 prosent.

Fra 2015 til 2019 har den samlede dekningen for A-kommunene blitt redusert med 2,8 prosentpoeng, fordelt på 1,8 prosentpoeng for hjemmebasert omsorg og 1,0 prosentpoeng for institusjon.

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 5-3 Andel personer over 80 år som mottar pleie- og omsorgstjenester per 31. desember 2015-18

	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)</i>					
Hobøl	24,6	20,4	24,4	29,8	28,9
Lillesand	31,6	31,6	31,3	27,8	27,4
Os	40,2	40,3	41,9	41,1	39,5
Selbu	39,5	38,4	40,3	37,3	32
Stjørdal	36,8	37,4	34,6	32,9	30,5
Landet	33,0	32,5	32,0	31,2	30,0
Snitt A-kommuner	33,3	32,4	33,1	32,9	31,6
<i>Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)</i>					
Hobøl	16,2	14,5	10	11,0	10,7
Lillesand	12,2	12	12,2	12,8	11,7
Os	6,6	5,8	4,1	5,5	6,7
Selbu	13,7	14,8	13,6	12,2	13,5
Stjørdal	5,3	5,5	5,1	6,3	7,1
Landet	13,6	13,3	12,9	12,4	12,1
Snitt A-kommuner	10,1	9,5	7,9	8,9	9,1
<i>Andel innbyggere 80 år og over med tjenester (prosent)</i>					
Hobøl	40,8	34,9	34,4	40,8	39,6
Lillesand	43,8	43,6	43,5	40,6	39,1
Os	46,8	46,1	46,0	46,6	46,2
Selbu	53,2	53,2	53,9	49,5	45,5
Stjørdal	42,1	42,9	39,7	39,2	37,6
Landet	46,6	45,8	44,9	43,6	42,1
Snitt A-kommuner	43,4	41,9	40,9	41,8	40,6

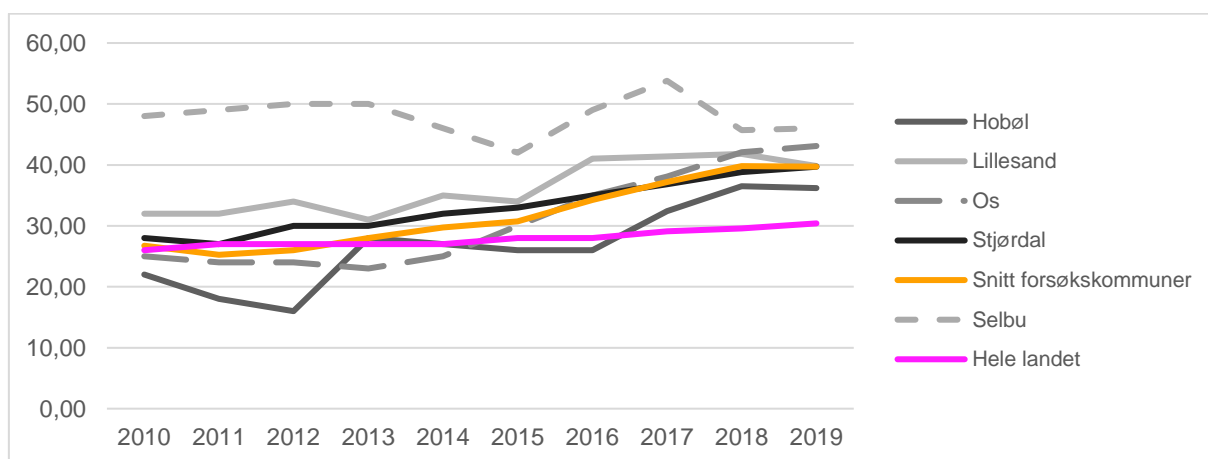
Den reduserte dekningen innebærer at en større del av de eldre klarer seg uten bistand. Noe av forklaringen kan være at en styrket og mer profesjonell tildelingsfunksjon bidrar til flere selvhjulpne eldre. Samtidig er den reduserte dekningen trolig også et resultat av andre forhold som gjelder hele landet.

For landet har nedgangen i den samlede dekningen fra 2015 til 2019 vært på hele 4,5 prosentpoeng. Som nevnt i rapporten for 2019 kan utviklingen henge sammen med endringer i aldersfordelingen innad i denne aldersgruppen³⁰. Det ble da vist 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.

5.1.4 Sammensetning av omsorgstrappen

Statistikken fra IPLOS gir et langt mer detaljert bilde av tilbudet av tjenester enn de tre KOSTRA-funksjonene omtalt over. Tallene viser antall brukere av de ulike tjenestene per 31.12 det året, og er derfor sårbare. Tallene er heller ikke justert for demografien i kommunen. Tallene for alle forsøkskommunene samlet kan imidlertid likevel danne et bilde av utviklingen av tjenesteporteføljen³¹.

Figur 5-4 viser brukere av 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. Forsøkskommunene ser ut til å ha hatt en større vekst i helsetjenester i hjemmet enn landet for øvrig. Dette kan henge sammen med den demografiske veksten som har vært i forsøkskommunene, og som har blitt omtalt i tidligere rapporter.

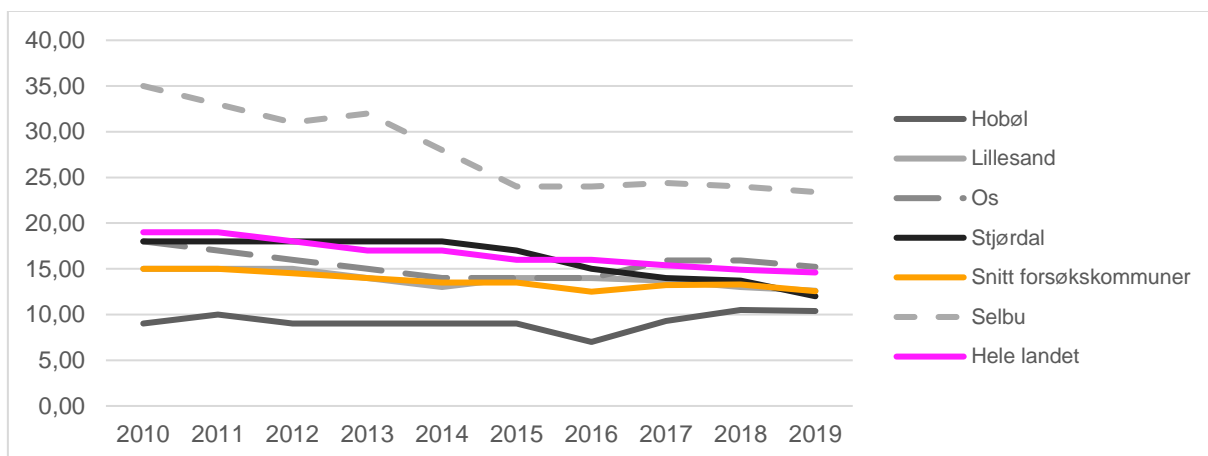


Figur 5-4: Antall brukere av helsetjenester i hjemmet per 1000 innbyggere per 31.12, 2009-2019. Kilde: SSB

Figur 5-5 viser antall brukere med praktisk bistand til daglige gjøremål. Tjenesten omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. Utviklingen i forsøkskommunene peker i retning av gradvis reduksjon av disse tjenestene, likhet med landet for øvrig.

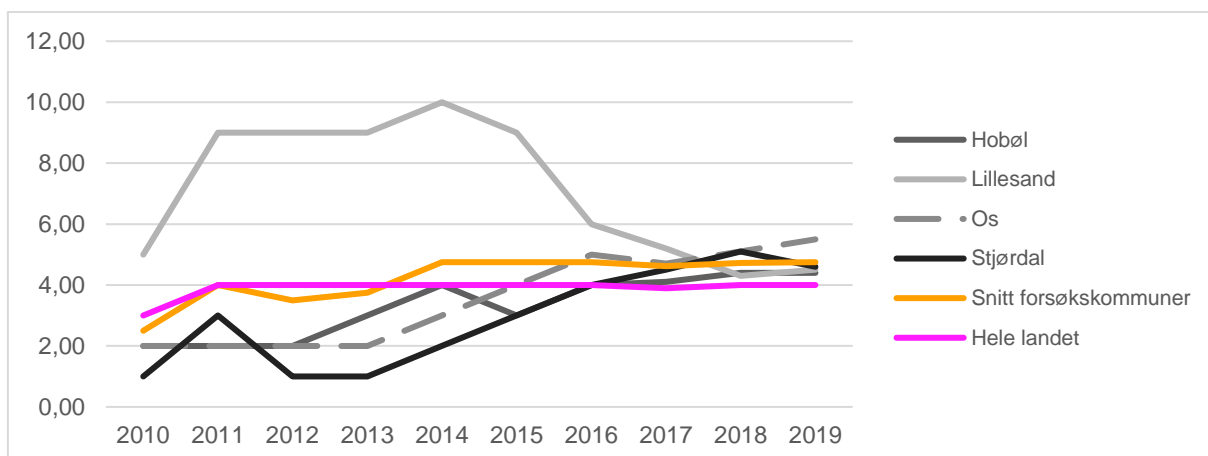
³⁰ Kommunal rapport 25. juni 2019 «Flere over 80 år er unge og friske». <https://kommunal-rapport.no/2019/06/flere-unge-80-aringer>

³¹ Selbu er ikke inkludert i snittet for forsøkskommunene siden de først startet med forsøket i 2019.



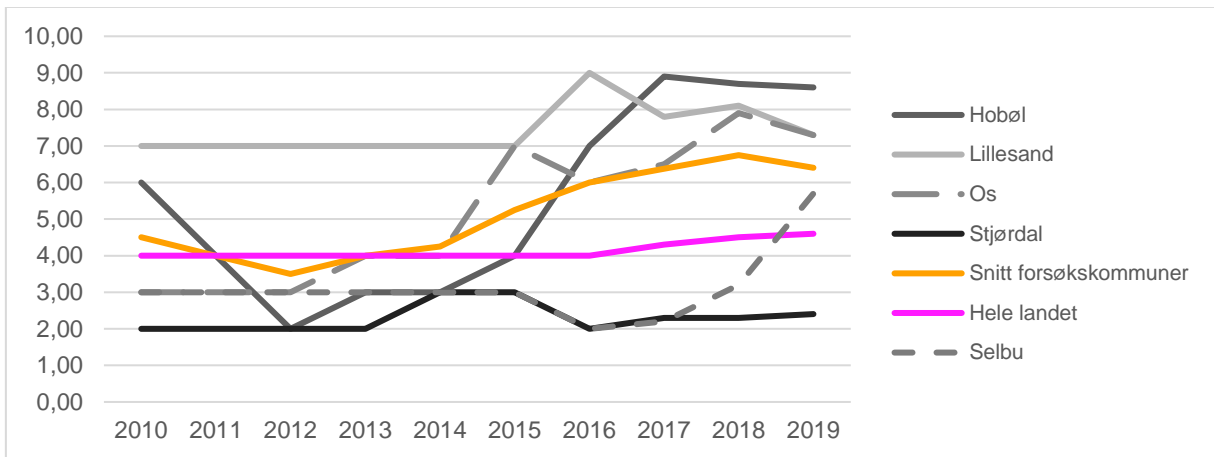
Figur 5-5: Antall brukere av praktisk bistand til daglige gjøremål per 1000 innbyggere per 31.12, 2009-2019. Kilde: SSB

Figur 5-6 viser antall brukere med praktisk bistand – opplæring daglige gjøremål. Formålet med praktisk bistand – opplæring er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet, dvs. opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning og i forbindelse med måltider. Dette omfatter også boveiledning. Disse tjenestene utgjør en viktig del av tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne. Nivået på disse tjenestene ser også ut til å være relativt jevnt, i likhet med resten av landet.



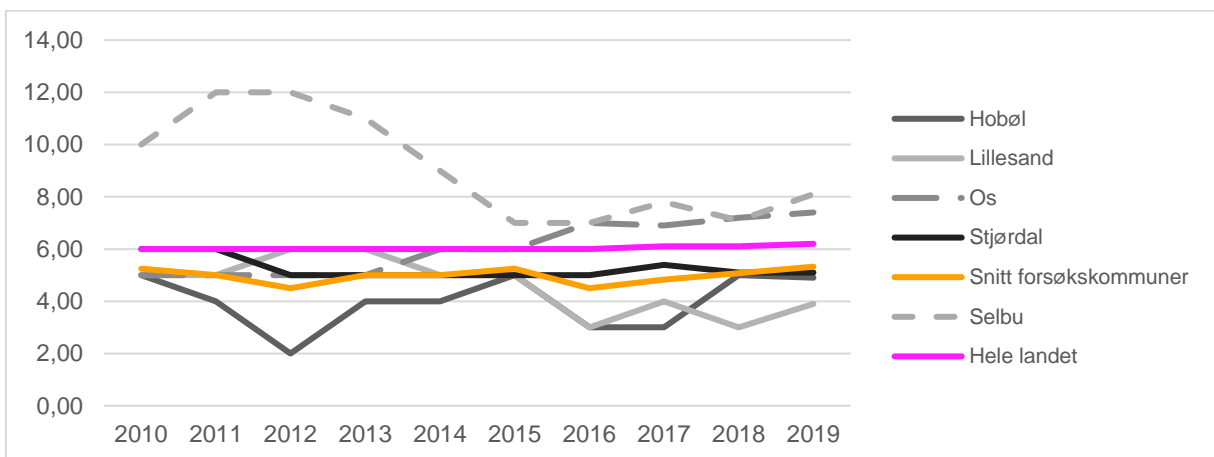
Figur 5-6: Antall brukere av praktisk bistand til opplæring per 1000 innbyggere per 31.12, 2009-2019. Kilde: SSB

Figur 5-7 viser utviklingen i antall brukere med dagaktivitetstilbud. 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. Også på dagaktivitetstilbud har forsøkskommunene økt mer enn resten av landet. Det er imidlertid verdt å merke seg at økningen startet i 2015, altså før forsøket startet, og at det sank noe fra 2018 til 2019.



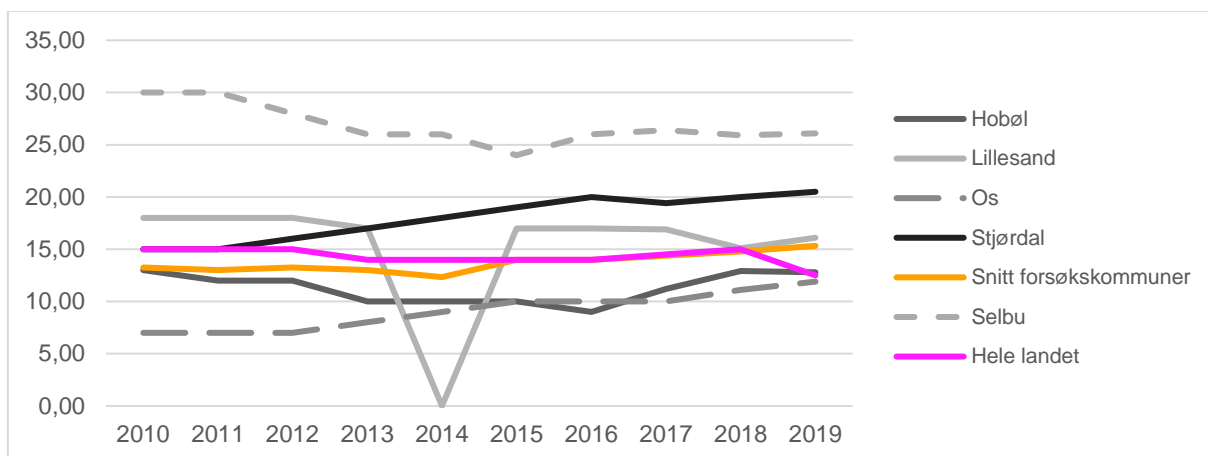
Figur 5-7: Antall brukere av dagaktivitetstilbud per 1000 innbyggere per 31.12, 2009-2019. Kilde: SSB

Figur 5-8 viser antall brukere med støttekontakt. Støttekontakt er et tilbud til personer som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer. Støttekontaktens viktigste oppgave er som regel å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid. Antall personer med støttekontakt har vært relativt stabilt i hele forsøksperioden.



Figur 5-8 Antall brukere med støttekontakt per 1000 innbyggere per 31.12, 2009-2019. Kilde: SSB

Figur 5-9 viser antall brukere med trygghetsalarm. Slike alarmer gjør at hjemmeboende kan tilkalle kommunal hjelp i akutte situasjoner. Alarmene er ment å bidra til trygghet og at eldre kan bo hjemme lenger. Antall personer med trygghetsalarm har økt med 42 prosent fra 2009 til 2019. Økningen har vært noenlunde jevn gjennom hele perioden og ser i liten grad ut til å være påvirket av forsøket.

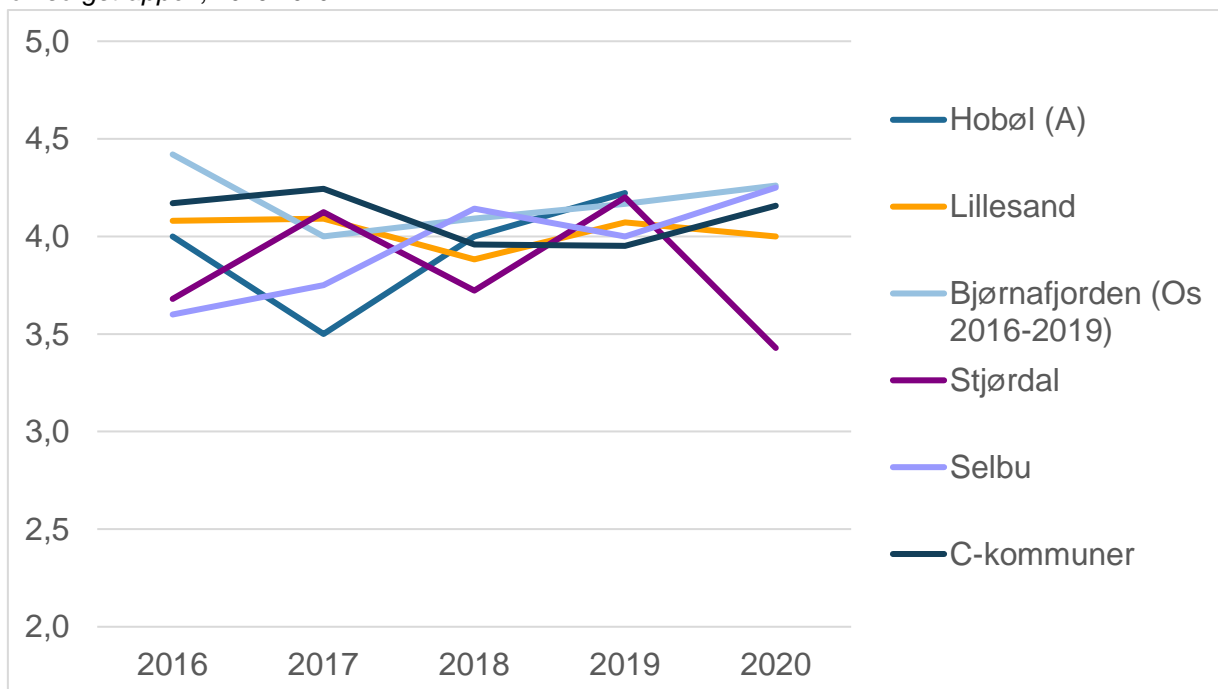


Figur 5-9: Antall brukere med trygghetsalarm per 1000 innbyggere per 31.12, 2009-2019. Kilde: SSB

5.1.5 Ansattes vurdering av omsorgstrappa

Figur 5-10 viser de ansattes svar på hvorvidt de vurderer at kommunens tilbud dekker de ulike trinnene i omsorgstrappen. I de fleste kommunene svarer de ansatte at de oppfatter at kommunene i ganske stor eller stor grad dekker de ulike trinnene. Både Bjørnafjorden, Lillesand og Stjørdal er mindre positive i 2020 enn ved nullpunkt, selv om forskjellene ikke skal overdrives.

Figur 5-10 Ansattes vurdering av i hvilken grad kommunens tilbud dekker de ulike trinnene i omsorgstrappen, 2016-2020



5.1.6 Utvikling i aktivitetstilskudd 2017-2020 i forsøkskommunene

Vi har beregnet utviklingen i tilskuddet i faste 2020-priser. Det betyr at vi har brukt satsene for tilskuddet for 2020 også for 2017, 2018 og 2019. 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.

Tilskuddet for 2020 i tabellen under kan ikke sammenliknes direkte med tidligere år, siden sammensetningen av kommuner er noe ulik. I 2020 omfatter tilskuddet første gang Selbu og Bjørnafjorden (Os og Fusa), mens Indre Østfold ennå ikke har kommet med. Det betyr altså at Selbu og Fusa er med for første gang i 2020, mens Hobøl har falt ut. Til tross for disse endringene kan det være interessant å se utviklingen for ulike tjenester.

Merk at aktivitetstilskudd for vedtatte tjenester som har blitt midlertidig påvirket/reduert som følge av koronapandemien har blitt videreført.

Utviklingen er preget av at det fortsatt skjer en viss rydding av dataene. For eksempel har det i Os vært en omkodning mellom helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Det betyr at utviklingen må tolkes med en viss grad av forsiktighet. I kapittel 4 er utviklingen for den enkelte kommune presentert og kommentert. Kapittel 8 gir en oversikt for alle kommunene over aktivitetstilskuddet og andre tilskudd som den statlige finansieringen omfatter.

I tabellen over har vi valgt å ta med status i 2020, selv om dataene ikke er direkte sammenliknbare med tidligere år. Selbu og Fusa har kommet til. Hobøl har midlertidig gått ut av finansieringen før hele Indre Østfold blir med fra 2021. Den samlede utviklingen i tilskuddet for kommunene er vist i Tabell 8-1.

Tabell 5-4 Aktivitetsbasert tilskudd fordelt på tjenester 2017-2020³². Faste 2020-priser i millioner kroner.

	Alle A (mill kr)				2017- 2019	2017- 2020
	2017	2018	2019	2020		
Langtidsopphold på institusjon	153	160	174	258	14 %	69 %
Korttidsopphold på institusjon	84	92	86	103	2 %	23 %
Utskrivningsklare fra sykehus	2	2	2	2	-34 %	-19 %
Helsetjenester i hjemmet	599	580	635	636	6 %	6 %
Praktisk bistand daglige gjøremå	62	92	87	81	40 %	31 %
Praktisk bistand, opplæring	143	145	148	141	4 %	-1 %
Praktisk bistand, BPA	24	29	26	28	8 %	16 %
Avlastning utenfor institusjon	15	12	15	12	4 %	-16 %
Dagsenter	56	53	53	58	-5 %	5 %
Omsorgslønn	14	14	15	13	6 %	-3 %
Støttekontakt	13	15	15	16	11 %	24 %
Institusjon	240	254	262	364	9 %	52 %
Helsetjenester, praktisk bistand	827	846	895	886	8 %	7 %
Andre tjenester	97	94	97	100	0 %	3 %
I alt	1 164	1 194	1 254	1 349	8 %	16 %

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 litt under halvparten og tilskuddet til institusjon rundt en fjerdedel av det samlede tilskuddet.

³² Tilskuddet for 2020 er basert på informasjon om faktiske utbetalinger i første halvår. Det er lagt til grunn at nivået fra første halvår blir videreført også i andre halvår.

- ▶ Utgiftene til langtidsopphold på institusjon har økt betydelig. Økningen har sammenheng med åpningen av Luranetunet bo- og behandlingssenter i Os og at boliger i Stjørdal ble hjemlet om til institusjon. Utviklingen i 2020 er preget av at Selbu og Fusa har kommet til. Disse kommunene har en større del av tilbudet på institusjon enn det som ellers er vanlig.
- ▶ Utgiftene til *helsetjenester i hjemmet* ble betydelig redusert i 2018 og har deretter vokst i 2019. Som nevnt er utviklingen preget av omkodingen av tjenester.
- ▶ 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 2011-2019 med landet som helhet (jf. kapittel 5.3.3).

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 seks ulike tidspunkter. Se for øvrig omtale i 3.6.4.

Evalueringsrapporten fra 2019 viste at årsverk i tjenestene i de fire A-kommunene hadde økt med 14,9 prosent i forsøksperioden, sammenlignet med 3,7 prosent i kontrollkommunene. Omtrent all vekst i forsøkskommunene utover normalt nivå kunne imidlertid relateres til økningen i Os kommune (blant annet på grunn av nytt sykehjem i 2017).

Tabell 5-5 viser hvordan dette ser ut i 2020. Merk at sammensetningen av kommuner er annerledes blant annet på grunn av kommunesammenslåinger. Tabellen viser uansett at forsøkskommunene har hatt en gjennomsnittlig økning i antall årsverk har vært relativt høy i perioden 2016-2019. I 2020 ser dette derimot ut til å ha flatet ut. Stjørdal har 3,4 prosent lavere bemanning, mens Bjørnafjorden ligger 5 prosent under totalen for tidligere Os og Fusa i 2019.

Tabell 5-5 Utvikling i antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene 2016-2020 (ekskl. tildeling). Kilde: Egen datainnsamling basert på innrapportering fra kommunene

ALLE TJENESTER, EKSL. TILDELINGSENHETEN

Kommune	2016		2017	2018	2019	2020	Endring	Endring
	jan	sept	sept	sept	sept	sept	jan.16 sep.19	sep.19 sep.20
Bjørnafjorden*						574		-5,0 %
Tidl. Os	350	364	375	422	474		35,2 %	
Tidl. Fusa**					130			
Stjørdal	448	459	468	473	469	453	4,7 %	-3,4 %
Lillesand	251	253	261	278	270	285	7,4 %	5,5 %
Selbu	115	115	115	117	121	121	5,8 %	-0,1 %
A Totalt	1164	1191	1218	1290	1333	1432	14,6 %	7,4 %

* endring 2019-2020 viser til differansen mellom Os/Fusa og Bjørnafjorden

** Fusa er ikke inkludert i totalen for 2019 siden de ikke var med i forsøket da

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.

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 2019 77,5 prosent med relevant fagutdanning i de brukerrettede tjenestene innenfor pleie og omsorg. Gjennomsnittet for A-kommunene lå på 78,8 prosent. Sammenliknet med landet er nivået i Stjørdal høyere og betydelig lavere i Os og Lillesand. Andelen har økt for Stjørdal, den har blitt redusert i Lillesand og Os og er nokså uendret i Hobøl.

Tabell 5-6 Andel årsverk i brukerrettede tjenester med relevant fagutdanning 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Andel brukerrettede årsverk m/ helsefagutdanning (prosent)</i>					
Hobøl	72,4	74,8	73,9	74,3	72,6
Lillesand	83,4	82,7	82,0	80,6	81,0
Os	74,4	77,5	76,4	75,1	73,4
Selbu	83,9	83,9	80,4	80,6	83,3
Stjørdal	86,2	86,8	87,3	87,6	88,2
Landet	76,4	77,0	77,2	77,1	77,5
Snitt A-kommuner	79,1	80,5	79,9	79,4	78,8

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 av *fysioterapi* i 2019 høyest i Spydeberg og lavest i Stjørdal. Nivået for forsøkskommunene er jevnt over noe lavere i 2019 enn i 2015. Denne indikatoren for kvalitet viser altså en negativ utvikling. Derimot er tilbudet av *legetimer* jevnt over høyere i 2019 enn i 2015. I 2019 lå Os høyest og Lillesand lavest.

Tabell 5-7 Lege- og fysioterapitimer per uke per beboer på sykehjem 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem</i>					
Hobøl	0,70	0,76	0,40	0,36	0,36
Lillesand	0,39	0,44	0,37	0,35	0,36
Os	0,44	0,43	0,67	0,66	0,44
Selbu	0,33	0,33	0,38	0,38	0,33
Stjørdal	0,05	0,10	0,46	0,38	0,28
Landet	0,41	0,43	0,42	0,42	0,43
Snitt A-kommuner	0,40	0,43	0,48	0,44	0,36
<i>Legetimer per uke per beboer i sykehjem</i>					
Hobøl	0,31	0,34	0,42	0,38	0,38
Lillesand	0,41	0,57	0,54	0,53	0,54
Os	0,84	1,13	1,76	1,99	1,64
Selbu	0,52	0,51	0,59	0,59	0,51
Stjørdal	0,38	0,38	0,37	0,44	0,36
Landet	0,53	0,55	0,55	0,56	0,55
Snitt A-kommuner	0,49	0,61	0,77	0,84	0,73

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 kontrollkommuner. Det er altså ingen klar sammenheng mellom dette og deltagelse i forsøket. Kommunene har i løpet av forsøksperioden introdusert flere tiltak, særlig innen kartlegging og hverdagsrehabilitering, ref. kapittel 4, og evalueringsrapport fra 2019.

Tabell 5-8 Spesialiserte funksjoner i kommunene pr. september 2020

Har kommunen egne tilbud for:					
	Hverdags-rehabilitering	Palliasjon	Personer med demens	Personer med kreft	Andre grupper
Stjørdal	Ja ³³	Ja ³⁴	Ja	Ja	Hjemreise-koordinator (2019), trygghets-ambulerende team
Lillesand	Ja (ny i forsøks-perioden) ³⁵	Nei	Ja	Ja	

³³ Både døgn- og hjemmerehabilitering

³⁴ Sammenfaller med kreft

³⁵ Innsatsteam

<i>Bjørnafjorden</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	KOLS/Diabetes, kartleggingsteam, ernæringsfysiolog
<i>Hobøl</i>	Nei	Nei	Ja	Nei	
<i>Selbu</i>	Ja	Nei	Ja	Nei	

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 2019 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. Hobøl har ikke rapportert data for 2019. Her er dataene for 2019 de samme som for 2018.

	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, praktisk bistand</i>					
Hobøl	43,3	28,1	29,5	22,6	22,6
Lillesand	9,5	7,6	7,4	8,1	7,8
Os	10,8	9,1	10,7	9,0	10,3
<i>Selbu</i>	<i>1,5</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>1,2</i>
Stjørdal	6,6	5,8	5,7	6,0	5,8
Landet	9,5	9,7	10,1	10,6	10,8
Snitt A-kommuner	17,5	12,6	13,3	11,4	11,6
<i>Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, helsetjenester i hjemmet</i>					
Hobøl	3,7	5,8	5,0	4,9	4,9
Lillesand	3,0	6,0	5,7	6,9	7,6
Os	10,7	8,4	8,0	8,3	8,7
<i>Selbu</i>	<i>9,8</i>	<i>9,1</i>	<i>8,7</i>	<i>9,7</i>	<i>8,2</i>
Stjørdal	7,8	10,0	7,9	7,5	6,2
Landet	4,6	4,8	4,8	4,8	4,9
Snitt A-kommuner	6,3	7,5	6,7	6,9	6,9

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 2015 til 2019. 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 2015-2019. Spydeberg og Hobøl har ikke rapportert data for 2019. Her er dataene for 2019 de samme som for 2018.

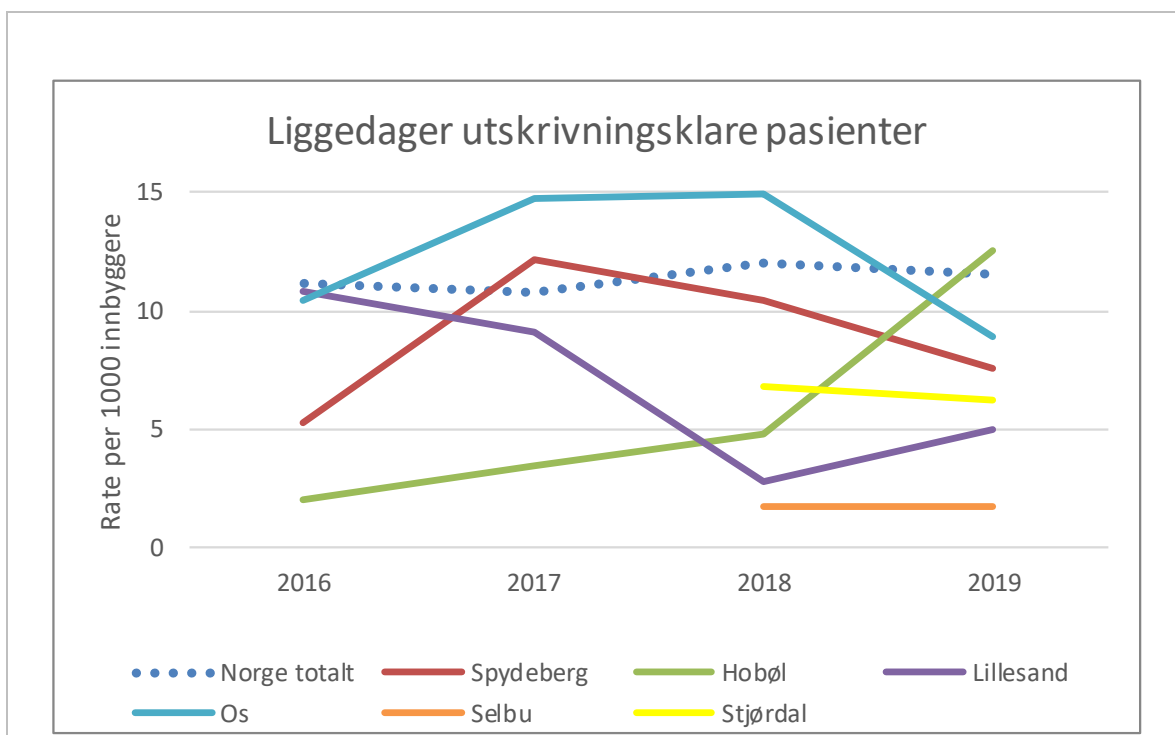
	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Gjennomsnittlig tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere over 67 år</i>					
Hobøl	3,1	2,3	4,6	3,2	3,2
Lillesand	3,3	3,7	4,2	3,8	4,4
Os	13,3	8,7	10,2	8,9	9,0
Selbu	4,3	5,3	5,3	5,2	4,9
Stjørdal	7,5	10,4	8,3	8,5	6,7
Landet	4,9	4,9	5,0	5,2	5,1
Snitt A-kommuner	6,8	6,3	6,8	6,1	5,8

5.3.2 Ventetid sykehjemsplass

Tidligere i evalueringen har vi fulgt utviklingen i kommunene for ventetiden på sykehjemsplass fra 2015 til 2018. Helsedirektoratet har hatt ansvaret for dataene vi har brukt tidligere. Endringer i registreringspraksis har ført til at direktoratet ikke har utarbeidet disse dataene for 2019.

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 5-11 Liggedager utskrivningsklare pasienter 2016–2019. Rate per 1000 innb. Kilde: Helsedirektoratet³⁶

I perioden fra 2016 til 2019 har de seks kommunene i forsøket jevnt færre liggedager på sykehuset for utskrivningsklare pasienter enn landsgjennomsnittet. Det ser altså ut til at kommunene har hatt god kapasitet til å ta imot disse pasientene. Raten for den enkelte kommune har svingt nokså mye i løpet av disse årene. I 2019 var det bare Hobøl som hadde enn høyere rate enn landet som helhet.

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 sykehjems plasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem. Vi har tidligere vist at det har vært en betydelig økning i bruken av korttidsplasser etter at forsøket startet (jf. Tabell 5-2).

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

I perioden fra 2015 til 2019 var hvert opphold på korttidsplass i gjennomsnitt for landet på rundt 19 døgn. Gjennomsnittet for A-kommunene var i 2019 på 20,8 døgn. Hobøl, Lillesand 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. Spydeberg, Lillesand, Stjørdal og Selbu 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 inntrekk innom en korttidsplass i 2018

³⁶ I 2019 la Helsedirektoratet om metoden for beregning av disse ratene. Dataene i figuren stemmer derfor ikke med tilsvarende data presentert i tidligere rapporter. For Selbu og Stjørdal mangler data for perioden fra 2016 og 2017.

som i 2015. Her har det altså skjedd en svært markant økning i bruken av korttidsplasser bare i løpet av tre år.

Tabell 5-11 Gjennomsnittlig antall døgn per tidsbegrenset opphold 2015-2019. Spydeberg og Hobøl har ikke rapportert data for 2019. Her er dataene for 2019 de samme som for 2018.

	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Gjennomsnittlig antall døgn per tidsbegrenset opphold</i>					
Hobøl	23,1	21,9	25,9	20,4	20,4
Lillesand	28,8	27,1	23,5	19,8	20,7
Os	19,4	22,3	29,2	26,9	26,4
Selbu	19,7	15,6	15,6	19,0	15
Stjørdal	22,8	15,2	13,0	15,3	15,5
Landet	19,0	19,0	19,3	18,4	19,5
Snitt A-kommuner	23,5	21,6	22,9	20,6	20,8

5.4 Brukermedvirkning i tildelingen

Brukermedvirkning i tildelingen – som beskrevet i Figur 5-1 – har i tidligere rapporter blitt beskrevet som en indikator som vi har forsøkt å tilnærme oss kvantitativt. Som følge av det metodiske opplegget i andre del av forsøket er dette erstattet med en helhetlig gjennomgang av konkrete brukersaker. Gjennomgang av brukersaker og vedtak – herunder brukermedvirkning – er omtalt i et egne kapittel (6 og 7).

I dette indikatorkapittelet omtales derfor kun de ansattes vurdering av brukermedvirkning i tildelingsprosessen, siden dette er kartlagt kvantitativt gjennom spørreundersøkelsen.

5.4.1 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:

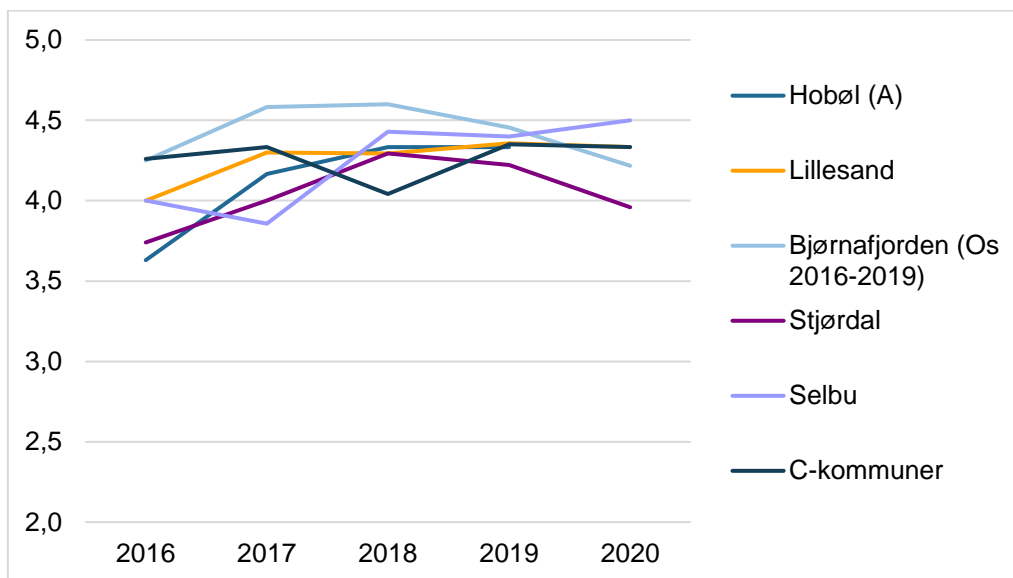
- ▶ vedtakene gjenspeiler brukernes behov
- ▶ kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjon og dialogutveksling med brukere og pårørende
- ▶ brukermedvirkning er godt dokumentert

Informasjon om brukers situasjon og behov

Figur 5-12 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov. Vi presenterer poengsummen for hver av forsøkskommunene og gjennomsnittet av kontrollkommunene. Vi har valgt å komprimere skalaen noe, for å tydeliggjøre forskjeller fra år til år og mellom kommuner. Skalaen går, som beskrevet tidligere, egentlig fra 1 til 5, hvor 1 betyr i svært liten grad og 5 betyr i svært stor grad.

Overordnet ser vi at de ansatte opplever at kommunene i ganske stor eller stor grad innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov i 2020. Selbu har en vesentlig bedring

gjennom forsøksperioden og scorer seg selv høyest i 2020. Lillesand har også en bedring i forsøksperioden. Respondentene i Bjørnafjorden (tidligere Os) og Stjørdal var mer positive i 2017 og 2018 sammenlignet med nullpunkt (2016), men tilfredsheten med informasjonsinnhenting om brukers situasjon og behov har gått noe ned i 2019 og 2020. C-kommunene (kontrollkommunene) har ligget ganske stabilt i perioden.

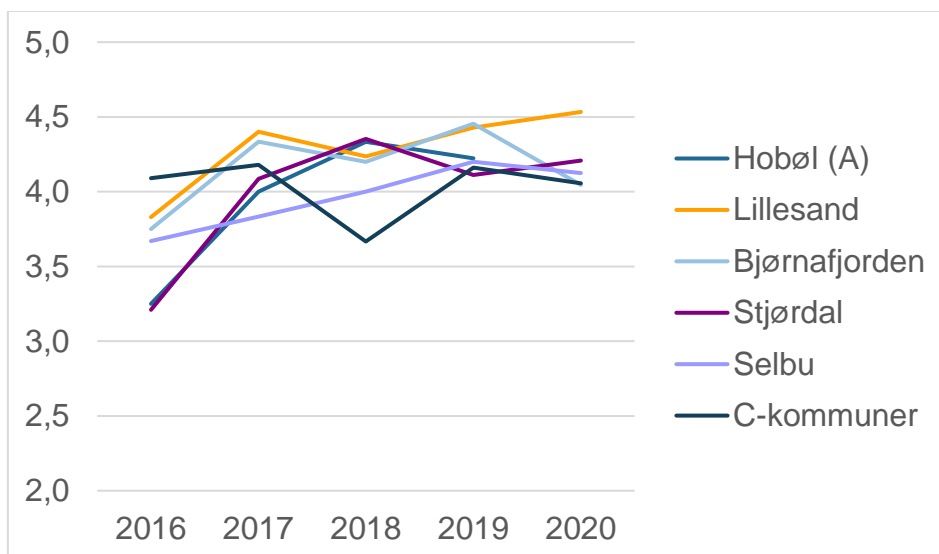


Figur 5-12 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov, 2016-2020

Informasjon om hva som er viktig for bruker

Spørsmålet om hva som er viktig for brukeren har fått stor oppmerksomhet i forsøket. Der man tradisjonelt har bedt brukeren velge hvilken tjeneste han/hun ønsker å søke på, skal man i forsøket kartlegge brukerens behov før man vurderer hvilken tjeneste som er relevant. For å illustrere dette kan man for eksempel tenke seg at enkelte brukere som opplevde å være ensomme tidligere kunne søke om flere timer med hjemmetjeneste eller institusjonsplass fordi det var disse tjenestene brukerne var kjent med. I forsøket skal kartleggingen av hva som er viktig for bruker sørge for at kommunen tildeler tjenester som er mer direkte rettet mot behovet, som i dette tenkte eksempelet kunne vært besøksvenn eller tilrettelegging for transport til dagsenter.

Figur 5-13 viser svarene på om de ansatte oppfatter at kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for bruker. Jevnt over oppfatter de ansatte i 2020 at kommunene i ganske eller stor grad gjør dette og vi kan se en klart mer positiv holdning i alle forsøkskommuner. C-kommunene (kontrollkommunene), som i gjennomsnitt ga seg selv høy score ved nullpunkt, ligger mer stabilt gjennom perioden og har ikke opplevd denne trenden.

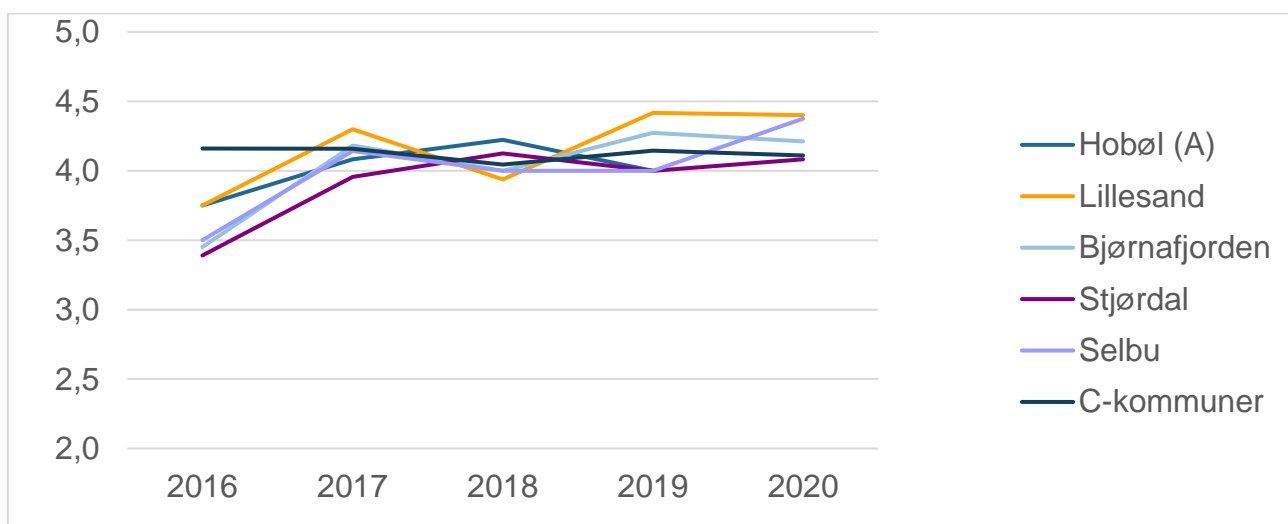


Figur 5-13 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for brukeren

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.

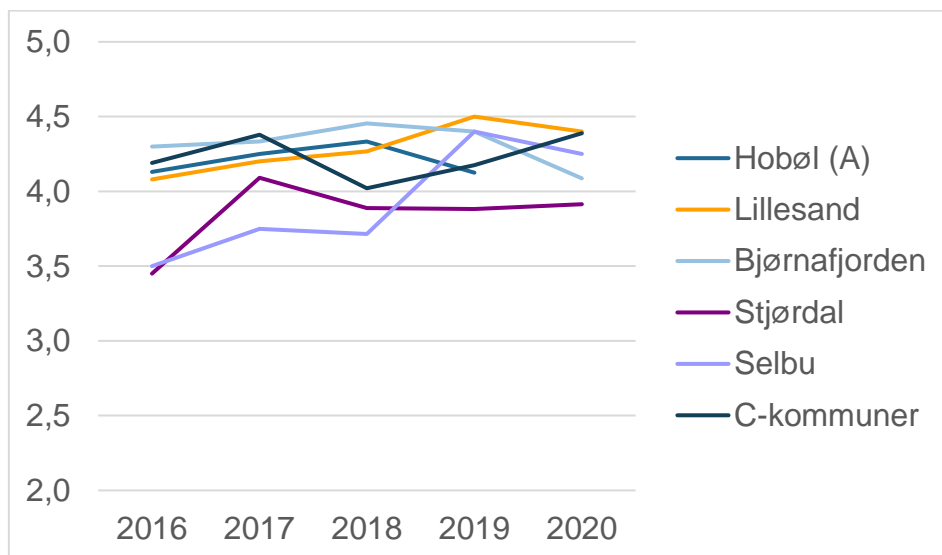
Figur 5-14 viser ansattes svar på hvorvidt de oppfatter at kommunen innhenter informasjon fra pårørende når det er relevant. Respondentene i forsøkskommunene scorer kommunen en god del bedre gjennom perioden og ser ut til å plassere seg på et høyere nivå sammenlignet med nullpunkt. Respondentene i C-kommunene ser også ut til å være fornøyd med innhenting av informasjon fra pårørende, men utviklingen som vi ser forsøkskommunene ser ikke ut til å gjelde for dem. Resultatene viser at den positive trenden i stor grad skyldes endringene fra 2016 til 2017.



Figur 5-14 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen innhenter informasjon fra pårørende når det er relevant

Vedtak som gjenspeiler brukers behov

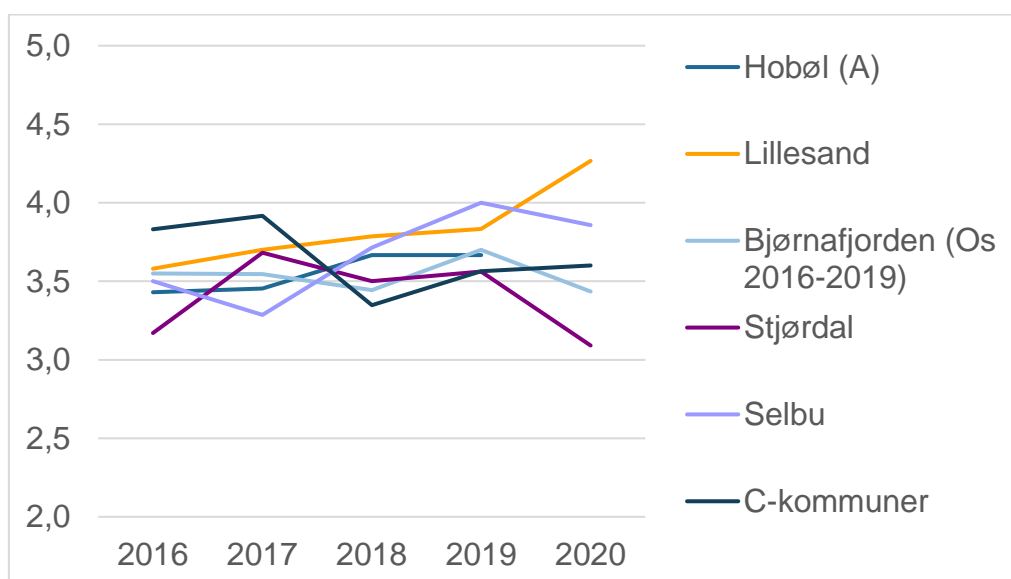
Figur 5-15 viser ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak gjenspeiler brukers behov. De fleste kommunene opplever at vedtakene gjør dette. Spesielt Selbu skiller seg ut og har en vesentlig forbedring i perioden, særlig siden 2018. Også de ansatte i Lillesand er mer tilfredse enn ved nullpunkt. Respondentene i Bjørnafjorden er litt mindre tilfreds i 2020 enn ved nullpunkt, mens respondentene i Stjørdal er litt mindre positive enn ved nullpunkt, mens respondentene i Stjørdal er litt mindre positive enn respondentene i de andre kommunene. For de andre kommunene er resultatene mer stabile.



Figur 5-15 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak gjenspeiler brukers behov

Arenaer for informasjon og dialog med brukere og pårørende

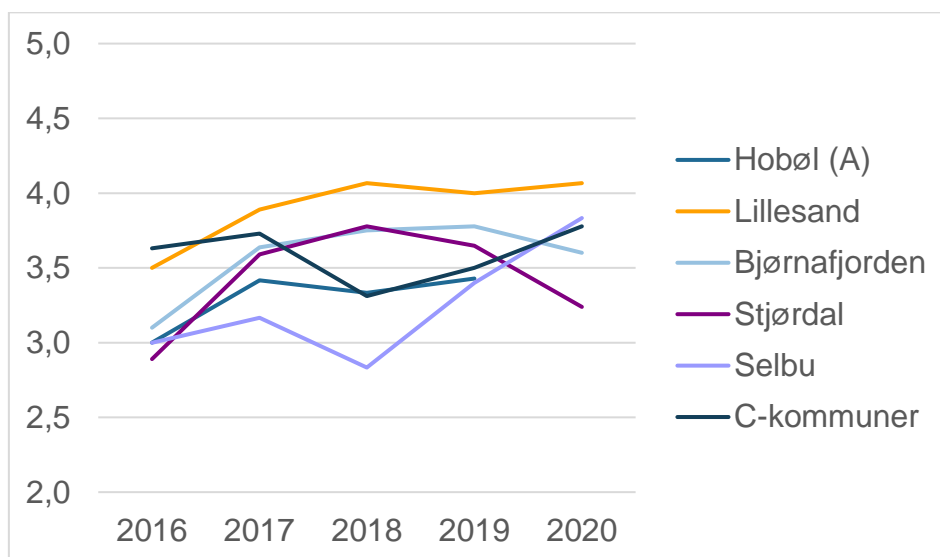
Figur 5-16 viser ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende. Respondentene vurderer dette noe mer kritisk enn mange av de andre sidene av tildelingsprosessen. Lillesand og Selbu har en bedring i perioden, mens de ansatte i Stjørdal scorer kommunen litt lavere enn ved nullpunkt. Også respondentene i kontrollkommunene (C-kommuner) er mindre positive i 2020 enn ved nullpunkt.



Figur 5-16 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende

Dokumentert brukermedvirkning

Figur 5-17 viser svar på om de ansatte oppfatter at brukermedvirkningen er godt dokumentert. Som for spørsmålet om kanaler/arenaer for dialog/informasjonsutveksling med pårørende, scorer kommunen seg ganske lavt på dette spørsmålet sammenlignet med mange av de andre spørsmålene. I intervjuene med de ansatte i kommunene har vi over flere år fått høre at mange kommuner har jobbet med dette, blant annet gjennom å forbedre vedtakene. Respondentene i alle forsøkskommunene scorer seg bedre i 2020 enn ved nullpunkt, selv om respondentene i Stjørdal og Bjørnafjorden er mindre positive i 2020 enn i 2019. Den positive tendensen er sterkest for Lillesand og Selbu. Respondentenes tilfredshet i kontrollkommunen har variert i perioden, uten noen klar tendens i den ene eller andre retningen.



Figur 5-17 Ansattes svar på om de oppfatter at brukermedvirkningen er godt dokumentert

Oppsummert brukermedvirkning

I sum er respondentene i forsøkskommunene mer positive til brukermedvirkningen i tildelingsprosessen i dag enn ved nullpunkt. De ansatte i Lillesand og Selbu er stort sett mer tilfreds utover i forsøksperioden, mens respondentene fra Stjørdal på enkelte spørsmål er noe mer kritiske i dag enn de andre forsøkskommunene, spesielt sammenlignet med resultatene fra 2018. Denne tendensen ser vi også i noen grad blant de ansatte i Bjørnafjorden (tidligere Os). Kontrollkommunene scorer seg ganske stabilt i perioden, så den positive endringen vi ser i forsøkskommunene ser ikke ut til å gjelde for dem.

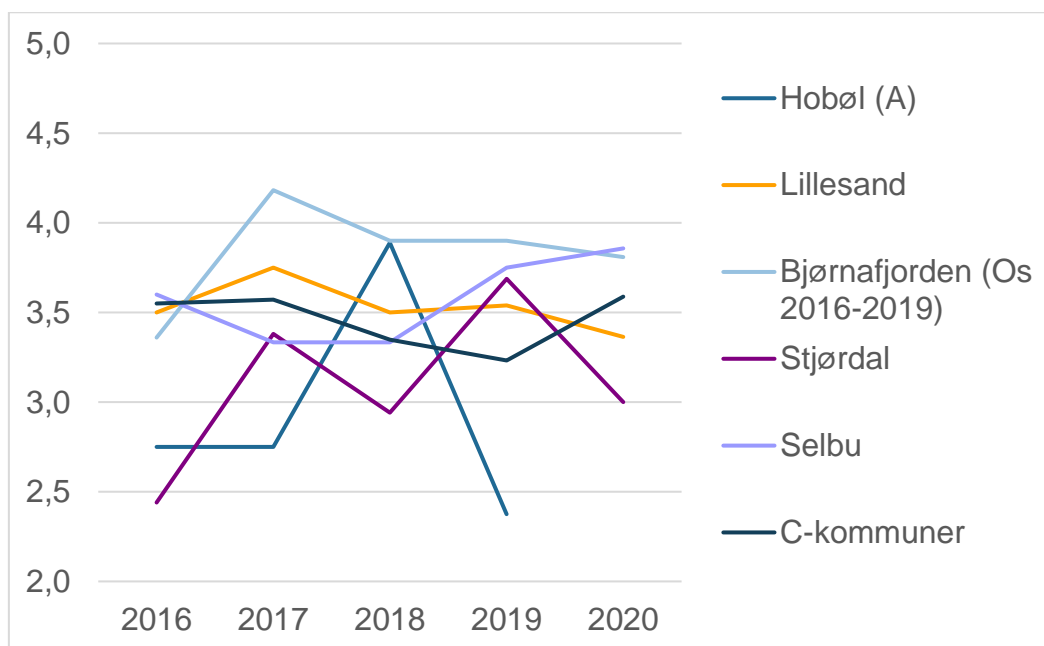
5.5 Kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen

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

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

5.5.1 Kapasitet i tildelingen

Ressurser er naturligvis en sentral forutsetning for å få til gode tildelingsprosesser. Figur 5-18 viser svarene fra spørreundersøkelsen til de ansatte på om de oppfatter at det er avsatt tilstrekkelige ressurser til tildeling av tjenester. Respondentene scorer kommunen forholdsvis lavt sammenlignet med andre sider ved tildelingsprosessen. De ansatte i Bjørnafjorden har vurdert ressurser positivt i hele perioden. Selbu har en bedring siden 2018, mens respondentene i Lillesand er litt mindre positive i dag enn ved nullpunkt. Resultatet for Stjørdal har økt i perioden, men de ansatte er noe mer kritiske enn for de andre kommunene.



Figur 5-18 Ansattes svar på om de oppfatter at det er avsatt tilstrekkelige ressurser til tildeling av tjenester

Tabell 5-12 viser rapporterte årsverk innen tildeling i kommunene. I tidligere evalueringsrapporter kunne vi spore en tydelig sammenheng mellom faktisk økning i årsverk innen tildeling og de ansattes opplevelse av å ha god kapasitet. Trenden er imidlertid ikke like klar det siste året. Den litt lavere opplevelsen av å ha god kapasitet kan like gjerne skyldes andre årsaker, slik som kommunesammenslåing og koronapandemien.

Tabell 5-12 Årsverk i tildelingseenheten 2016-2019. Kilde: egen sammenstilling basert på innrapportering fra kommune

Kommune	TILDELINGSENHETEN							
	2016		2017	2018	2019	2020	Endring	Endring
	jan	sept	sept	sept	sept	sept	jan 2016- sep.19	sep.19 sep.20
Bjørnafjorden						7,6		
<i>Tidl. Os*</i>	8,0	9,5	10,5	11,8	13,9		5,9	
<i>Tidl. Fusa</i>					1,8			
Lillesand	5,3	5,3	6,4	6,4	4,8	4,5	-0,5	-0,3

Stjørdal	7,6	7,6	9,2	9,2	10,2	10,9	2,6	0,7
Selbu	1,5	1,5	1,1	1,4	1,6	1,6	0,1	0,0
A Totalt	22,4	23,9	27,2	28,8	32,3	24,6	8,0	-7,7

* Endringer i perioden er stort sett knytt til prosjektstilling. Grunnbemanningen innen tildeling har vært relativt lik hele veien. I 2020 ble 4,6 prosjektstillinger flyttet til andre områder for å integrere i tjenestetilbudet (velferdsteknologi og kartlegging)

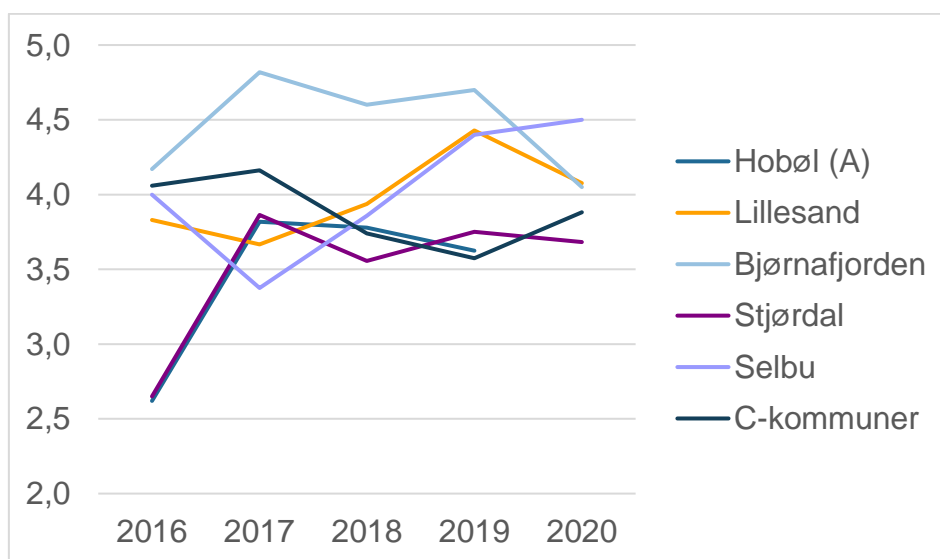
5.5.2 Bruk av fagkompetanse og samhandling i tildelingsprosessen

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

I spørreundersøkelsen har vi både stilt spørsmål om respondentenes utdanning og nivå, samt spørsmål om opplevelser med fagkompetansen i tildelingsprosessene.

Samtlige kommuner har en høy andel respondenter med sykepleierutdanning. Forsøkskommunene har mellom 48 og 75 prosent, med gjennomsnitt på 54 prosent i 2020. Der nest er det flest respondenter med utdanning som vernepleier (20 prosent) og fysioterapi (11 prosent). Respondentene fra forsøkskommunene har en mer variert utdanningsbakgrunn enn respondentene i kontrollkommunene. Respondentenes utdanningsbakgrunn har vært stabilt for forsøkskommunene i perioden. For kontrollkommunene har respondentene en klart mindre variert utdanningsbakgrunn i 2019 og 2020 sammenlignet med 2016, og med en større overvekt sykepleiere. Respondentene fordeler seg ganske jevnt mellom dem med inntil fire års høyere utdanning og dem med fire år eller mer. En litt høyere andel av respondentene fra kontrollkommunene har utdanning som er fire år eller mer enn hos forsøkskommunene.

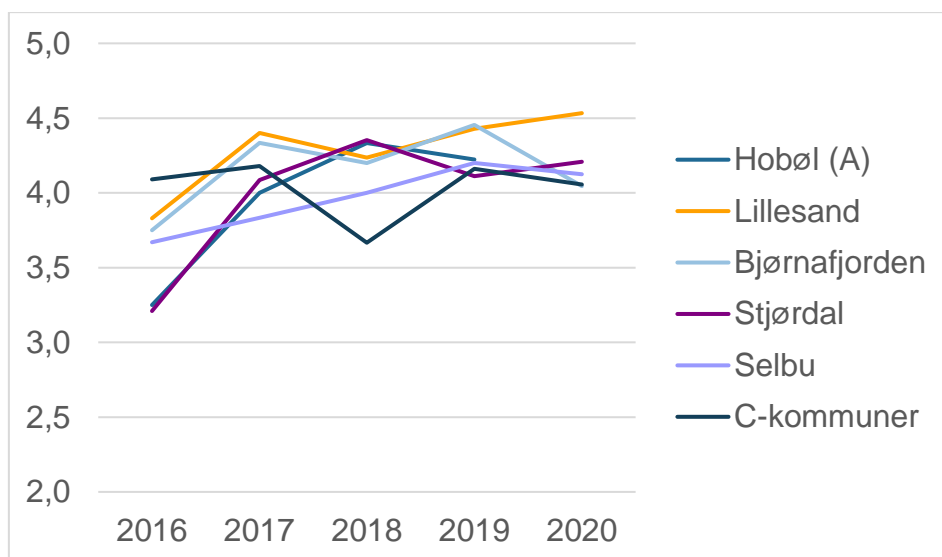
Figur 5-19 viser de ansattes svar på om de oppfatter at det er benyttet riktig og tilstrekkelig fagkompetanse inn i tildelingsprosessene. Respondentene i Bjørnafjorden har vurdert at de i stor grad gjør dette i perioden, men har blitt passert av Selbu i 2020, som har hatt en sterk positiv utvikling siden 2017. Også respondentene i Lillesand opplever fagkompetansen i tildeling som bedre gjennom perioden. Respondentene i Stjørdal vurderer dette bedre i 2020 enn ved nullpunkt, men har hatt liten utvikling siden 2017 og ligger på et noe lavere nivå enn de andre forsøkskommunene. Respondentene i kontrollkommunene scorer lavere på denne faktoren enn ved nullpunkt.



Figur 5-19 Ansattes svar på om de oppfatter at det er benyttet riktig og tilstrekkelig fagkompetanse inn i tildelingsprosessene

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

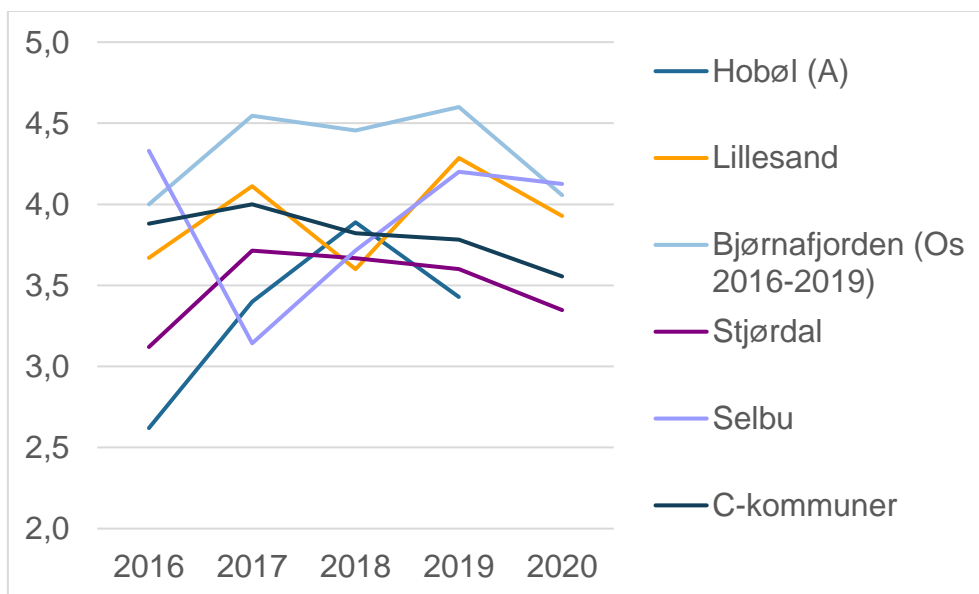
Figur 5-20 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart. Respondentene i kommunene opplever at dette gjøres i stor eller ganske stor grad. Respondentene fra Lillesand vurderer dette som best sammenlignet med de andre kommunene og har hatt en ganske jevn bedring i perioden. Stjørdal scorer seg selv langt bedre enn ved nullpunkt, selv om mye av bedringen skyldes endringen fra 2016 til 2017. Bjørnafjorden scorer også bedre i 2020 enn ved nullpunkt, men respondentene er litt mindre positive i 2020 enn i 2019. Respondentene i kontrollkommunene har ikke hatt den positive utviklingen i perioden som vi observerer hos forsøkskommunene.



Figur 5-20 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunene innhenter nødvendig og relevant informasjon fra tredjepart (f.eks. utførerenhet, fastlege, spesialisthelsetjeneste)

5.5.3 Forvaltningsfaglig kvalitet på vedtak

Figur 5-21 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak har en høy kvalitet på selve saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige. Selbu, som scorer seg selv høyest i 2020 har variert en del i perioden. Dette gjelder også for flere av de andre forsøkskommunene og hvor samtlige har en nedgang fra 2019 til 2020. Stjørdal er minst positiv blant forsøkskommunene. Respondentene i kontrollkommunene er noe mer kritiske utover i forsøksperioden.

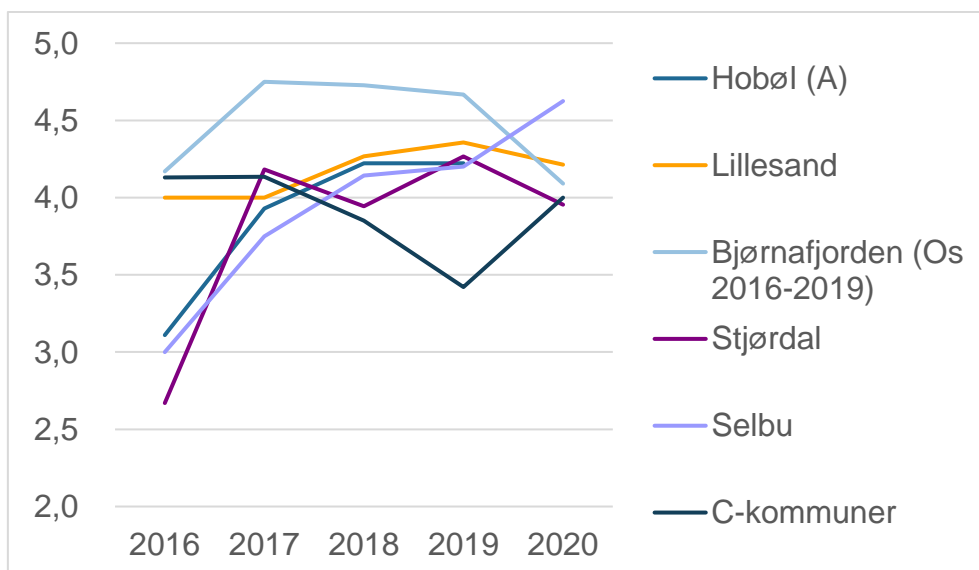


Figur 5-21: Ansattes svar på om de oppfatter at kommunens vedtak har en høy kvalitet på selve saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige

5.5.4 Bruk av tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessene

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

Figur 5-22 viser respondentenes svar på om de oppfatter at det benyttes nødvendig tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen. Bortsett fra i Bjørnafjorden har alle forsøkskommunene en høyere score i 2020 sammenlignet med nullpunkt, og resultatet er tydeligst for Selbu. Sammenlignet med kontrollkommunene har forsøkskommunene samlet sett hatt en stor positiv utvikling, og det sier kanskje noe om hvordan tverrfaglig kompetanse har blitt prioritert som en del av forsøket.



Figur 5-22 Ansattes svar på om de oppfatter at det benyttes nødvendig tverrfaglig kompetanse i tildelingsprosessen

Oppsummering kompetanse og samhandling

Sammenligner vi respondentenes oppfatninger om kompetanse og samhandling i forsøkskommunene med oppfatninger i kontrollkommunene, ser vi en markant forskjell fra nullpunkt. Samlet sett vurderer respondentene i forsøkskommunene seg selv som bedre i 2020 enn ved nullpunkt, selv om tilfredsheten på noen av spørsmålene har sunket siden 2019.

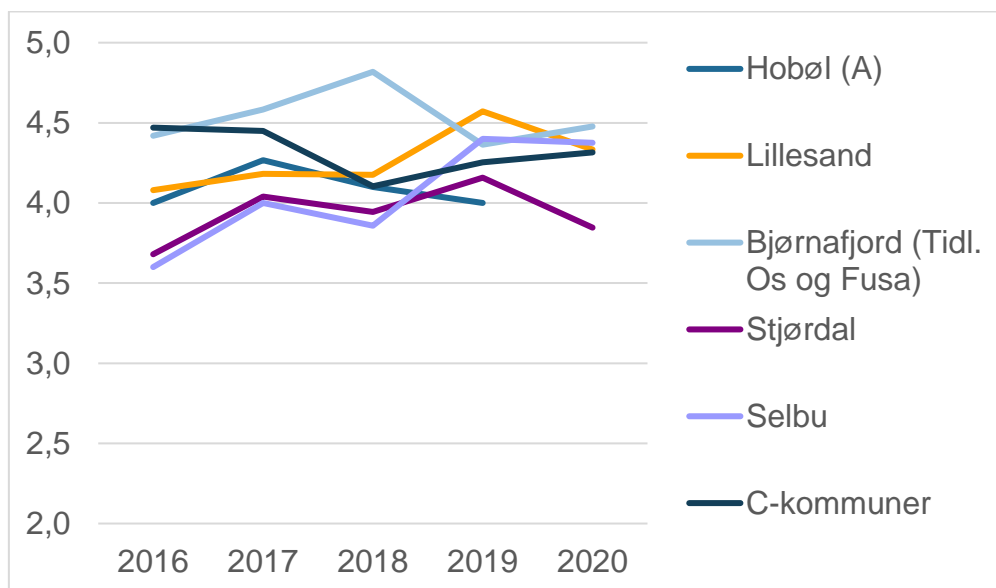
5.6 Rutiner og verktøy i tildelingsprosessen

Under presenterer vi funn når det gjelder organisering, rutiner og verktøy for tildeling. Vi har stilt spørsmål om:

- ▶ Samsvar mellom vedtak og faktiske utførte tjenester
- ▶ Likebehandling i tildeling
- ▶ Enhetlige og faste rutiner for tildeling
- ▶ Organiseringen av tildelingsprosessen
- ▶ Revurdering av vedtak
- ▶ Bruk av verktøy (kartleggings skjema, veileder for tildeling og søknadsskjema)
- ▶ IKT-system som støtter tildeling

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

Figur 5-23 viser de ansattes svar på i hvilken grad de oppfatter at det er samsvar mellom vedtak og tjenestene brukerne mottar. Overordnet opplever de ansatte i kommunene at det i ganske stor eller stor grad er samsvar mellom vedtak og utførte tjenester. Samlet sett har det også vært en liten bedring i forsøkskommunene, bortsett fra Bjørnafjorden som lå høyt ved nullpunkt. Utviklingen går motsatt vei for kontrollkommunene, selv om utslaget ikke er stor.

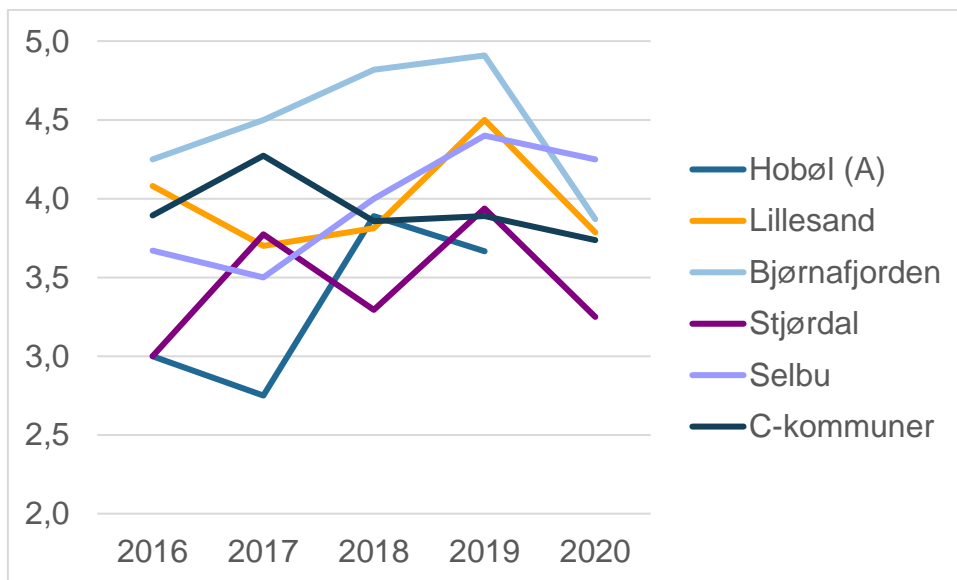


Figur 5-23 Ansattes svar på i hvilken grad de oppfatter at det er samsvar mellom vedtakene og tjenestene brukerne mottar

5.6.1 Organisering av tildelingsprosessen

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

Figur 5-24 viser de ansattes svar på hvor fornøyd eller misfornøyd de er med måten tildelingsarbeidet er organisert på. Selv om de fleste hovedsakelig er fornøyd, varierer scorene som respondentene gir mellom kommunene og fra år til år. Ansatte i Selbu er mest positiv i 2020. Ser vi på utviklingen for Bjørnafjorden, Lillesand og Stjørdal, er respondentene en god del mindre positive i 2020 enn de var i 2019. For Bjørnafjorden og Lillesand er tilfredsheten på et litt lavere nivå enn ved nullpunkt. Respondentene i kontrollkommunene gir også en lavere score i 2020 enn ved nullpunkt.

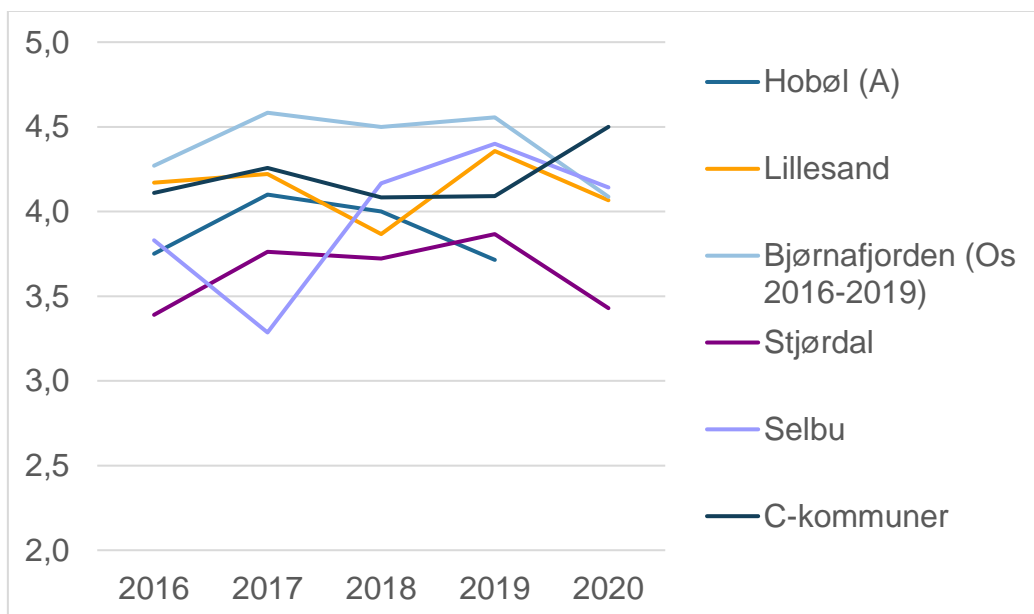


Figur 5-24 Ansattes svar på hvor fornøyd eller misfornøyd de er med måten tildelingsarbeidet er organisert på

5.6.2 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 tjenester 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. Stjørdal skiller seg ut, hvor de ansatte er en del mindre positive enn for de andre forsøkskommunene. Bortsett fra utviklingen i Selbu, har forsøkskommunene hatt en negativ utvikling sammenlignet med kontrollkommunene fra 2019 til 2020. Denne tendensen skiller seg ut blant faktorene vi har kartlagt.

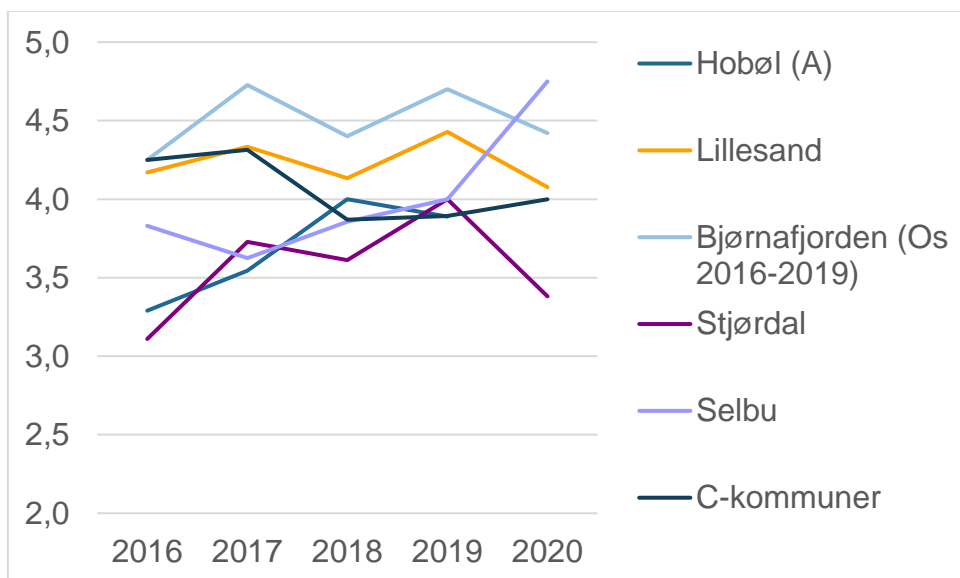


Figur 5-25 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen ivaretar prinsippet om likebehandling i tildeling av tjenester

5.6.3 Enhetlige og faste rutiner i tildelingsprosessen

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

Figur 5-26 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har enhetlige og faste rutiner for tildeling av tjenester. Respondentene fra Bjørnafjorden har gitt stabil høy score i hele perioden, mens respondentene i Selbu, som på mange av spørsmålene, gir høyest score av kommunene i 2020. Respondentene i Lillesand har også vært stabilt på et høyt tilfredshetsnivå i perioden. Stjørdal har bedring siden nullpunkt, men er på et litt lavere tilfredshetsnivå enn de andre kommunene. Respondentene i kontrollkommunene scorer litt lavere i 2020 sammenlignet med nullpunkt.

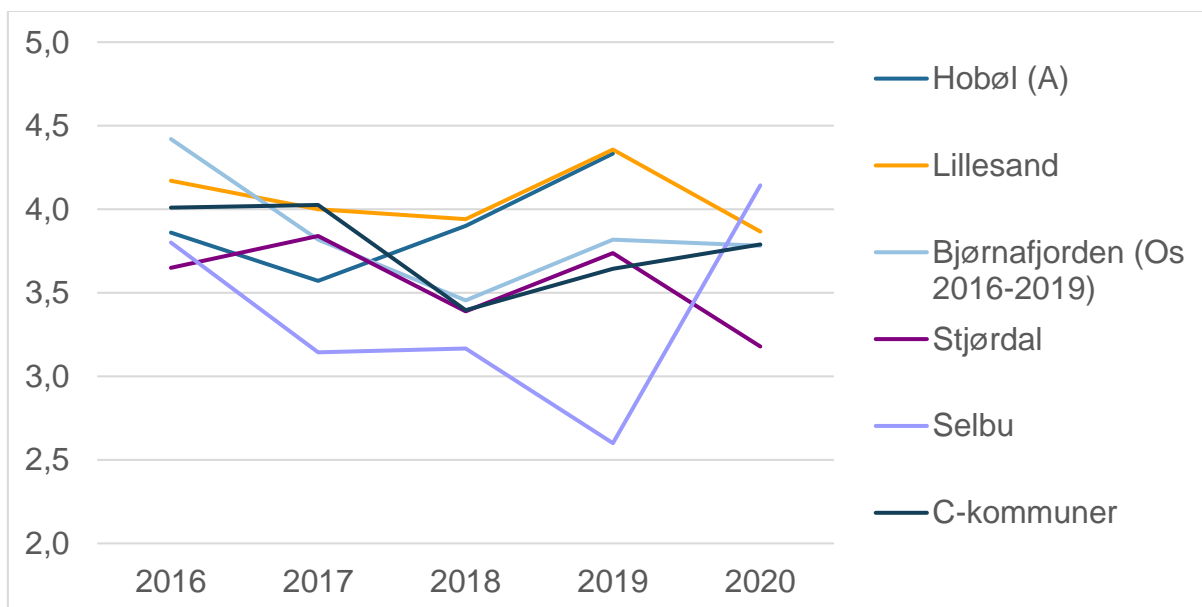


Figur 5-26: Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har enhetlige og faste rutiner for tildeling av tjenester

Rutiner for revurdering av vedtak

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

Figur 5-27 viser ansattes svar på spørsmålet om i hvilken grad de vurderer at kommunen har gode rutiner for revurdering/evaluering av vedtakene. Overordnet svarer respondentene at de i ganske stor grad gjør dette. Ansatte i Selbu vurderer kommunen som gode i 2020, med en betydelig økning siden 2019. For de andre forsøkskommunene har det vært en nedgang siden 2019. Respondentenes oppfatning om revurdering av vedtak skiller seg noe ut blant spørsmålene og hvor det er stor grad har vært en negativ utvikling i perioden. Nedgangen gjelder også blant kontrollkommunene.

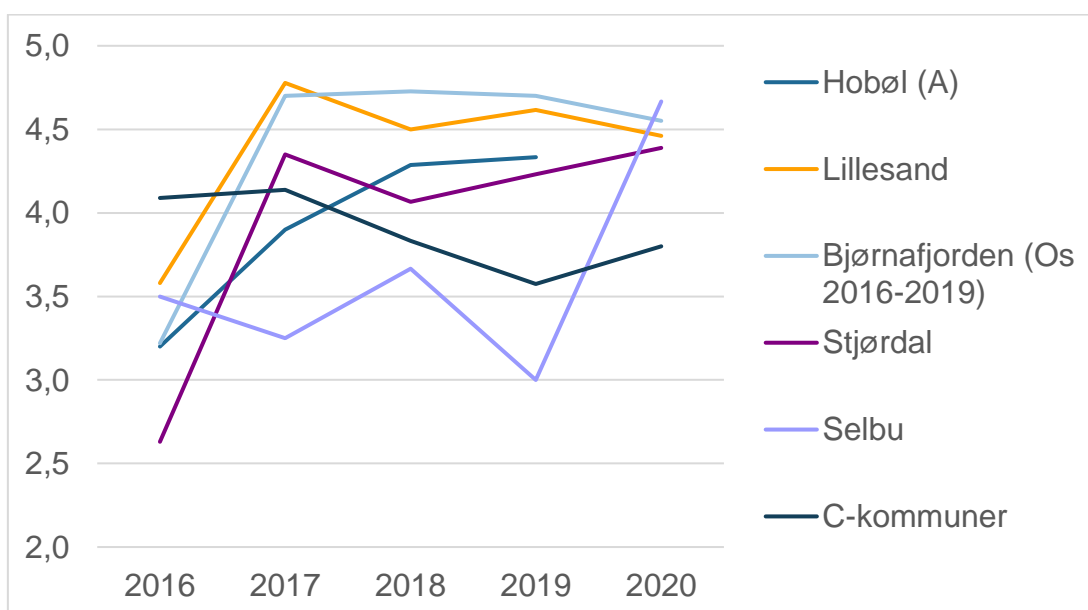


Figur 5-27 Ansattes svar på i hvilken grad de vurderer at kommunen har gode rutiner for revurdering/evaluering av vedtakene

5.6.4 Bruk av kartleggingsskjema i tildelingsprosessen

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

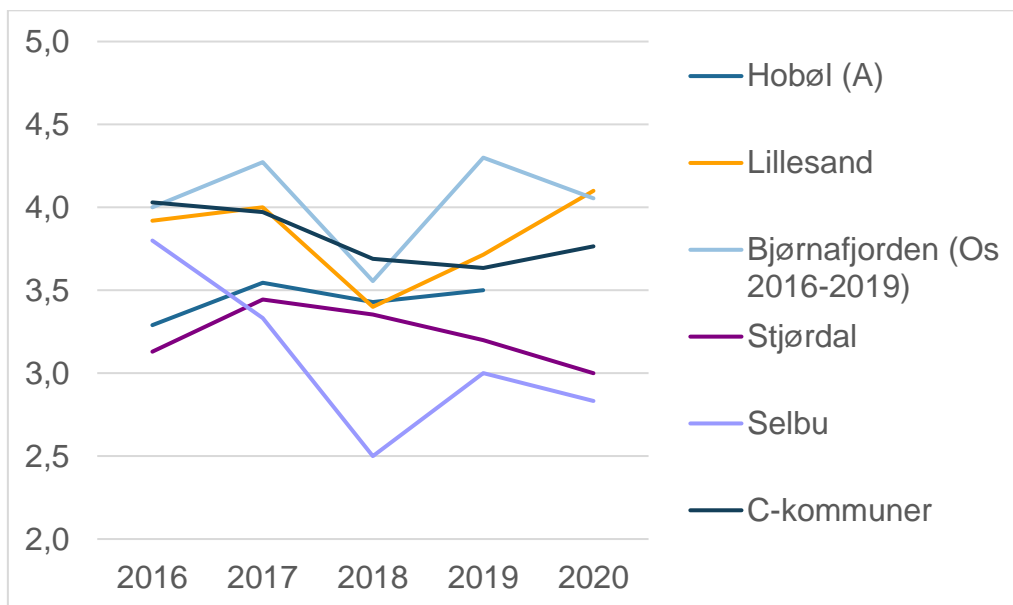
Figur 5-28 viser respondentenes svar på om de oppfatter at kommunen benytter et kartleggingsskjema som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte. Utviklingen i forsøkskommunene viser en systematisk mer positiv holdning enn ved nullpunkt og sammenlignet med kontrollkommunene, selv om det har vært liten utvikling siden 2017. Selbu skiller seg ut og respondentene vurderer dette som langt bedre i 2020 enn i 2019.



Figur 5-28 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen benytter et kartleggings skjema (samtaleguide) som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte.

5.6.5 Kvalitet på IKT-system i tildelingsprosessen

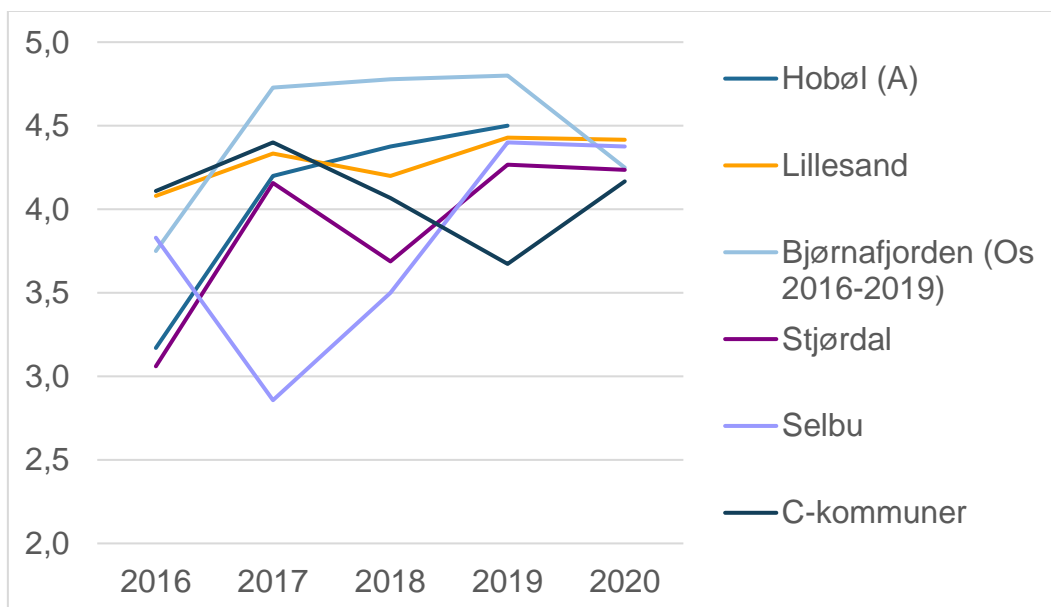
Figur 5-29 viser svar fra spørreundersøkelsen på om de ansatte oppfatter at kommunen har et IKT-system som støtter opp om en god og effektiv saksbehandling. For de fleste av forsøkskommunene har det skjedd lite knyttet til oppfatningen om IKT-system, bortsett fra hos de ansatte i Selbu som har blitt mer kritiske i perioden. Stjørdal er også mindre positive sammenlignet med de andre forsøkskommunene.



Figur 5-29 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har et IKT-system som støtter opp om en god og effektiv saksbehandling

5.6.6 Bruk av søknadsskjema i tildelingsprosessen

Figur 5-30 viser de ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har et søknadsskjema som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte. Alle forsøkskommunene vurderer seg selv bedre i 2020 sammenlignet med nullpunkt og samlet sett bedre enn kontrollkommunene som ikke har opplevd bedring i perioden. Både søknadsskjema og kartleggingsskjema har vært sentrale sider av forsøket, med stor bevissthet om, som har gitt tydelige resultater blant de ansatte i forsøkskommunene.

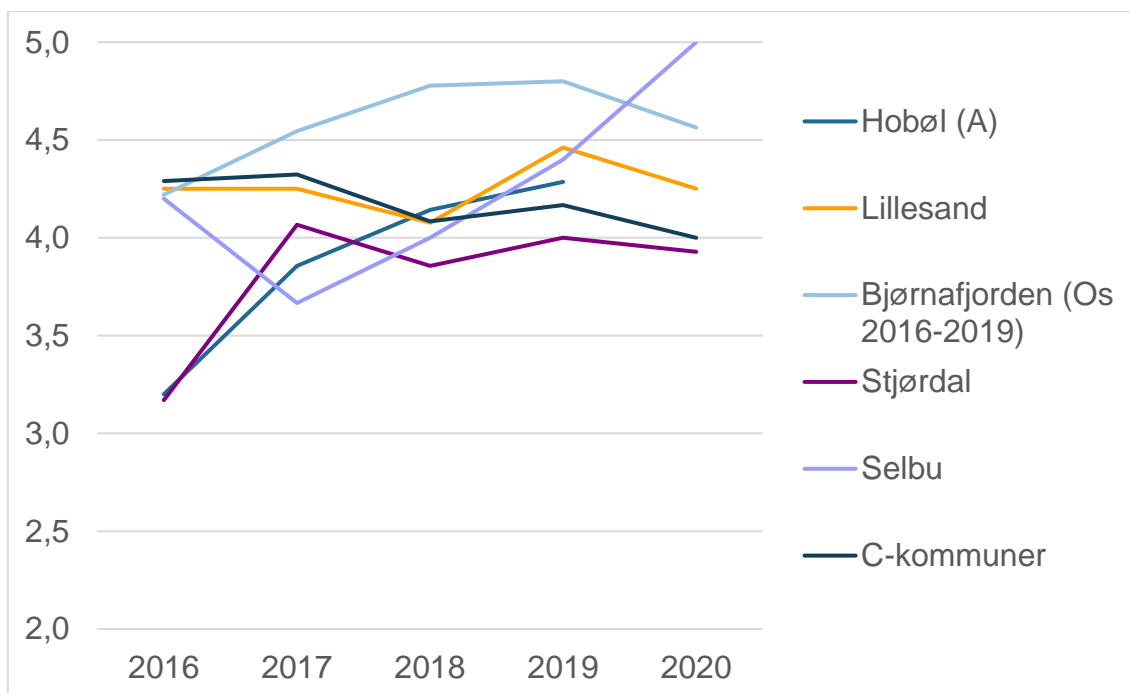


Figur 5-30 Ansattes svar på om de oppfatter at kommunen har et søknadsskjema som understøtter arbeidet med tildeling på en god måte

5.6.7 Saksbehandling i tråd med Helsedirektoratets veileder

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

Figur 5-31 viser de ansattes svar på om de oppfatter at saksbehandlingen er i tråd med veilederen. De aller fleste svarer at saksbehandlingen i ganske stor eller stor grad er i tråd med Helsedirektoratets veiledning. Alle forsøkskommunene vurderer seg selv bedre i 2020 sammenlignet med nullpunkt. Utviklingen går motsatt vei for kontrollkommunene. Respondentene i Selbu er meget positive til dette punktet i 2020.



Figur 5-31 Ansattes svar på om de oppfatter at saksbehandlingen er i tråd med Helsedirektoratets veileder for saksbehandling

Oppsummering organisering, rutiner og verktøy

Overordnet er respondentene i forsøkskommunene mer tilfreds med organisering, rutiner og verktøy i 2020 enn ved nullpunkt. Denne utviklingen ser vi i liten grad i oppfatningene blant respondentene i kontrollkommunene. Et unntak er vurdering av prinsippet for likebehandling i tildeling, hvor forsøkskommunene i mindre grad har en positiv utvikling. Dette gjelder også i noen grad for revurdering av vedtak, hvor det er få tegn til bedring blant de ansattes tilfredshet. Respondentene i Selbu svarer generelt meget positivt, mens respondentene i Stjørdal er litt mindre tilfreds enn de andre kommunene.

5.7 Oppsummering av spørsmål om tildelingsprosessen

Hovedkonklusjonen fra spørreundersøkelsen er at forsøket har gitt en positiv utvikling i de ansattes oppfatninger om kvaliteten knyttet til flere sider av tildelingsprosessen. Den positive trenden ser vi i liten grad hos kontrollkommunene. Mye av den positive endringen ser vi fra 2016 til 2017, som kan tyde på at respondentene i forsøkskommunene var spesielt kritiske ved nullpunkt, kanskje som følge av en bevisstgjøring og et sterkt fokus på tildelingsprosessen som følge av forsøket og evalueringen av det. Innføring av nye verktøy, krav til tildeling og rapportering i forsøkskommunene kan ha bidratt til å belyse svakheten i tidligere tildelingsprosesser i disse kommunene. Bedringen i de ansattes oppfatninger om tildelingsprosessen ser ut til å ha avtatt noe siden 2018 og 2019.

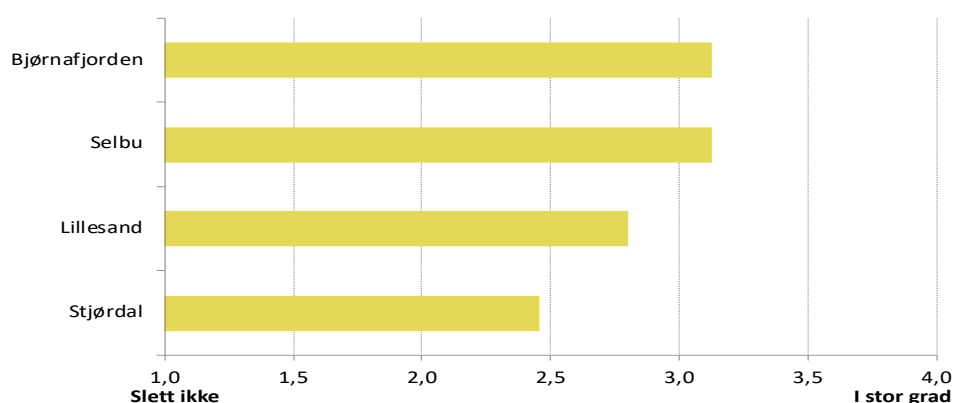
De sidene ved tildelingspraksisen som forsøkskommunene er mest fornøyd med i 2020 er knyttet til sentrale deler av forsøksordningen, nemlig praksisen knyttet til verktøyene for tildeling (Helsedirektoratets veileder for saksbehandling, søknadsskjema for tildeling og kartleggings-skjema/samtaleguide).

De sidene ved tildelingspraksisen som respondentene i forsøkskommunene har hatt mest positiv utvikling på siden nullpunkt er hvordan de oppfatter bruk av tverrfaglig kompetanse, bruk av kartleggings-skjema og innhenting av informasjon fra pårørende.

5.8 Spørsmål om virkninger av forsøket

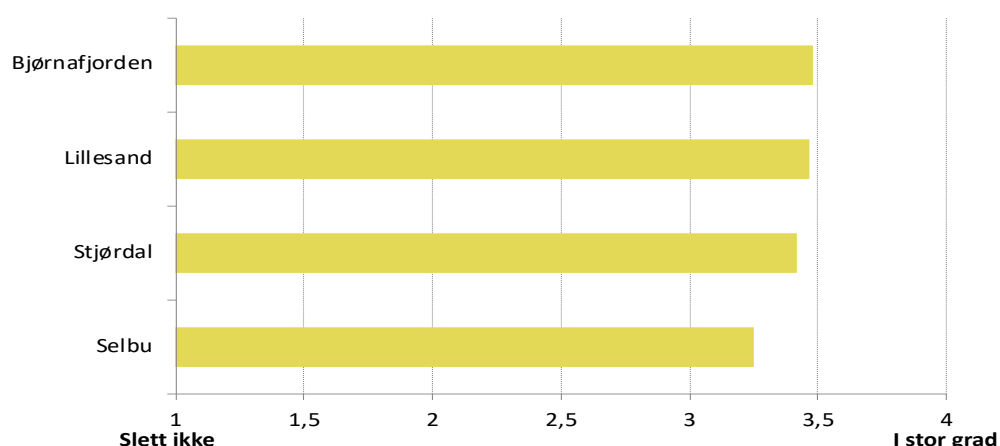
Vi har også stilt de ansatte som har en rolle i tildelingsprosessen i forsøkskommunene noen spørsmål om hvordan de oppfatter ulike sider av forsøksordningen. De ansatte kunne svare på en skala fra 1-4.

På spørsmål om i hvilken grad innføring av forsøket har vært ressurskrevende for deg, svarer de ansatte i forsøkskommunene at forsøket har vært ressurskrevende, selv om det er noen forskjeller mellom kommunene. Dette gjenspeiler også de kvalitative beskrivelsene fra kommunene, hvor ansatte beskriver ressurskrevende utviklingsprosesser. Svarene fra 2020 er noenlunde på samme nivå som tidligere år.



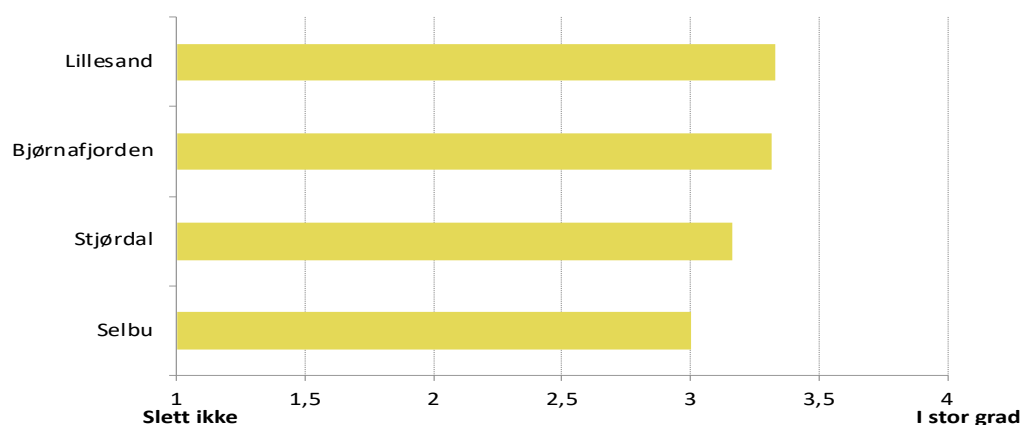
Figur 5-32 I hvilken grad har innføringen av forsøket vært ressurskrevende for deg?

Figur 5-33 viser svarene på spørsmål om de ansatte opplever at forsøket har vært lærerikt. Resultatene viser at de ansatte i ganske stor grad opplever forsøket som lærerikt og det er små forskjeller mellom forsøkskommunene.



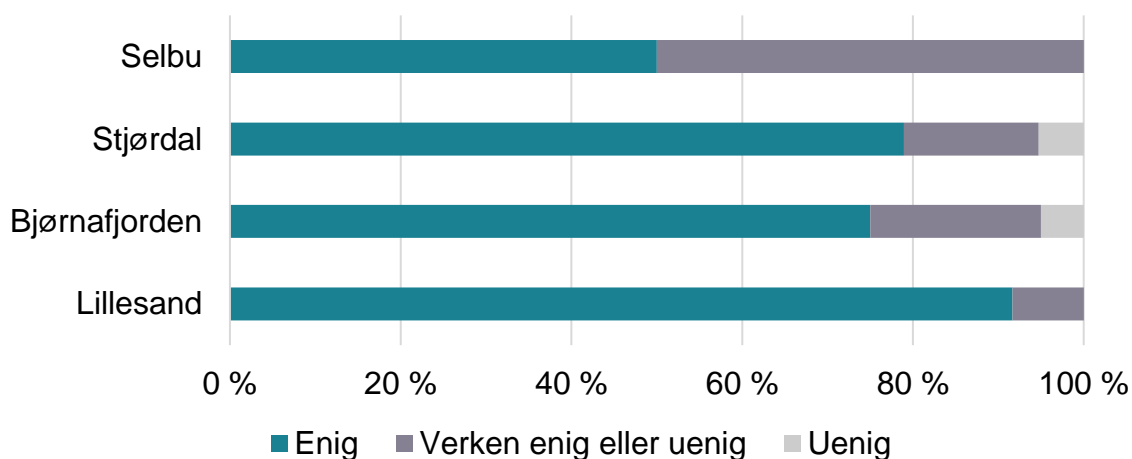
Figur 5-33 I hvilken grad har innføringen av forsøket vært lærerikt for deg?

Figur 5-34 viser svarer fra de ansatte på spørsmål om forsøket har gitt dem nyttige verktøy. De fleste svarer at forsøket i noen eller i stor grad har gitt dem nyttige verktøy.



Figur 5-34 I hvilken grad har innføringen av forsøket gitt deg nyttige verktøy?

Til slutt har vi bedt de ansatte vurdere påstanden om at forsøket har medført merkbare endringer i kommunens tildelingspraksis. Resultatene på Figur 5-35 viser at de fleste av respondentene i forsøkskommunene sier seg enig i påstanden. I Selbu er respondentene delt mellom de som svarer verken enig eller uenig og de som er enig. Nesten ingen av respondentene er uenig i påstanden.



Figur 5-35 Deltakelsen i forsøket har medført merkbare endringer i kommunens tildelingspraksis

5.9 Oppsummering av spørsmål om forsøket

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser et relativt tydelig bilde på at forsøkskommunene Lillesand, Stjørdal, Bjørnafjorden og Selbu opplever positive virkninger av forsøket, både på læring og i form av nyttige verktøy. Resultatene viser at for disse kommunene har prosjektet også vært ressurskrevende. De ansatte er også for det meste helt eller delvis enig i at forsøket har påvirket kommunens tildelingspraksis.

6 Forsøkets betydning for brukeropplevelse

En viktig del av følgeevalueringen har vært å undersøke hvordan forsøket har påvirket situasjonen for innbyggerne som mottar helse- og omsorgstjenester. De sentrale spørsmålene i forsøket, om statlig finansiering og standardiserte krav i tildelingsprosessen gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning for innbyggerne, vil, om forsøket fungerer etter hensikten, påvirke kontakten brukerne har med kommunen og kanskje tjenestene de får.

For den enkelte innbygger innebærer riktigere behovsdekning at tjenestene skal være tilpasset den enkeltes behov og at brukermedvirkningen er ivaretatt. Brukermedvirkningen skjer hovedsakelig ved en kartlegging av brukers situasjon, behov og hva brukeren selv oppfatter er viktig for seg. Denne kartleggingen skal skje før kommunen beslutter om og hvilken tjeneste brukerne skal få. Kravene til tildelingsprosessen har vært at kommunene skulle opprette en tildelingsenhet/et forvaltningskontor som skulle være ansvarlig for kartlegging og saksbehandlingen, og som i utgangspunktet skal være adskilt fra de som utfører tjenestene. Kravet om en egen tildelingsenhet har man gått bort ifra i del 2 av forsøket. Det er allikevel slik at alle forsøkskommunene som har deltatt i 2019 og 2020 har hatt en egen tildelingsenhet. Tildelingsenhetene har også fått standardiserte verktøy som blant annet inkluderer et felles kartleggings skjema/samtaleguide og felles tildelingskriterier.

6.1 Metode

Tabell 6-1 Oversikt over data i 360-graders brukerkartlegging (2019-2020)

Kommune	Bruker-/ pårørendeintervju	Saksbehandler-/ utførerintervju	Vedtak
Forsøkskommuner			
Bjørnafjorden	3 ³⁷	3	3
Stjørdal	3	4	5
Lillesand	2	4	4
Selbu	4	5	5
Kontrollkommuner			
Askim	1	1	1
Eidsberg	1	1	1

³⁷ Tall i tabellen henviser til antall saker det er samlet inn data fra, dvs. at det er hentet inn data fra bruker/ pårørendeintervju i 3 saker i Bjørnafjorden, uten at det spesifiseres om det er bruker eller pårørende eller begge som er intervjuet. På samme måte er det hentet inn vedtak fra fem saker i Stjørdal, uten at det er spesifisert hvor mange vedtak vi har fått tilsendt pr. sak.

Trøgstad	3	3	3
Våler	4	5	5
Fusa	2	2	2
Oppdal	3	4	3
Østre Toten	3	2	2
Søgne	1	1	1
Fjell	2	2	2
TOTALT	32	37	37

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 kvalitative beskrivelser. Beskrivelsen er illustrert med sitater fra intervjuene.

6.1.1 Virkninger av endret metode

Et av hovedinntrykkene fra brukerkartleggingen i første del av forsøket var at brukerne er mest opptatt av selve tjenesten de mottar, og mindre opptatt av tildelingsprosessen, og at det derfor var vanskelig å få frem deres synspunkter på selve tildelingsprosessen. Dette var også en del av bakgrunnen for å endre opplegget i 2019/2020. Dette inntrykket må nyanseres noe som følge av endret metode. Spesielt så vi i 2019, da vi gjennomførte fysiske intervjuer, at vi kom tettere på brukerne og at vi fikk flere synspunkter på hvordan de opplevde selve tildelingsprosessen, dvs. fra behov via kartlegging til vedtak om tjeneste. Fordi vi også hadde gjennomført intervjuer med saksbehandlere i forkant, samt hadde sett på vedtakene, kunne vi bruke denne informasjonen for å støtte informanten i intervjuet slik at vedkommende kunne fortelle mer om forløpet og hvordan han/hun hadde opplevd det. Etter utprøving av ny metode i 2019 er intervjuguider for både bruker/pårørende-intervju (vedlegg 1) og saksbehandler/utfører-intervju (vedlegg 2) revidert, med mål om å rette intervjuene enda tydeligere inn mot saksgang, kartlegging og tildelingsprosess.

6.2 Behovsdekning

Resultatene fra brukerkartleggingen viser, som den gjorde i evalueringen av første del av forsøket (2016–2019), at de klart fleste av brukerne og pårørende er godt fornøyd med de tjenestene de får av kommunen, og at de opplever at tjenestene de får dekker behovene deres. Det er svært få personer som har ytret misnøye med tjenestene eller påpekt at det er andre tjenester de heller skulle ha hatt. Vi har ikke klart å identifisere noen systematiske forskjeller i tilfredsheten blant brukerne i forsøkskommunene og brukere i kontrollkommunene.

6.2.1 Å komme i kontakt med kommunen: Enkelt for de fleste – barriere for andre

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. Brukeren involveres i noen tilfeller senere, på kommunens initiativ, og det blir foretatt en kartlegging.
- 2) Brukerne har fått behov for bistand, 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 mottar allerede én eller flere helse- og omsorgstjenester og har løpende kontakt med utførerenheten, og justerer tjenestene regelmessig i dialog med utførertjenesten. Dette gjøres både med ny søknad og uten ny søknad. Selve søknaden skrives og sendes ofte i samarbeid med (eller av) tjenesteutøvere fra kommunen, for eksempel noen fra hjemmetjenesten som uansett er innom.

Majoriteten av brukerne vi har intervjuet, både fra forsøkskommuner og kontrollkommuner, synes det er lett å komme i kontakt med kommunen ved behov for tjeneste/ending av tjeneste. Dette har flere årsaker. I flere tilfeller har bruker/pårørende tjenester fra før og kjenner tjenesteutøverne og kan spørre dem når de uansett er innom. Enkelte har også telefonnummeret til personen som er ansvarlig for tjenesteutøvelsen, og kan ringe hvis vedkommende får nye behov. Gjennom jevnlig kontakt og møter med tjenesteutøvere etableres det gode relasjoner preget av tillit og gjensidig respekt mellom bruker og ansatte, og dermed er terskelen lav for brukeren for å uttrykke sine behov. En av informantene uttrykker det slik:

«Er det ting jeg lurer på, så kan jeg bare kontakte dem. Hjemmesykepleien. Jeg snakker med dem når de kommer innom. Jeg kan spørre dem om noe, eller de kan spørre meg.» (bruker, forsøkskommune)

Andre årsaker som gjør at det er lett for brukere å komme i kontakt med kommunen, er at brukeren selv eller noen i familien har jobbet i helsesektoren i kommunen, at brukeren har spurt noen han/hun kjenner om tips, eller at det rett og slett er enkelt å finne ut hvor man skal ringe. En bruker beskriver det slik:

«Jeg hadde litt flaks, for her er en av naboene i feltet, en pensjonert doktor, han ga meg en del tips, han hadde god kjennskap til slike ting, han tipset meg veien å gå, han hadde vært borti dette» (pårørende, forsøkskommune)

Gjennom kartleggingen har vi også identifisert at det kan være en barriere for nye brukere å formidle behovet sitt til kommunen. Særlig i situasjoner hvor brukeren har varierende funksjonsnivå, for eksempel ved demens, hvor det kan være uklart hva som er behovet eller i situasjoner hvor bruker har lite nettverk, har det vært avgjørende for brukere at fastlege, behandlingsinstitusjon eller andre som fremmet brukers situasjon kommuniserer med kommunen for at kommunen skal skjønne behovet og få fremdrift i prosessene. I alle eksemplene der bruker eller pårørende har hatt problemer med å formidle behovet sitt har det endt opp med at bruker til slutt har fått den tjenesten vedkommende har ønsket seg, men det fremstår likevel som ganske sannsynlig at denne barrieren kan være uoverstigelig for enkelte. Slike eksempler har vi både fra kontrollkommuner og forsøkskommuner. Vi oppfatter at det er et forbedringspotensial for enkelte kommuner å ha gode prosesser for å fange opp brukere og kommunisere med brukere for å skape trygghet og forutsigbare tildelingsprosesser. Det kan hende at organiseringen av et tildelingskontor i noen tilfeller har skapt større avstand til brukerne og at saksbehandlingsprosedyrer i noen tilfeller står i veien for den tette brukerkontakten.

Enkelte brukere og pårørende trekker blant annet frem at formaliserte søknadsprosesser kan være en barriere i tildelingsprosessen. Flere forteller at de har kontaktet kommunen både før og underveis i en tildelingsprosess for å få en tjeneste, men at tildelingsprosessen har stoppet opp fordi brukerne ikke hadde sendt inn søknadsskjema. Det er ganske tydelig at enkelte kommuner er mer fleksible med å bruke telefonsamtaler eller andre henvendelser som grunnlag for en søknad om tjeneste. Slike eksempler har vi både fra forsøkskommuner og kontrollkommuner. Fra en av kontrollkommunene som ikke har egen tildelingsenhet, opplyses det fra saksbehandlersiden at de

legger stor vekt på kort vei mellom tildeling, bruker og tjenesteutøver. Informantene beskriver at de er fleksible når det gjelder måten brukere kan ta kontakt på, og at de kan ha en forutsigbar og profesjonell tildelingsprosess selv om brukeren ikke har sendt inn søknad på vanlig måte. Vi har også eksempler fra forsøkskommuner hvor bruker hadde søkt om en tjeneste som ikke kunne gis til denne brukeren. Kommunen var allerede i dialog med søker (bruker og pårørende), og kom i fellesskap fram til hvordan behovet kunne løses gjennom en oppjustering av alle de andre tjenestene brukeren hadde allerede. Flere andre forteller også at de godtar søknader med lite informasjon og få begrunnelser. Det er viktig at kommunene tydelig kommuniserer hvilke forventninger de har overfor brukerne slik at tildelingsprosessene oppfattes som forutsigbare og at brukerne har tillit til kommunens håndtering.

Enkelte brukere har opplevd at det er vanskelig å formidle behovet sitt til helsepersonell med svake norsksferdigheter. Dette har i sårbare situasjoner ført til ganske traumatiske opplevelser knyttet til manglende forståelse av sitt behov. Dette er gjerne i situasjoner som oppleves som akutte og at «hva som er viktig for brukeren» ikke tas hensyn til.

6.2.2 Brukermedvirkning og dialog før vedtak

Når det gjelder kartlegging av brukers situasjon, behov og hva som er viktig for bruker selv, har vi en ganske klar oppfatning at dette er en nasjonal trend, uavhengig om kommuner deltar i forsøket eller ikke. Mange brukere forteller at de opplever at kartleggingssamtalene, særlig i hjemmet, fungerer godt, at ansatte er opptatt av deres situasjon og behov, og at de føler seg lyttet til og ivaretatt. Kartleggingssamtaler på telefon gjennomføres som regel når de ansatte på tildeling opplever at de allerede har tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov, for eksempel hvis de har epikrise og annen informasjon fra sykehuset, eller hvis de opplever at sakene er «rett frem». Mange har opplevd at telefonsamtalene har fungert tilfredsstillende. Når brukerne føler seg involvert, sett og respektert, blir de også tilfreds.

«Det er aldri vanskelig å komme i dialog med demensteamet. Jeg tar kontakt med dem når jeg trenger det, og hvis det er noe de lur på (...) så ringer de eller sender melding. Så blir vi enige» (pårørende, forsøkskommune)

Spørsmålet om «hva som er viktig for deg» blir normalt stilt i kartleggingssamtalen med bruker, men kan av enkelte saksbehandlere oppleves som et litt vanskelig spørsmål. Det er ikke uvanlig at de som gjennomfører kartleggingen omformulerer spørsmålet eller stiller spørsmålet indirekte. Enkelte opplever også at det kan være utfordrende å bruke svaret brukeren kommer med, for eksempel hvis de svarer at det er barna som er viktig for dem. Generelt sett er det stor variasjon når det gjelder om brukerne husker om de har blitt stilt spørsmålet.

I intervju både med bruker/pårørende og med saksbehandlere/utførere kom det frem hvordan partene jobbet mot felles forståelse og enighet gjennom dialog. I en sak om velferdsteknologi for en dement bruker, sier pårørende: «Det var jeg som spurte om det er [et] aktuelt tema. Og så ble vi enige om at det var en god idé». I en annen sak knyttet til rehabilitering forklarer ansvarlig utfører at «Rehabiliteringsforløpet er satt litt på vent nå, fordi han [brukeren] har startet på treningssenter og går turer med kompis. Vi avgjorde dette sammen. Han syntes det er greit å ha den støtten fra oss i bakhånd og vite at kontakten ikke er helt avsluttet». Ansatte forteller i intervjuene om hvordan de legger til rette for at brukernes behov skal bli identifisert og ivaretatt gjennom dialog. En ansatt som har vært ansvarlig for kartleggingen i en sak fra en forsøkskommune, oppsummerer prinsippet for brukermedvirkning som at «Vi legger bare rammene rundt brukerens ønsker».

Som vist i delkapittelet over, varierer det i hvor stor brukerne opplever det som enkelt eller vanskelig å formidle sine behov for tjenester og å være aktivt involvert i egen tildelingsprosess. Noen brukere fremstiller seg som «fremtidens bruker» som tar kontroll over egen situasjon og tjenester. Dette gjelder for eksempel en bruker som selv avbestilte tjenesten middagsombringning

omtrent umiddelbart etter iverksettelse; en bruker som hadde stått opp og ordnet seg selv før hjemmetjenesten kom; en bruker som nektet å ta imot bistand til dusjing og ba om å få en dusjstol i stedet og en bruker som ville ringe koordinator for hjemmetjenester og si at nå ville hun ta ansvaret for medisinene sine selv. Vi har også sett eksempler på brukere som er blitt tildelt langtidsplass på sykehjem, men som etter kort tid selv valgte å flytte hjem igjen.

Noen av brukerne beskriver å ha 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. Andre brukere har derimot blitt kontaktet av kommunen etter hjemreise fra sykehus – og det har blitt gjennomført vanlig kartlegging og brukerinvolvering før vedtak om tjeneste. Enkelte ser ut til å være fornøyd med en mer passiv rolle der tjenester bare kan «dukke opp» uten at de helt vet hvorfor. En bruker i en kontrollkommune, som hadde vært uvanlig stillesittende i det siste pga. et komplisert brudd i en fot, ble spurt om saksgangen før en tildelt fysioterapitjeneste. Vedkommende svarte at:

«Nei, hvordan var det? Når man sitter her i tre måneder, det er vanskelig, jeg blander sammen. Hvordan var dette da, det kommer jeg ikke på. Hun kom inn i bildet, om det var [koordinator for hjemmetjenester] som foreslo det?».

6.2.3 Avstand mellom forventet tjeneste og tildelt tjeneste

Selv om kartleggingssituasjonen i stor grad oppleves som positiv blant brukere og pårørende, har vi identifisert mange eksempler på at den tjenesten bruker/pårørende får, ikke er den samme som det de hadde sett for seg eller søkt om. Dette har ulike årsaker, og fører i de fleste tilfeller ikke til lavere tilfredshet blant brukerne. For det første kan det være fordi kommunen tilbyr tjenester som er lenger ned i omsorgstrappa enn det bruker ser for seg.

For det andre kan kommunen anse at andre tjenester er faglig mer passende til brukeren. I en sak i en forsøkskommune søkte pårørende om en tjeneste som kommunen mente ikke var det faglig sett riktige for en dement bruker, og foreslo i stedet å justere opp de andre tjenestene til denne brukeren. Både bruker og pårørende ble svært fornøyd med denne løsningen. At kommunen kan foreslå andre tjenester er så klart knyttet til kommunens kompetanse om hvilke tjenester som vil være gode for hver bruker, men også det at kommunen kjenner til tjenester som brukerne ikke kjenner til. En pårørende i en forsøkskommune forteller: *«Det var ei inne (...) som foreslo et overvåkningskamera som hun ville vi skulle se på. Jeg hadde før det møtet ikke engang tenkt på at det var noe som het velferdsteknologi i [vår] kommune».*

En tredje årsak til at tjenestene kan bli annerledes enn det bruker/pårørende hadde forventet, er at noen brukere er utfordrende å hjelpe. Dette gjelder særlig demente. Ansatte må i mange tilfeller legge ned stor innsats i relasjons- og tillitsarbeid for at brukeren skal akseptere situasjonen og tjenesten. Dette kan foregå over en forholdsvis lang periode før tjenesten igangsettes, eller også jevnlig etter at brukeren har fått en tjeneste. Tjenesten kan dermed bli noe annet enn det bruker/pårørende så for seg for flere uker siden, når behovet ble meldt.

Vi har identifisert flere eksempler på at kommunen har strukket seg langt for å tilpasse tjenesten til brukers behov. I den grad vi oppfatter at enkelte kommuner i mindre grad tilbyr tjenester som brukerne selv ønsker seg, er dette gjerne knyttet omfanget av tjenesten som følge av kommunens begrensede ressurser og kapasitet. Inntrykket fra brukerkartleggingen er at enkelte av kontrollkommunene i litt større grad enn blant forsøkskommunene har holdt igjen på tildeling. Eksempelene vi har sett er gjerne i situasjoner med massiv bistand i en periode, og som opplevdes som svært utfordrende for kommunen. For forsøkskommunene ville slike situasjoner ikke nødvendigvis påvirket den økonomiske situasjonen eller kapasiteten på samme måte.

I gjennomgangen av saksganger og brukeropplevelser har vi også identifisert enkelte tilfeller der brukere opplever at kommunen har bestemt seg for hvilke tjenester de ønsker å tilby i forkant av

kartleggingssamtalen. I disse konkrete sakene har brukerne vært i en sårbar situasjon. Vi har sett eksempler det familier har opplevd at små barn har fått store utfordringer, og hvor de har opplevd kartleggingssituasjonen og kommunikasjonen med kommunen som uforutsigbar og frustrerende. De ansatte i kommunen forteller at de i disse situasjonene har vært opptatt av å styre forventningene til brukerne for at de skulle få en realistisk forståelse av hva kommunen kunne tilby. Vi har forståelse for at kommunen står i vanskelige avveininger, hvor de på den ene siden ser brukernes ønsker og behov, og på den andre siden har begrensede ressurser og kapasitet. Slik vi oppfatter det, vil det allikevel være mulig å skape gode kartleggingssituasjoner og tildelingsprosesser som gir forutsigbarhet og trygghet. Vi har kartlagt flere saker der kommunen er flinke til å kommunisere hvilke muligheter de har til å tilby tjenester uten at det oppleves som frustrerende, blant annet ved at de holder noe igjen på forventningsstyringen i første møte eller i spesielt sårbare situasjoner. Som vi har vært inne på, skapes gode prosesser gjerne gjennom relasjonsbygging, det kan ta noe tid før tilliten er på plass og kommunikasjonen fungerer for begge parter.

Videre har vi identifisert interessante eksempler på uenigheter mellom brukers ønsker og hva ansatte på tildelingskontor oppfatter er best for bruker. I enkelte eksempler er bruker uenig i utmåling av tjenesten og ønsker seg et større omfang enn det kommunen vil tilby. Samtidig har vi identifisert eksempler på det motsatte, at kommunen vedtar mer omfattende tjenester enn det bruker ønsker seg. Det kan for eksempel være at bruker ønsker å bli boende hjemme mens de ansatte i kommunen oppfatter at bruker er best ivaretatt i en bemannet bolig. Her kan det være vanskelige avveininger mellom hva som er viktig for bruker og hvilke tjenester de ansatte opplever er forsvarlige helsetjenester. I de fleste av disse situasjonene har vi inntrykket av at gradvise prosesser med å bevisstgjøre brukere på egne behov og utprøving av tjenester har ført til at brukere har blitt tilfredse.

6.2.4 Nærhet til brukerne – bindeleddet mellom brukerne og saksbehandlere

En tjeneste som flere har trukket frem, både brukere og ansatte, som kan bidra til tidlig innsats og nærhet til brukerne i kartleggingssituasjonen er hverdagsrehabiliteringsteam/hverdagsmestringsteam. I flere intervjuer har vi fått informasjon om at brukere opplever at innsatsen har kommet raskt i gang, og at teamet har vært opptatt av å forebygge funksjonsfall ved å komme tett på bruker med forholdsvis mye innsats i en begrenset periode. Både brukere og de ansatte selv forteller hvordan teamet er flinke til å vektlegge hva som er viktig for brukeren, og at de sammen med brukeren finner ut hvilke «ordinære tjenester» som vil komme til å fungere godt for alle parter. Denne ordningen finner man både i enkelte forsøkskommuner og kontrollkommuner. En ansatt i et team i en forsøkskommune sier: «Vi testet litt ut, prøvde og feilet sammen med henne om hva som fungerer og ikke».

Demensteam blir også beskrevet som et viktig bindeledd mellom bruker, pårørende og tildelingsenheten. Her har man ansatte som er dedikert til hver enkelt bruker og som har mulighet til å observere endringer i behov. Jevnlig kontakt mellom bruker/pårørende og teamet gir grunnlag for å drøfte forslag til tjenester både med bruker og tildeling. Vedtatte tjenester er ofte et resultat av en balanse mellom det bruker og pårørende ønsker, og det demensteamet anser som funksjonelt.

Flere av brukerne vi har intervjuet har mottatt avlastningstjenester. Selv om mange opplever å være fornøyd med denne tjenesten, ser vi at kommuner i enkelte tilfeller har liten kontakt med og oppfølging av støttekontaktene. Det er vanlig at kommunen belager seg på at pårørende eller bruker selv melder ifra, og dette kan oppleves som vanskelig, for eksempel i situasjoner hvor pårørende eller brukerne selv kjenner personen som er støttekontakt. I enkelte tilfeller har avlastningen ikke vært gjennomført i lang tid selv om det foreligger et vedtak, uten at tildelingskontoret eller virksomhetslederen for tjenesten har hatt informasjon om at tjenesten ikke har vært utført.

6.3 Likebehandling

Likebehandling skal i forsøket fremmes gjennom standardiserte tildelingsprosesser, et felles kartleggings skjema/samtaleguide og felles tildelingskriterier. I første del av forsøket var det også et krav om at kommunen skulle ha egen tildelingsenhet, men dette kravet gjelder ikke i andre del av forsøket.

6.3.1 Kartlegging – standardisert og individualisert på samme tid

Slik vi oppfatter det, har forsøket i stor grad gitt likebehandling i tildelingsprosessen, dvs. at organiseringen av bestiller-utfører-modellen og sakshandlingsrutinene er lik på tvers av kommuner og mellom ulike tjenester. Tildelingsprosessene ser ut til å ha blitt mer strømlinjeformet i forsøkskommunene sammenlignet med nullpunkt (2016) og sammenlignet med kontrollkommunene, blant annet at ved at det er standardiserte rutiner for de fleste tjenestetyper.

Spesielt for nye brukere og i saker med vesentlige endringer i tjenester er det vanlig at det gjennomføres en kartlegging av behov og hva som er viktig for bruker av tildelingsenheten, typisk i kartleggingsamtaler, enten på hjemmebesøk, via telefon eller i møter hos kommunen. Det er ikke uvanlig at kartleggingsmøtene er tverrfaglig sammensatt, med representanter fra tildelingskontor, ulike utførerenheter og lege. Ofte deltar også pårørende sammen med bruker. Ofte avklares behov uten mange møter eller samtaler med bruker. Ved behov for å drøfte saken tar saksbehandlere gjerne opp saker internt på tildelingskontoret. Enkelte kommuner fremhever at de fleste saker hvor det er behov for å drøfte behov, tas sakene opp på tverrfaglig tildelingsmøte.

Kartleggingsmøter ved hjemmebesøk fungerer som regel godt og de fleste brukerne oppfatter at deres behov og hva som er viktig for dem blir godt ivaretatt. Ansatte som er drevne i «SIO-metoden» beskriver i intervjuene at samtaleguiden som regel brukes og at de bruker den på en fleksibel måte. Mange beskriver guiden som et godt og viktig verktøy, og de har den alltid med – tydeligvis i utskrevet versjon ettersom de henviser til den som «blekka» eller «papirblekka vår». De er så erfarne med samtaleguiden nå at de at de kan tilpasse spørsmålene til brukers situasjon, bake spørsmålene inn i samtalen, og kartlegge ganske raskt. En saksbehandler i en forsøkskommune beskriver det slik:

«Vi har jo den samtaleguiden under huden, vi har brukt den i mange år. Vi sitter ikke med papirblekka i fanget, vi tar det inn i en normal samtale. Vi får tatt opp det vi skal. Det er veldig greit, det er en god huskeliste.»

Det hender også at ansatte ikke bruker samtaleguiden – «man kan ikke kartlegge bare for å kartlegge», som en saksbehandler i en forsøkskommune beskrev det. Dersom den som skal fatte vedtaket har nok informasjon, gjennomføres det altså nødvendigvis ikke en kartlegging med utgangspunkt i samtaleguiden som er utarbeidet for forsøket. Vi antyder ikke med dette at mangel på bruk av samtaleguide går ut over kvaliteten på kartleggingen eller tjenesten. Den pragmatiske bruken av kartleggingsverktøy gjelder også for flere av kontrollkommunene. Mange av kommunene bruker dessuten IPLOS i kartlegging. Det blir dessuten kommentert av informanter at SIO samtaleguide (og IPLOS-kartlegging) ikke alltid passer til brukeren eller situasjonen. Dette gjelder særlig i forbindelse med demens, psykiske lidelser og akutt somatikk (som beinbrudd hos en ellers oppegående person). I saker der det er tilsynelatende innlysende hvilken tjeneste brukeren trenger, og klart samsvar mellom ønske og tilbud, kan samtaleguiden virke noe overflødig eller for omfattende. Men en saksbehandler i en forsøkskommune poengterer at ved å bruke samtaleguiden kan man bidra til å avdekke andre behov som tidligere ikke er formidlet.

For brukere som kommer fra sykehus eller annen behandlingsinstitusjon, er situasjonen litt annerledes. Som regel er det allerede gjort en kartlegging av personalet på sykehuset og kommunen får melding fra sykehuset om brukers situasjon og behov. Ofte vil det ligge direkte eller

indirekte forventninger av hvilke tjenester brukere har behov for i meldingen fra sykehuset. I mange tilfeller vil ikke kommunene gjøre en ny kartlegging, men basere seg på informasjonen fra sykehuset og iverksette tjenestene. Flere informanter i kommunene forteller at meldingene fra sykehuset ofte får stor betydning for hvilke tjenester kommunen tilbyr. På den annen side har vi også identifisert tilfeller der brukers behov har blitt kartlagt av kommunen etter hjemkomst fra sykehus, på kommunens initiativ, men ikke før brukere selv var klar for å ta imot tjenester. I andre tilfeller vil det gjennomføres kartlegging i forbindelse med at tjenesten som er blitt tildelt etter brukeren har kommet hjem fra sykehuset går mot slutten, og kommunen trenger ny informasjon om brukers situasjon og behov.

Selv om vi har inntrykket av at likebehandling er styrket gjennom en felles organisering og standardisering av saksbehandlingsrutiner, har vi inntrykket av at likebehandling i enkeltsaker varierer noe. Spesielt har vi inntrykket av at brukeres eller pårørendes stå-på-vilje, kjennskap til egne rettigheter, kunnskap om kommunens tjenester eller kontakter i tjenestene kan ha stor betydning for om brukere får tjenesten de ønsker seg. Slike eksempler har vi både fra forsøkskommuner og kontrollkommuner. Dette er typisk knyttet til nye brukere, hvor behovet kan være uklart eller i situasjoner hvor det er uenighet om omfanget av tjenester.

For brukere som har mottatt tjenester fra kommunen før og som de ansatte i kommunene kjenner godt, er prosesser knyttet til tildeling av nye tjenester ofte raske og behovsavklaringen enklere. I noen få tilfeller har vi sett at enkelte kommuner tar noe lett på å gjennomføre en reell kartlegging av behov og har en høyere tilbøyelighet til å tildele tjenester på et høyere bistandsnivå enn det som er strengt nødvendig. Vi skal ikke overdrive dette funnet, men det fremstår i enkelte tilfeller som at de ansatte påvirkes av at de kjenner brukeren godt og føler at brukeren «fortjener det». Andre brukere «går hele trappa», dvs. at de gradvis får tildelt mer omfattende tjenester etter hvert som funksjonsnivået reduseres.

6.3.2 Rask saksgang

Rask saksgang kjennetegner også de fleste av de inkluderte sakene i denne gjennomgangen. Dette fører til høy grad av tilfredshet blant brukerne. Saksgangen kan være rask både for nye og kjente brukere. Dersom brukerne er kjent for kommunen, går kartleggingen raskere, jf. avsnitt over om fleksibel bruk av kartleggingsverktøy og jevnlig dialog. For både nye og kjente brukere kan tjenesten iverksettes før vedtaket er skrevet, og dermed oppleves saksgangen som rask for brukerne selv om saken ikke er avsluttet fra kommunens side. For nye brukere er saksgangen rask når behovet ikke er komplisert, som hos brukeren som trengte hjelp til rengjøring av boligen etter et lårhalsbrudd (forsøkskommune). Brukere har i noen tilfeller forventet lang saksgang, og blir dermed ekstra positivt overrasket når det går raskt. En pårørende i en forsøkskommune hadde lest og hørt om «*alskens skrekkehistorier*» angående kommunal hjelp, men deres sak ble behandlet raskt og han sier «*Jeg kunne ikke ha drømt om at det skulle gå så fort og så bra*». Det samme gjelder en bruker som fikk en klokke med innebygd GPS. Vedkommende beskriver det slik:

«Syntes i hvert fall det gikk veldig fort med den klokka. Det drømte jeg ikke om at det skulle gå så fort. Der har de vært helt strålende»

Hos nye brukere med sammensatte behov, eller der det er utfordrende å komme fram til en enighet om samsvar mellom ønsker/behov og foreslåtte tjenester, oppleves ikke saksgangen som rask. Dette henger bl.a. sammen med at det kan være vanskelig å få formidlet behov og opprettet en felles forståelse av situasjonen, jf. barrierer omtalt i 6.2.1. I en sak fra en forsøkskommune opplevde pårørende at kommunen ikke forsto hvor lite fungerende faren hans var. Han beskriver den første kontakten med kommunen som «*dårlig stemning*» og sier det var lang ventetid. En årsak til at saksgangen ble lang, var at det var utfordrende å få gjennomført kartlegging med brukeren som var dement:

«Før vi kunne komme videre, måtte de snakke med ham, og det stoppet opp. De måtte møte ham og det var vanskelig å få til. Det var vanskelig å få ham til å treffe dem på grunn av demensen, han

hadde glemt hele avtalen. Men han er flink til å prate for seg, og han sa at alt gikk fint. De kom frem til at han ikke trengte noe mer selv om jeg forklarte» (pårørende i forsøkskommune).

6.3.3 Psykisk helse – en tjeneste i tjenesten

Som vi har vært inne på, oppfatter vi at forsøket har påvirket likebehandling på tvers av tjenester. Tjenester innen psykisk helse oppfattes allikevel av flere, både brukere og ansatte i kommunene, som en «egen tjeneste i tjenesten», som er litt på siden av de andre tjenestene og hvor bestillerutfører modellen i liten grad er implementert. Enkelte brukere forteller at de synes det er fint at de kan ta direkte kontakt med psykisk helse, gjerne med personer de kjenner fra før, uten å søke via tildelingskontoret. Dette oppleves som fleksibelt og trygt for brukerne. Enkelte ansatte formidler at personer som har behov for psykiske helsetjenester er «sårbare», og at kommunen er bevisste på at de skal redusere terskelen for at brukere kan ta kontakt for å få hjelp. Enkelte informanter løfter frem lavterskeltilbud innen psykisk helse som spesielt nyttig, både for å komme raskt i kontakt med kommunen og for at tjenesten kommer raskt på plass. Enkelte brukere opplever at få krav om begrunnelser for å motta en tjeneste reduserer barrieren for å ta kontakt. I én sak i en kontrollkommune opplevde en bruker å stå ganske alene i en vanskelig sak, og hadde ønsket at kommunen hadde tatt kontakt med henne i stedet for at hun selv måtte ta kontakt. Dette gjaldt et behov for psykiatrisk krisehjelp.

7 Gjennomgang av vedtak

Som en del av rapporteringen for 2020 ble 17 vedtak fra A-kommunene gjennomgått. Tilsvarende gjennomgang ble gjennomført i 2019 (56 vedtak).

7.1 Kort om saksbehandling og tildeling

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.

7.2 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 omsorgsstønning
- ▶ 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 klage muligheter.

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.

7.3 Styrket tildelingsprosess i forsøkskommunene

Som vi påpekte i rapporten fra 2019 og tidligere rapporter fra følgeevalueringen er det dokumentert at flere forhold relatert til tildelingsprosessen i A-kommunene har blitt styrket. Det som har blitt trukket frem er:

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

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

Kommunene i forsøket har måttet tilfredsstillende en rekke krav til tildeling av tjenester, og de har fått nye verktøy å bruke i arbeidet. Det er blant annet utarbeidet en intervjuguide som skal benyttes i kartleggingen som er bygget rundt spørsmålet «*hva er viktig for deg?*». Videre blir det lagt vekt på å etablere mål for brukerne, som igjen danner grunnlag for tjenestene som skal tilbys.

7.4 Gjennomgang av vedtak i forsøkskommunene viser at den positive utviklingen ha vedvart, men det er fortsatt rom for forbedringer

Som en del av evalueringsarbeidet har vi i også i 2020 gjennomgått vedtak (melding om vedtak/underretning om vedtak) fra A-kommunene.³⁸ Dette er samme metodikk som i 2015/2016 og 2019.³⁹ Gjennomgangen har omhandlet både førstegangsvedtak, revurderinger, men også avslag på søknad om tjenester.⁴⁰

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 utformingen av vedtakene og i hvilken grad det enkelte vedtak inneholder:

- ▶ Lovanvendelse, herunder rettighetsavklaring⁴¹ og hjemmel for beslutning
- ▶ Individuell begrunnelse
- ▶ Dokumentert brukermedvirkning
- ▶ Dokumentert mål for bruker
- ▶ Informasjon om endringer og hvordan dette kan medføre endringer i utmålt tjeneste
- ▶ Tydelig språk for klageadgang

Gjennomgangen av vedtak fra forsøkskommunene innebærer en gjennomgang av et fåtall saker (73 vedtak). Resultatet må derfor tolkes i lys av dette. Vårt utvalg av saker er ikke nødvendigvis representativt for kommunens praksis. Gjennomgangen kan imidlertid gi en indikasjon på om det har skjedd en forbedring i løpet av forsøket og om det er mulig med ytterligere forbedringer.

Tabell 7-1 Oppsummering av egen gjennomgang av vedtak

Kriterier	2015/2016	2019	2020
Lovanvendelse for vedtak	91 %	100 %	94 %
Individuell begrunnelse for vedtak	69 %	68 %	82 %
Dokumentert brukermedvirkning i vedtak	35 %	64 %	35 %

³⁸ Bjørnafjorden, Lillesand, Stjørdal og Selbu. Hobøl er nå en del av Indre Østfold og ikke lenger en del av A-kommunene i forsøket.

³⁹ Gjennomgang av anonymiserte vedtak fra kommunene.

⁴⁰ Vedtakene som er gjennomgått omhandler kommunale helse- og omsorgstjenester som langtidsopphold i sykehjem, korttidsopphold i sykehjem, helsehjelp i hjemmet, praktisk bistand, praktisk bistand opplæring, omsorgsstønning og brukerstyrt personlig assistanse mv. Vedtak om kommunale boliger inngår ikke i gjennomgangen.

⁴¹ Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd.

Dokumentert mål for brukeren i vedtak	35 %	55 %	59%
Behov og endringer i utmålt tjeneste	82 %	100 %	88%
Tydelig språk ifm. klageadgang	65 %	91 %	94 %
Snitt – oppfylling av 6 kriterier	63 %	80 %	75 %

Fra Tabell 7-1 fremkommer det at utviklingen vi så fra 2015/2016 til 2019, hvor man fant en positiv utvikling innenfor nesten alle områdene, ikke har vedvart. Samlet sett ser man at andel vedtak som oppfyller de ulike kriteriene økte fra 2015/2016 (65 %) til 2019 (80 %). I 2020 ser vi at andelen er redusert noe, til 75 %. Det er viktig å presisere at gjennomgangen i 2020 har omhandlet nye kommuner, og at vi ser at de scorer noe svakere på kriteriene sammenliknet med øvrige kommuner. Dette er en medvirkende årsak til nedgangen. I det følgende ser vi nærmere på de ulike kriteriene. Vi redegjør også kort for hva som ligger til grunn for vurdering av de gitte kriteriene.

- ▶ *Lovanvendelse.* I 2015/2016 ble 91 % av vedtakene som ble gjennomgått vurdert å ha riktig lovanvendelse. I 2019 var vurderingen at alle vedtakene som ble gjennomgått hadde riktig lovhjemmel. 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 2020 viser at 94 % av vedtakene som ble gjennomgått ble vurdert å ha riktig lovanvendelse.
- ▶ *Individuell begrunnelse for vedtak.* 69 % av vedtakene i 2015/2016 inneholdt en individuell begrunnelse, i 2019 var tallet 68 %. I 2020 har dette økt til 82 %. Det er krav om at begrunnelsen for vedtaket skal inneholde en beskrivelse av det faktum kommunen har lagt til grunn i saken.⁴² Alle vedtak som ble gjennomgått inneholdt en begrunnelse, samtidig ser vi fortsatt at en del vedtak hovedsakelig inneholder 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 pasient- og brukerrettigheter.⁴³ 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 færre vedtak nå mangler henvisning til lovtekst om brukermedvirkning, og i tillegg er det færre vedtak hvor brukermedvirkningen er dokumentert. I 2020 er det kun 35 % av de gjennomgåtte vedtakene som viser til at bruker har vært involvert. Dette er lavere enn i 2019, men på nivå med 2015/2016.

⁴² Jf. forvaltningsloven § 25 andre ledd.

⁴³ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- ▶ *Mål.* 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 beskrivelse av brukers egne mål. Gjennomgangen i 2020 viste en positiv utvikling fra forutgående år. I 2015/2016 var denne andelen lav, og kun 35 % av vedtakene hadde en uttalt målsetting. Av vedtakene som ble gjennomgått fra 2019 inneholdt 55 % en målsetting. I 2020 er andelen økt til 59 %. Som vi skrev tidligere er det ikke slik at brukers egne målsettinger fremkommer eksplisitt i alle disse vedtakene. Vedtak om hverdagsrehabilitering er de vedtakene som skiller seg ut ved å både vise til konkret brukermedvirkning og mål for bruker, i tillegg til målsetting med innvilget tjeneste. Det er kun i Stjørdal vi har gjennomgått eller fått tilsendt slike vedtak i 2020.
- ▶ *Endringer.* Et grunnleggende prinsipp er at vedtak/tjenester ikke kan endres eller avsluttes uten at det er endringer i behov og/eller omsorgssituasjonen.⁴⁴ 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 2020 inneholdt 88 % av vedtakene denne informasjonen.
- ▶ *Klageadgang.* En viktig del av partenes 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 opplysninger 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 viser videre at beskrivelsen av klageadgang fortsatt kan variere fra vedtak til vedtak i samme kommune. Gjennomgangen av vedtak fra 2015/2016 og 2019 viser at mange kommuner har forenklet beskrivelsen av klageadgangen siden 2015/2016. I 2020 er alle gjennomgåtte vedtak vurdert å ha opplysninger om klageadgang, og at språket er noe forenklet sammenliknet med det vi har sett tidligere.

Gjennomgangen i 2020 inkluderer også en ny A-kommune. Analysen viser at kommunen i mindre grad oppfyller kriteriene enn kommunene som har deltatt over flere år. Samtidig ser vi at oppfyllelse av kriteriene varierer i øvrige kommuner. Noen kriterier er vurdert å ha en positiv utvikling, andre har hatt en negativ utvikling og noen er uendret. Oppsummert ser vi at det i 2020 kun har vært en positiv utvikling innenfor 3 av 6 kriterier:

- ▶ en høyere andel vedtak inneholder individuell begrunnelse
- ▶ høyere andel vedtak hvor mål for bruker fremkommer
- ▶ høyere andel vedtak hvor informasjon om klageadgang fremkommer.

Gjennomgangen har heller ikke i år innbefattet en generell vurdering av klart språk. Vi ser at det fortsatt er et potensial om forenkling og klart språk i underretningen av vedtak, og at kommunene bør se om det er mulig å både innfri formalkravene til utforming av vedtak, samtidig som språket som benyttes forenkles.

⁴⁴ Det stilles krav til prosess for endring av vedtak

8 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 8.1: 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 8.2: Hvorfor har finansieringsmodellen gitt kommunene et overskudd?

Før 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 8.3: 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 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.

Kapittel 8.4: 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 8.5: Hva har skjedd med prioriteringen av tre brukergrupper?

Vår kartlegging i 2015 avdekket store forskjeller mellom kommunene i utgiftene til tre brukergrupper: Personer med nedsatt funksjonsevne (1), personer med psykiske problemer og rusproblemer (2) og eldre mv (3). Dette kapitlet gjør en oppdatert nullpunktsmåling for de to sammenslåtte kommunene som skal delta i forsøket (Bjørnafjorden og Indre Østfold).

8.1 Inntekter og utgifter

Dette delkapitlet gjennomgår inntektene kommunene har fått gjennom forsøket og utviklingen i bruttoutgifter.

8.1.1 Tilskudd 2016-2020

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.

Det er viktig å merke seg at aktivitetstilskuddene for tidsperioden hvor tiltakene i forbindelse med koronapandemien var mest utbredt har vært videreført på bakgrunn av gamle vedtak. Det vil si at kommunen ikke har fått redusert aktivitetstilskudd for tjenester som ble midlertidig redusert i perioden.

I 2020 var det *samløede nye øremerkede tilskuddet* på 1 491 mill. kr (jf. Tabell 8-1). Dette er beregnet ut fra aktivitetstilskudd per første halvår 2020, og er derfor usikkert. Utviklingen fra 2019 til 2020 er preget av at den nye modellen for finansiering er tatt i bruk for den nye kommunen Bjørnafjorden som omfatter de tidligere kommunene Os og Fusa. Den er også tatt i bruk for Selbu, men foreløpig ikke for den nye kommunen Indre Østfold, siden de først trer inn i finansieringsmodellen i 2021.

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 2019 varierte andelen som rundsumtilskuddet utgjør av det samlede tilskuddet mellom 3,2 prosent i Hobøl og 4,9 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.

Inntektspåslaget er på omtrent samme nivå gjennom de fire årene forsøket har vart.

Tabell 8-1 Tilskudd i forsøket 2016-2020. Mill. kr, løpende priser. Kilde: Helsedirektoratet⁴⁵

	Samlet tilskudd					Vedtaketstilskudd					Rundsumtilskudd					Inntektspåslag				
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
Hobøl	55	115	120	119		51	108	113	112		2	4	4	4		2	4	4	4	
Lillesand	104	224	235	257	268	94	205	216	237	248	6	12	12	13	13	4	7	7	7	7
Os	169	375	419	464		154	349	392	437		8	17	17	17		6	10	10	10	
Stjørdal	199	442	440	458	470	181	409	407	424	435	10	21	21	21	22	8	12	12	13	13
Selbu					120					106					11					4
Bjørnafjorden					604					565					24					15
Indre Østfold					28															28
I alt	526	1157	1215	1299	1491	480	1071	1128	1210	1354	26	53	55	55	70	20	32	33	34	67

8.1.2 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.

⁴⁵ Aktivitetstilskuddet for 2020 basert på anslag fra Helsedirektoratet. Dersom utbetalingene fortsetter på samme nivå som første halvår blir tilskuddet på 1491 mill. kr i 2020.

Tabell 8-2 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	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
Hobøl	51	102	106	109		52	111	117	115		2	10	11	6	
Lillesand	99	198	207	213	221	100	217	228	250	261	0	19	21	37	39
Os	153	305	320	328		163	366	409	454		10	61	89	126	
Stjørdal	189	375	393	404	419	191	430	428	445	457	2	55	35	42	37
Selbu					107					117					9
Bjørnafjorden					461					590					129
Indre Østfold															
I alt	492	980	1026	1054	1209	506	1124	1182	1265	1424	14	144	156	211	214

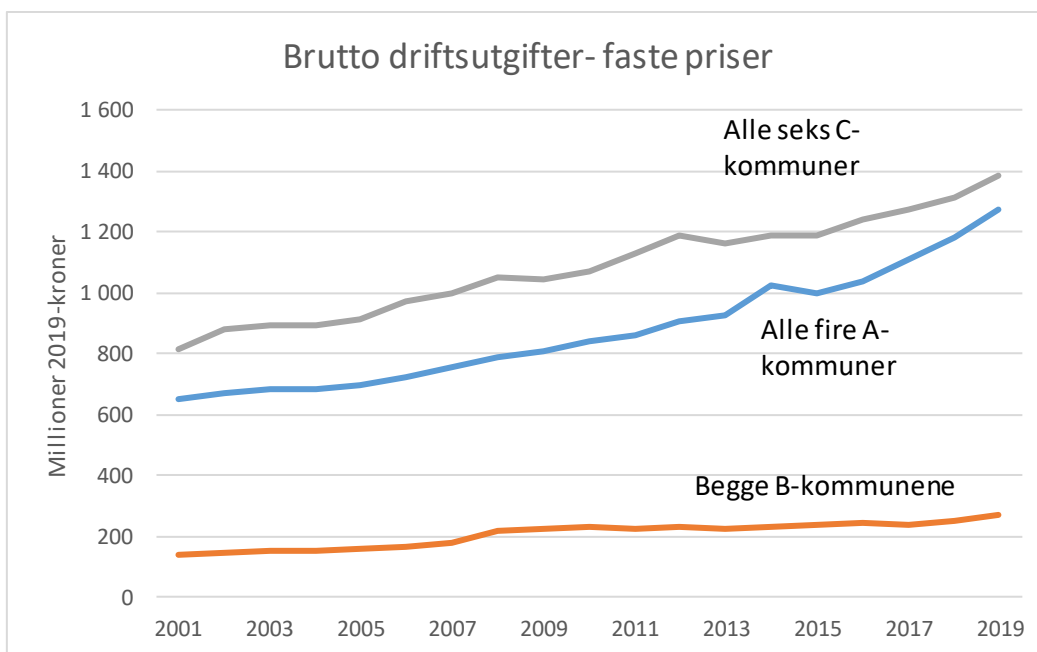
I 2020 er det anslått at de fire kommunene vil få 1 424 mill. kr i samlet aktivitets- og rundsumtilskudd (jf. Tabell 8-2), noe som tilsvarer en differanse (sammenlignet med uttrekket og tilskudd til ressurskrevende brukere) på 214 mill. kr. Differansen har økt gjennom perioden. Veksten i differansen som har vært i perioden 2016-2019 har imidlertid flatet ut fra 2019 til 2020. Selv om sammensetningen av kommuner er litt endret, har dette liten betydning siden både Selbu (inn) og Hobøl (ut) har små differanser, pluss at differansen fra Os til Bjørnafjorden ikke er særlig endret.

Denne differansen har i hele perioden (2016-2020) gitt samlede ekstra overføringer fra staten til kommunene på 739 mill. kr, i tillegg til inntektspåslaget på 187 mill. kr. Den nye finansieringen gir altså forsøkskommuner med aktivitetsbasert finansiering høyere inntekter enn i de ordinære rammetilskuddene.

8.1.3 Bruttoutgifter 2001-2019

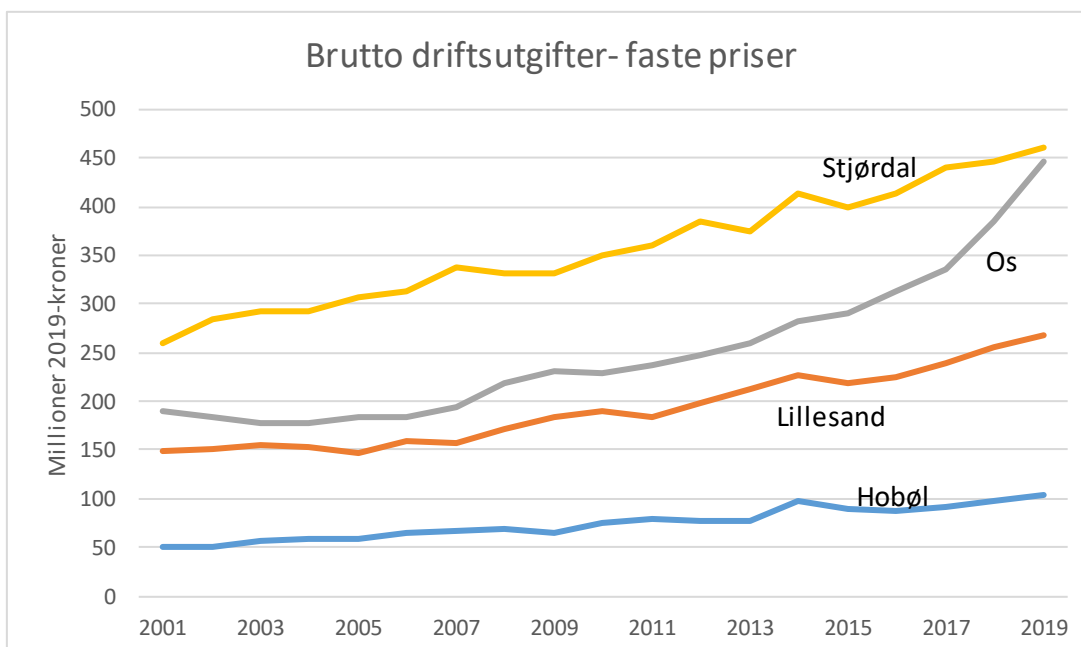
Bruttoutgiftene målt i faste priser⁴⁶ vist i figuren under kan sies å gi et godt uttrykk for aktiviteten for pleie- og omsorgsutgiftene i kommunene. Vi har sett på om aktiviteten har økt etter at forsøket startet.

⁴⁶ Omregningen til faste priser er gjort på grunnlag av kostnadsdeflatoren for kommunene vist i rapporten juni 2020 fra «Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU)».



Figur 8-1 Korrigerede brutto driftsutgifter 2001-2018 i faste 2018-priser samlet for A-kommunene, B-kommunene og C-kommunene

I perioden fra 2001 til 2019 har aktiviteten økt med 96 prosent i A-kommunene, 95 prosent i B-kommunene og 69 prosent i kontrollkommunene (jf. Figur 8-1). 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 kontrollkommunene er mer spredt ut over hele perioden.



Figur 8-2 Korrigerede brutto driftsutgifter 2001-2019 i faste 2019-priser for de fire A-kommunene

Det er betydelige forskjeller i veksten mellom de fire A-kommunene (jf. Figur 8-2). 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.

8.2 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 de færreste kommuner har kartlagt nivået på egne enhetskostnader. Dersom nivået i kommunen er lavere enn de statlige satsene går kommunen med overskudd, og er det 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 inntekstpåslaget som var en del av forsøksopplegget.

Som beskrevet i 8.1 har finansieringsmodellen gitt samlede ekstra overføringer fra staten til kommunene på 739 mill. kr, i tillegg til inntekstpåslaget på 187 mill. kr, hvis man ser på perioden 2016-2020 under ett. Den nye finansieringen gir altså forsøkskommuner med aktivitetsbasert finansiering høyere inntekter enn i de ordinære rammetilskuddene.

Ser man kun på første del av forsøksperioden, altså fra 2016 til 2019, har vi beregnet at statens utgifter i de fire A-kommunene økte med 525 mill. kr⁴⁷, pluss det forutsatte inntekstpåslaget på 119 mill. kr. Det vil si at kommunene har mottatt 644 mill. kr mer gjennom forsøket i perioden 2016-2019. Dette er oppjustert med 30 mill. kr sammenlignet med estimatet som ble gitt i fjor og var basert på foreløpige tall. Samlet sett anslår vi at økningen i overføringer fra staten til kommunene i 2016-19 kan fordeles som i Tabell 8-3:

Tabell 8-3 Forklaring på økte overføringer fra staten til A-kommunene 2016-2019, oppdaterte anslag i mill. kr

Effekt	Anslått i mill. kr samlet perioden 2016-2019	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	111	Effekt av at mye av økningen i ressurskrevende tjenester finansieres av staten
Enhetskostnader og endring i aktivitetsnivå	186	To mulige effekter som forklarer differansen mellom øvrige effekter og totalsum. Vår vurdering er at det i hovedsak skyldes enhetskostnader.
Totalt	644	

Estimater basert på foreløpige tall for 2020 tyder på at statens ekstra overføringer til deltagerkommunene vil bli om lag 280 mill. kr i 2020, inkludert inntekstpåslaget. Nivået på de ekstra overføringene i 2020 ser altså ut til å være høyere enn tidligere. Noe av forklaringen forsøket nå omfatter kommuner med flere innbyggere. Indre Østfold består av Hobøl og fire andre kommuner, og Bjørnafjorden består av Os og Fusa.

Disse beskrives nærmere under:

- **Inntekstpåslag:** Inntekstpåslaget 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.

⁴⁷ Merk at 2019 er oppdatert sammenlignet med fjorårets rapport siden mer sikre tall nå foreligger. Tall for 2019 var estimert basert på aktivitetstilskudd mv. for første halvår 2019.

Inntektspåslaget utgjør 4 prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester, med et øvre tak på 28 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 2019 har kommunenes egenandel økt fra 139 til 203 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.

8.2.1 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 2015. 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 lønnsvekst⁴⁸. 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, 0,53 prosent for 2019 og 0,41 prosent for 2020. Korreksjonen er felles for de fire A-kommunene i den første delen av forsøket, og for Selbu i 2020.

I forsøksperioden har uttrekket også blitt justert for lønns- og prisstigningen basert på en kommunal deflator. Opplegget er ment å bidra til å skape forutsigbarhet for den enkelte kommune.

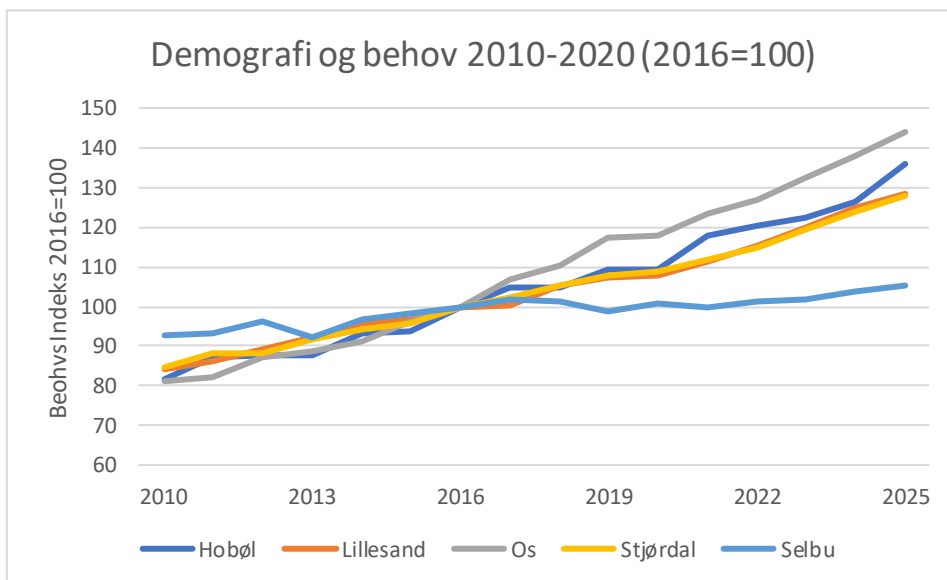
Vekst i behov 2010-2025

Vi har foretatt en beregning av behovet for pleie og omsorgstjenester som følge av demografiske endringer for perioden fra 2010 til 2025 (jf. Figur 8-3). 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 trolig også videre. Os har en vekst som er noe større enn de tre andre kommunene.

For demografien har vi brukt statistikk for perioden 1988–2020. Årets rapport er altså oppdatert med statistikk for 2020. For Lillesand og Stjørdal har det vært en noe lavere vekst i antall personer over 80 år enn prognosene vi brukte i rapporten fra i fjor. Statistisk sentralbyrå publiserer ikke lenger data for 2020, verken for Hobøl eller Os, siden disse kommunene nå er en del av Bjørnafjorden og Indre Østfold. For Hobøl og Os har vi derfor basert oss på en tidligere framskrivning for 2020.

⁴⁸ Det er brukt den kommunale deflatoren beregnet av Finansdepartementet og brukt i statsbudsjettet for gjeldende budsjettår.

For alle kommunene er beregningene av behov etter 2021 basert på en framskriving utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB). Denne framskrivingen 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 innvandring⁴⁹.



Figur 8-3 Beregnet behov 2010-2025 for de fire A-kommunene (2016=100)

Fra 2016 til 2020 er den gjennomsnittlige årlige veksten for de fire kommunene

- ▶ Hobøl: 2,3 prosent
- ▶ Lillesand: 2,0 prosent
- ▶ Os: 4,3 prosent
- ▶ Stjørdal: 2,5 prosent
- ▶ Selbu: 0,2 prosent

I fire av de fem 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. Selbu har et beregnet behov på omtrent samme nivå i 2020 som i 2016. Sammenliknet med de fire andre kommunene er utviklingen i Selbu altså på mer på linje med det som ellers er vanlig.

Demografiveinsten tilfaller øvrige deler av kommunen

Oppdaterte anslag for demografiveinsten tilsier at denne har vært på 228 mill. kr for de fire A-kommunene samlet for perioden 2016-2019. Dette skyldes at veksten i befolkningsgruppene som utløser behovet for pleie- og omsorgstjenester er høyt sammenlignet med landsgjennomsnittet. Det er for tidlig å beregne denne gevinsten for 2020.

⁴⁹ Ref. SSB: Hvert alternativ beskrives ved fire bokstaver i følgende rekkefølge: fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. M = middels, L = lav og H = høy.

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.

8.2.2 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 2019 fikk kommunene refundert 80 prosent av direkte lønnsutgifter for enkeltbrukere over innslagspunktet på 1 361 000 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 brukerbetalingene 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. Når behovet øker kan det ofte være nødvendig med omprioriteringer fra andre områder. 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 endringer i hvor effektivt driften er organisert.

Utviklingen i tilskuddet for perioden fra 2014 til 2019 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, 2018 og 2019 dersom utgiftene ikke var finansiert av det aktivitetsbaserte tilskuddet i forsøket.

Tabell 8-4 Refusjon for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester 2014-2019. Kilde: Helsedirektoratet

Kommune	År	Antall		Egenandel	Netto utgift	Egenandel	Øremerket
		tjeneste- mottakere	Netto utgift	ved innslags- punkt	utover innslags- punkt	for kommunen	tilskudd (til utbetaling)
Fire a-kommuner	2019	124	340	169	172	34	137
	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	2019	15	36	20	15	3	12
	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	2019	22	74	30	44	9	35
	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	2019	50	123	68	55	11	44
	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	2019	37	107	50	57	11	46
	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 2019 har nettoutgiftene for brukerne som omfattes av refusjonsordningen økt fra 277 til 340 mill. kr, noe som tilsvarer en vekst på 22,7 prosent. I samme periode har deflatoren for kommunalt konsum økt med 14,5 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 er omtrent uendret i Hobøl og Stjørdal.

Fra 2015 til 2019 har kommunenes egenandel økt fra 138,9 til 203,1⁵⁰ mill. kr. I forsøket blir hele veksten finansiert av det aktivitetsbaserte tilskuddet. Hadde ikke kommunene vært med i forsøket

⁵⁰ Summen av egenandel ved innslagspunkt og egenandel for kommunen.

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, 0,75 prosent i 2018, 0,53 prosent i 2019 og 0,41 prosent i 2020. I den aktivitetsbaserte finansieringen er det 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 8-5 Beegnet økonomisk gevinst for A-kommunene 2016-2019 som følge av ordningen med ressurskrevende tjenester. Millioner kroner i faste 2020-priser

	2016	2017	2018	2019
Hobøl	3,4	2,6	2,5	3,4
Lillesand	2,5	7,4	9,4	18,3
Os	6,3	3,6	22,0	22,0
Stjørdal	3,0	8,0	-4,8	1,3
I alt	15,2	21,7	29,1	45,0

Fra 2016 til 2019 har altså den samlede økonomiske gevinsten økt fra 15,2 til 45,0 millioner kroner (jf. tabellen over). Alle kommunene har fått en økonomisk gevinst. Tidl. Os har fått den største gevinsten og Stjørdal den minste.

8.2.3 Enhetskostnader 2017

Vi har beregnet enhetskostnader⁵¹ 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 8-6 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	Aktivisering	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.

⁵¹ Beregningene er dokumentert i rapporten: *Enhetskostnad norske kommuner*. Agenda Kaupang 30. januar 2019. Rapportnummer: 9272-07

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 8-3. Det finnes ikke tilsvarende detaljerte beregninger av enhetskostnader for 2018 eller 2019.

8.3 Utviklingen i aktivitet og behov

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 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 5-4). 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 2020-priser. Våre beregninger av behovet er omtalt i kap. 8.2.1.

Tabell 8-7 Årlig prosentvis vekst for aktiviteten og behovet 2017-2020. Endringer i aktiviteten er beregnet som endringer i samlet aktivitetstilskudd i faste 2020-priser.

	Aktivitet (vedtakstilskudd)				Behov (demografi)				Differanse			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Hobøl		2,0 %	-4,1 %		4,6 %	0,3 %	4,4 %	-0,1 %		1,7 %	-8,5 %	
Lillesand		2,5 %	7,0 %	0,5 %	0,3 %	5,1 %	1,7 %	0,8 %		-2,6 %	5,3 %	-0,3 %
Os		9,6 %	8,4 %		6,8 %	3,3 %	6,5 %	0,5 %		6,2 %	1,9 %	
Stjørdal		-3,2 %	3,3 %	-3,9 %	2,4 %	3,1 %	2,3 %	0,9 %		-6,2 %	1,0 %	-4,8 %
I alt		2,6 %	5,0 %		3,5 %	2,9 %	3,7 %	0,5 %		-0,4 %	1,3 %	

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 for Hobøl og Os⁵², og 2018, 2019 og 2020 for Lillesand og Stjørdal:

- ▶ Hobøl: Behovet økt mer enn aktiviteten⁵³ (-6,7 prosent)
- ▶ Lillesand: Aktiviteten økt mer enn behovet (+2,4 prosent)
- ▶ Os: Aktiviteten økt mer enn behovet (+8,1 prosent)
- ▶ Stjørdal: Behovet økt mer enn aktiviteten (-9,8 prosent)
- ▶ Samlet (2018 og 2019): Aktiviteten økt mer enn behovet (+0,9 prosent)

⁵² Fra 2020 er Hobøl en del av Indre Østfold og Os en del av Bjørnafjorden. Det foreligger ikke egne data for 2020 for Hobøl og Os.

⁵³ I rapporten for i fjor det gjort foreløpige anslag for aktivitetstilskuddet i 2019. Nå har vi endelige tall for 2019.

For de fire kommunene samlet har altså aktivitetstilskuddene økt mer enn det beregnede behovet. Tilsvarende er tilfelle i Lillesand og Os, mens i Hobøl og Stjørdal har behovet økt mer enn aktiviteten.

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 2019 har det for disse brukerne vært en vekst for Os og en reduksjon for Stjørdal (jf. avsnitt 8.2.2). Det ser altså ut til at noe av de store positive og negative utslagene for disse to kommunene nettopp kan forklares med utviklingen i brukere som krever store ressurser.

Fra 2017 til 2019 er det Lillesand som har den sterkeste veksten i utgifter til brukere med stort behov for bistand, noe som kan bidra til å forklare at denne kommunen har hatt en sterkere vekst i aktiviteten enn behovet.

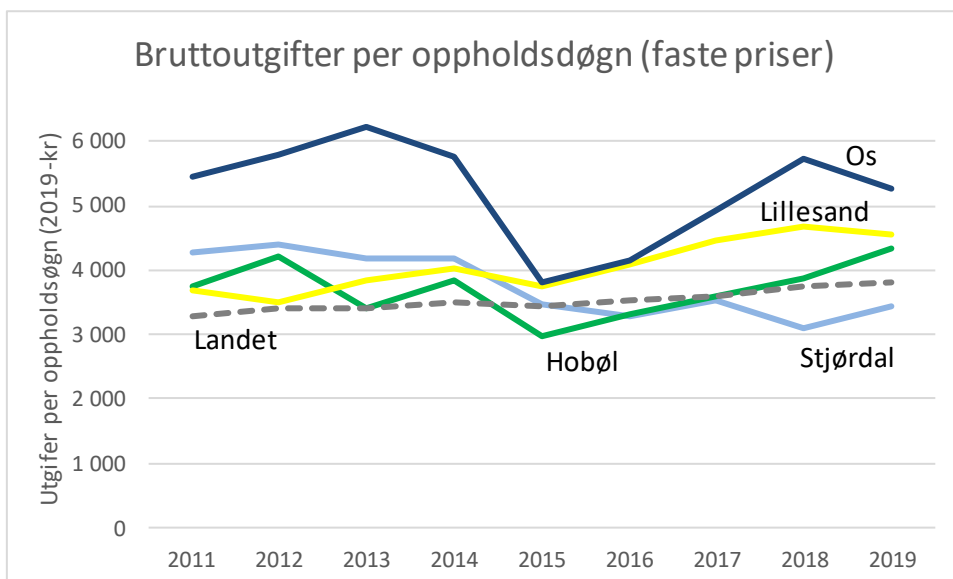
8.4 Utvikling for kommunenes enhetskostnader

Vi har ikke detaljert informasjon om hva som har skjedd med kommunenes enhetskostnader etter den detaljerte kartleggingen for 2017. Utviklingen i enhetskostnader er belyst med to ulike datakilder. Vi har sett på utviklingen i bruttoutgifter per oppholdsdøgn på sykehjem (avsnitt 8.4.1) og vi har sammenliknet veksten for bruttoutgifter med aktiviteten (avsnitt 8.4.2).

8.4.1 Bruttoutgifter per oppholdsdøgn

Hobøl, Lillesand og Os har hatt en betydelig økning i bruttoutgiftene per oppholdsdøgn siden 2015 (jf. Figur 8-4). Fra 2015 til 2019 var veksten i disse tre kommunene i snitt på 35 prosent. Tilsvarende vekst for landet var på 10 prosent. I Stjørdal var nivået 1 prosent lavere i 2019 enn i 2015. Denne utviklingen bidrar til å forklare forklar endringen i utgiftsandelen til institusjonsplasser i A-kommunene (jf. avsnitt 5.1.1)

Utviklingen i Hobøl, Lillesand og Os er overraskende, fordi denne veksten *ikke* blir finansiert gjennom forsøket. Tvert imot finansierer alle A-kommunene selv veksten i utgifter per plass. I 2017 er det beregnet at 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 8-4 Bruttoutgifter per oppholdsdøgn 2011-2019. Faste 2019-priser. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

I 2019 hadde Os, Lillesand og Hobøl bruttoutgifter per oppholdsdøgn høyere enn gjennomsnittet for landet. Nivået i Os lå rundt 35 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 Figur 8-4. 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.

I både Stjørdal og Os har noen omsorgsboliger blitt hjemlet om til sykehjem. Antakelig har de nye sykehjemsplassene en noe lavere bemanning enn de gamle. Den endrede statusen peker altså isolert sett i retning av lavere enhetskostnader.

I Selbu lå nivået på rundt 3 000 kroner per døgn i perioden fra 2011 til 2017, som er godt under landsgjennomsnittet. I 2018 og 2019 var utgiftene på rundt 3 650 kroner per døgn, som altså fortsatt er noe lavere enn landet. Selbu har imidlertid hatt utfordringer med å føre utgiftene på riktig KOSTRA-funksjon og med å sikre god kvalitet på vedtakene. Statistikken fra Selbu er nok derfor neppe det som faktisk har skjedd. For Selbu vil en mulig positiv effekt ved deltakelse i forsøket være at kvaliteten av dataene blir bedre, slik de andre kommunene har opplevd.

8.4.2 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 2020. Vi kan derfor bare sammenlikne veksten for 2018 og 2019.

Tabell 8-8 Årlig prosentvis vekst for bruttoutgiftene og aktiviteten 2017-2020. Endringer i aktiviteten er beregnet som endringer i samlet aktivitetstilskudd i faste 2020-priser.

	Bruttoutgifter				Aktivitet (vedtakstilskudd)				Differanse			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Hobøl	5,0 %	6,3 %	5,9 %			2,0 %	-4,1 %			4,3 %	10,1 %	
Lillesand	6,1 %	6,4 %	3,1 %			2,5 %	7,0 %	0,5 %		3,9 %	-3,9 %	
Os	7,3 %	15,2 %	3,9 %	Data mangler		9,6 %	8,4 %			5,6 %	-4,4 %	
Stjørdal	6,6 %	1,1 %	3,2 %			-3,2 %	3,3 %	-3,9 %		4,3 %	0,0 %	
I alt	6,6 %	7,0 %	3,8 %			2,6 %	5,0 %			4,4 %	-1,2 %	

Fra 2017 til 2018 økte utgiftene vesentlig mer enn aktiviteten i alle de fire kommunene, noe som altså peker i retning av at enhetskostnadene har økt. Fra 2018 til 2019 har utviklingen snudd i Lillesand, Os og Stjørdal. I Lillesand og Os har aktiviteten økt mer enn utgiftene, noe som tyder på reduserte enhetskostnader. I Stjørdal er det lik vekst for de to størrelsene. I Hobøl ser det ut til at enhetskostnadene fortsetter å stige.

8.4.3 Samlet vurdering av utvikling av enhetskostnader og økonomistyring

I teorien skulle man tro at en aktivitetsbasert finansieringsmodell ville gi kommunene incentiver til å holde enhetskostnadene nede. Grunnen er at kommunene selv får beholde gevinsten ved lave enhetskostnader. Likevel ser det ut til at enhetskostnadene fra 2017 til 2018 stiger i alle kommunene, og at det skjer en kraftig innstramming fra 2018 til 2019 i tre av kommunene. Vi skal her gjøre et forsøk på å forklare denne utviklingen.

Gjennom hele forsøket har informanter i kommunene vært bevisste på at kommunene skal tilbake til rammefinansiering når forsøket er over. Utgiftene bør derfor helst ikke være høyere enn rammefinansieringen tillater. Samtidig har den nye finansieringen gitt økte inntekter, og det er et krav om at midlene skal brukes opp for forsøket tar slutt.

For oss kan det se ut til at de økte enhetskostnadene i begynnelsen av perioden dels henger sammen med manglende økonomistyring. I evalueringsrapporten fra 2019 viste til eksempler og utsagn Os kommune som tydet på at økonomistyringen var blitt svakere i de utøvende delene av tjenestene, og at enhetslederne opplevde større frihet med tanke på pengebruk.

Også de andre tok nok økonomistyringen i varierende grad på alvor. Unntaket er Stjørdal, som vi har inntrykk av at har hatt sterk økonomistyring gjennom hele perioden.

Økte enhetskostnader kan også være et resultat av en planlagt styrking av bemanningen, blant annet for å lønne vikarer når fast ansatte er på kurs. Det kan også være at det i større grad blir satt inn vikarer ved sykdom.

For oss kan det se ut til at det har vært en gradvis økt bevissthet om de økonomiske gevinstene av forsøket, som også blir lagt til grunn for den økonomiske styringen. I det følgende gir vi en kort omtale av hvordan dette kommer til uttrykk i kommunene som er med i forsøket.

Bjørnafjorden har nå fått hjelp av et eksternt firma til å visualisere og kommunisere hvordan finansieringen virker. Det er lagt vekt på at finansieringen gir betydelig mer også til andre sektorer enn pleie og omsorg. Budskapet blir nå systematisk spredt både i de ulike sektorene og i kommunens politiske organer.

Lillesand har startet et eget prosjekt «Lillesand 2024» med et mål om en balansert kommune-økonomi når SIO er ferdig. Prosjektet omfatter alle tjenester. Det er gjort beregninger av rammene etter forsøket, som er lagt inn i kommunens handlingsplan for 2020 til 2023.

Vårt inntrykk er at *Stjørdal* gjennom hele perioden har hatt en sterk styring av økonomien. De har fått hjelp fra samme firma som Bjørnafjorden med å lage illustrasjoner tilpasset situasjonen til Stjørdal.

Indre Østfold er ikke i gang med finansieringsmodellen ennå. For oss ser det så langt ut til at ledelsen er innstilt på å styre etter rammene etter forsøket. Det samme ser også ut til å skje i *Selbu*. Her prøver de å være bevisste på rammene både for pleie- og omsorgstjenestene og andre sektorer.

Kapittel 4 diskuterer dette mer inngående for hver kommune.

8.5 Prioriteringen av tre brukergrupper

Som beskrevet i kapittel 3.6.9 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 mv.

Som en del av vår nullpunktsanalyse for Indre Østfold og Bjørnafjorden har regnskapet for 2019 blitt fordelt på de tidligere kommunene som eksisterte frem til 2019. De fem kommunene Askim, Eidsberg, Hobøl, Spydeberg og Trøgstad er fra 2020 slått sammen til Indre Østfold. Samtidig ble Os og Fusa slått sammen til Bjørnafjorden. I det følgende beskriver vi hvordan utgiftene er fordelt på disse brukergruppene i 2019. Beskrivelsen omfatter også data fra tidligere kartlegginger i fire av seks av de gamle kommunene.

8.5.1 Utgiftene fordelt på brukergrupper for «Indre Østfold» 2019

De fem kommunene hadde i 2019 samlede utgifter til pleie og omsorg på drøyt 1,5 milliarder kroner (jf. tabellen under). Utgiftene var høyest i Askim og Eidsberg. Til sammen hadde de to kommunene nær 70 prosent av utgiftene i de fem kommunene. Utgiftene i Hobøl, Spydeberg og Trøgstad var omtrent på samme nivå.

Tabell 8-9 Bruttoutgifter 2015-2019 fordelt på tre brukergrupper for kommunene som utgjør Indre Østfold fra 2020. Millioner kroner og prosent

Gruppe	Bruttoutgifter, Milloner kroner					Bruttoutgifter, Prosent				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
I alt					1 548					100 %
- Hobøl	106	115	124	137	144	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Spydeberg	119	145	146	177	189	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Trøgstad	124			144	154	100 %			100 %	100 %
- Askim					582					100 %
- Eidsberg					479					100 %
Eldre mv					865					56 %
- Hobøl	55	60	67	75	82	52 %	52 %	54 %	55 %	57 %
- Spydeberg	70	76	66	81	99	59 %	53 %	46 %	46 %	53 %
- Trøgstad	80			87	90	64 %			60 %	58 %
- Askim					308					53 %
- Eidsberg					286					60 %
Funksjonshemmede					494					32 %
- Hobøl	45	44	44	45	45	43 %	39 %	36 %	33 %	31 %
- Spydeberg	36	49	54	67	57	31 %	34 %	37 %	38 %	30 %
- Trøgstad	38			44	55	31 %			30 %	36 %
- Askim					177					30 %
- Eidsberg					160					33 %
Psykisk helse					189					12 %
- Hobøl	6	11	12	18	17	5 %	9 %	10 %	13 %	12 %
- Spydeberg	12	20	25	29	33	10 %	13 %	17 %	16 %	17 %
- Trøgstad	6			14	9	5 %			10 %	6 %
- Askim					97					17 %
- Eidsberg					33					7 %

I 2019 gikk litt over 56 prosent av utgiftene til gruppen eldre mv., 32 prosent av utgiftene til funksjonshemmede og 12 prosent av utgiftene til psykisk helse. Størst forskjeller mellom kommunene var det for andelen av utgiftene som går til psykisk helse.

I perioden fra 2015 til 2019 har utgiftene i Hobøl til funksjonshemmede vært på samme nivå, mens de to andre gruppene har hatt en betydelig vekst. Det innebærer at fordelingen på brukergrupper i Hobøl har blitt mer likt både de andre fire kommunene vist i tabellen og de øvrige kommunene vi har kartlagt som en del av vår evaluering i 2019. Ellers har det siden 2015 vært en betydelig vekst i utgiftene til psykisk helse for Hobøl, Spydeberg og Trøgstad.

Forskjellen i andeler mellom kommunene kan både ha sammenheng mellom forskjeller i behov for tjenester og praksis for tildeling. Etableringen av et felles tildelingskontor og kriteriene for tildeling som følger av forsøket innebærer trolig likere praksis for tildeling av tjenester til innbyggerne i den nye kommunen. I årene som kommer vil vi følge med utviklingen i utgifter til de tre brukergruppene.

8.5.2 Utgiftene fordelt på brukergrupper for «Bjørnafjorden» 2019

Os og Fusa hadde i 2019 samlede utgifter til pleie og omsorg på 712 millioner kroner (jf. Tabell 8-10). Utgiftene var fordelt på 500 millioner kroner for Os og 213 millioner kroner for Fusa. I

samarbeid med kommunen er utgiftene for de to kommunene fordelt på tre brukergrupper. Tabellen viser også fordelingen på tre brukergrupper for Os for perioden fra 2105 til 2018.

Tabell 8-10 Bruttoutgifter 2015-2019 fordelt på tre brukergrupper for kommunene som utgjør Bjørnafjorden fra 2020. Millioner kroner og prosent

Gruppe	Bruttoutgifter, Milloner kroner					Bruttoutgifter, Prosent				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
I alt					712					100 %
- Os	311	346	381	431	500	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Fusa					213					100 %
Eldre mv					396					56 %
- Os	170	181	202	233	276	55 %	52 %	53 %	54 %	55 %
- Fusa					120					56 %
Funksjonshemmede					253					36 %
- Os	109	119	131	144	167	35 %	34 %	34 %	33 %	33 %
- Fusa					86					41 %
Psykisk helse					63					9 %
- Os	32	45	49	54	56	10 %	13 %	13 %	13 %	11 %
- Fusa					7					3 %

I 2019 gikk litt over 56 prosent av utgiftene til gruppen eldre mv., 36 prosent av utgiftene til funksjonshemmede og 9 prosent av utgiftene til psykisk helse. Størst forskjeller mellom kommunene var det for andelen av utgiftene som går til psykisk helse og funksjonshemmede. Fordelingen på brukergrupper for Bjørnafjorden er ikke så langt unna tilsvarende fordeling for Indre Østfold.

I Os har det vært en betydelig vekst i utgiftene til alle brukergrupper. I 2019 ble det brukt rundt 20 mill. kr av fondet som er etablert med tilskuddsmidler fra de første årene i forsøket. I 2020 ligger det an til å bruke 30 mill. kr av dette fondet.

Utgiftene til institusjon gikk opp i 2019 som følge av at en avdeling ble hjemlet om fra omsorgsbolig til institusjon. Som tidligere nevnt har det samme skjedd også i Stjørdal.

Også i Bjørnafjorden blir det interessant å se hvordan den felles praksisen for de to kommunene utvikler seg.

8.6 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)⁵⁴ beskriver kravene til bruken av midler som følger:

⁵⁴ Helsedirektoratet (2018): «Regelverk for tilskuddsordning: Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.»

«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»

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. Videre beskrives det nærmere hva de forsøkskommunene har avsatt i fond, og hva de har brukt fondsmidlene til.

8.6.1 Stjørdal

Som beskrevet i både denne og tidligere rapporter har Stjørdal hatt en stram økonomisk styring av tjenestene, og har derfor vært i posisjon til å opparbeide seg solide overskudd fra forsøket hvert år de har deltatt. Stjørdals strategi har vært at ubrukte midler fra forsøket skulle inngå i finansiering av helsehus. Stjørdal fattet kommunestyrevedtak om 22. november 2018 om midler fra forsøket skulle bidra med 162,7 mill. kr i finansieringen av helsehuset og andre investeringer. Stjørdal opplyser om følgende avsetninger til fondet per år, jf. Tabell 8-11. Dersom avsetning i 2020 blir omtrent som budsjettet vil Stjørdal oppnå kommunestyrets mål.

Tabell 8-11: Avsetning i fond 2016-2020, Stjørdal kommune

År	Avsetning til fondet i mill. kr
2016	0,9
2017	54,0
2018	39,5
2019	31,1
2020 (budsjettet)	40,0
Samlet	165,5

8.6.2 Os/Bjørnafjorden

Tidligere Os kommune har i likhet med Stjørdal hatt betydelige overskudd fra forsøket. Som beskrevet tidligere har kommunen fortløpende investert disse iblant annet hjelpemiddellager, kompetansetiltak, velferdsteknologi og investeringer knyttet til det nye og gamle sykehjemmet.

Kommunens plan for bruk resten av forsøksmidlene fra første del av forsøket er beskrevet i notat av 11. juni 2020 til kommunestyret: *vedlegg til sak 74/2020 om disponering av sio-midler*. Kommunen har ca. 30 mill. til overs fra første del av forsøket som foreslås fordelt på følgende poster.

- Ca 15 mill. kr: dekning av merkostnader forbundet med håndtering av koronaviruset
- Ca: 8 mill. kr: investeringer i bygg og teknisk infrastruktur
- Øvrig: kompetanseheving, prosjekter, utstyr mv.

Kommunen har også avsatt 29,3 mill. kr fra andre del av forsøket, altså perioden mai-desember 2019 – som er planlegges brukt til drift når forsøket avsluttes i 2023. Det er foreløpig uklart hvorvidt 2020 vil gi grunnlag for avsetninger i fond.

8.6.3 Lillesand

Lillesand har ikke hatt overskudd i samme størrelsesorden som Stjørdal og tidl. Os. Overskudd fra forsøket som ikke har brukt i løpet av året har blitt satt inn på et fond. Ved utgangen av 2018 var fondet på 13,6 mill. kr., mens det gjennom 2019 ble redusert til 4,8 mill.kr. ⁵⁵

8.6.4 Hobøl

Som beskrevet i tidligere rapporter hadde Hobøl i liten grad overskudd fra forsøket som var store nok til å bygge opp fond. De ekstra inntektene gikk i stor grad med til å styrke tjenestene på ulike måter. Hobøl hadde 4 mill. kr i midler fra forsøket avsatt i fond ved utgangen av 2018, som ble disponert i løpet av 2019, som også var det avsluttende året i forsøket for Hobøls del.

⁵⁵ *Lillesand kommune. Årsberetning 2018.* Hentet fra <https://www.lillesand.kommune.no/Global/Dokumenter%20og%20planer/Årsberetninger/Lillesand%20kommune/2018/Årsberetning%202018.pdf>.

9 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 10 diskuteres det hvilke deler av forsøket som har bidratt til de ulike virkningene.

Funnene er i stor grad sammenfallende med resultatene som ble dokumentert i evalueringsrapporten fra 2019. Begrunnelsen av de ulike hypoteser vil bygge videre på fjorårets vurderinger, og supplere eller justere der ny informasjon tilsier det.

9.1 Hypotese 1: Forsøket gir likere tildeling og tjenester mellom forsøkskommunene

I evalueringsrapporten for 2019 skrev vi at forsøket sannsynligvis har gitt likere tildeling og tjenester både mellom A-kommunene og innad i hver kommune. Dette var basert på at kommunene har innført en mer likeartet måte å tildele tjenester på, og at de nærmet seg hverandre når det gjelder sammensetning og nivå på enkelte tjenester. Det er ingen tydelig tegn til at disse tendensene har fortsatt det siste året for de kommunene som har vært med siden 2016. Mye av de observerte endringene skjedde i starten av forsøket, og det at tildelingsarbeidet har blitt styrket står som et solid funn også nå. Når det gjelder likere tjenestenivå mellom kommunene er det imidlertid mulig – som antydnet også i 2019 - at en del av effekten kan skyldes mer likeartet *koding* av tjenestene, heller enn endringer i selve tjenesten. Gjennomgang av de konkrete brukersakene viser også at likebehandling kan være krevende å oppnå, og også styres av forhold som ligger utenfor forsøket.

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 var opprinnelig forpliktet⁵⁶ 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. Disse funnene er imidlertid ikke like tydelige som de var i 2019:

- ▶ 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

⁵⁶ Denne forpliktelsen gjelder ikke lengre, men den tidligere forpliktelsen har naturlig nok påvirket hvordan kommunene har organisert tildelingen i dag.

timer per bruker/uke, mot 10,6 i landet som helhet). Konvergensen skjedde først og fremst tidlig i forsøket, som kan indikere at ny måte å kode tjenestene på som følge av finansieringsmodellen var en viktig forklaring. Det er få tegn til konvergerende tjenestenivå hvis man ekskluderer de første delene av forsøket.

- ▶ Utgifter til de tre hovedtypene brukergrupper så 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, og slik sett ikke tilskrives forsøket.

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. Den gjennomgående beskrivelsen har vært at forsøket har gitt bedre struktur i tildelingen av tjenester, og at kompetansen har økt. Noe av denne effekten kom imidlertid fra kravet om å innlemme tildeling for alle relevante tjenester i tildelingsenheten. Dette var særlig merkbart på området rus og psykiatri som ofte hadde sin egen praksis for å tildele tjenester.
- ▶ Spørreundersøkelsen til ansatte gir en mer blandet beskrivelse av likhet i tildelingen. Når det gjelder spørsmålet om de opplever at det er likebehandling i tildelingen av tjenester er det ingen økning siden 2016, og samtlige forsøkskommuner scorer lavere på dette i 2020 enn 2019. Kommunene har imidlertid vurdert andre nærliggende tema mer positivt, slik som enhetlige og faste rutiner, og bruk av kartleggingsskjema.

Samlet sett er det altså noen faktorer som kan indikere at kommunene tildeler likere tjenester, og får en mer likeartet tjenestesammensetning. Samtidig, de fleste endringene skjedde i innledningen av forsøket, og noe kan også skyldes forhold som ligger utenfor forsøket. Lik tildelingspraksis kan også tolkes ulikt. En måte å tolke det på er at systemene for tildeling er lik, for eksempel at saksbehandlingspraksis og bruk av verktøy er felles for kommunene. En annen måte å tolke det på, og som kan være grunnlaget for at de ansatte i liten grad svarer at kommunen er blitt bedre på likebehandling, kan være at tildeling og utmåling av tjenester i enkeltsaker er like på tvers av (lignende) saker. Vi har indikasjoner på at brukernes eller pårørendes kunnskap om tjenestesektoren, kompetanse på egne rettigheter og evne til å argumentere for sin sak, kan ha betydning for tjenestetildeling. Sånn sett, vil tjenestetildelingen i saker som ligner kunne variere fra tildeling til tildeling, og forklare hvorfor de ansatte i liten grad opplever at likebehandling har bedret seg.

9.2 Hypotese 2: Forsøket gir riktigere behovsdekning for innbyggerne

Som beskrevet både i denne rapporten – og i 2019 – tyder funnene 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 i flere år også hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle tjenestene, blant annet lavterskeltjenester, hverdagsrehabilitering og ulike kvalitetshevende tiltak. Det som er nytt av 2020 er at kommunene nå gjør en ny vurdering av bærekraftigheten til ulike lavterskeltiltak, for å komme på bærekraftig nivå når de skal ut av forsøket igjen. Brukersakene gir mange eksempler på god og

mindre god behovsdekning både i forsøks- og kontrollkommuner, men gir ikke grunnlag for å fastslå at forsøkskommunene faktisk dekker behovene bedre.

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, og intervjuer og gjennomgang av brukersaker i 2020 tyder på at dette er praksis som har blitt internalisert som den måten man arbeider på. I dette ligger det blant annet økt bruk av hjemmebesøk, og to ansatte som er med og kartlegger. Selv om de rene årsverkstallene innen tildelingsenhetene ser ut til å reduseres i 2020, har dette mer å gjøre med at noe av tildelingsarbeidet innlemmes inn i tjenestene heller enn at de ligger til en sentral enhet.
- ▶ 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, heller enn at brukerne søkte direkte på bestemte tjenester. Denne 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». Selve tilnærmingen er ikke unik for forsøkskommunene, og blir trukket fram i de fleste kontrollkommuner også. Forsøket har imidlertid gitt en ramme som har gjort at det har blitt satset med målrettet på dette. Dette trekkes blant annet fram av informantene fra Selbu (som er nye i forsøkets A-modell), at fokus har blitt skiftet fra hvem som har mest behov for sykehjemsplass, til at sakene ses opp mot flere virkemidler og at tildelingen har en mer tverrfaglig inngang. Enkelte informanter trekke fram at de i mindre grad må vektlegge økonomiske hensyn i tildelingen av tjenester.
- ▶ 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. Imidlertid ser svarene i 2020 ut til å score litt lavere enn i 2019 på spørsmålene som lader på brukermedvirkning, som hvorvidt 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:

- ▶ I gjennomgang av brukersakene er et gjentagende tema terskelen for å komme i kontakt med og formidle behov til kommunen. I situasjoner hvor bruker har varierende funksjonsnivå (f.eks. demens) er bruker ofte avhengig av andre (f.eks. fastlege) for at kommunen skal identifisere behovet. Slike eksempler er identifisert i både forsøks- og kontrollkommuner.
- ▶ 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. Flere informanter som melder om økt økonomisk handlingsrom til å etablere nye eller styrke eksisterende tjenester, som kanskje ikke ville blitt prioritert uten forsøket. Det kan virke som om denne trenden kan være i ferd med å snu i forsøkskommunene. Stjørdal, Bjørnafjorden og Lillesand orienterer seg nå mot å kunne gå ut av forsøket med forsvarlige

økonomiske rammer. For eksempel planlegger Bjørnafjorden å analysere de ulike lavterskeltilbudene for å se om de er økonomisk bærekraftige på sikt, og Stjørdal vurderer om en del av tiltakene kan heller kan drives av frivillige, og om stillingene som hjemreisekoordinator lar seg forsvare.

- Informantene trakk i 2019 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 tidligere Os.

Som påpekt også i fjorårets rapport er det 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 riktige 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, eller tiltak som det satses på i forsøket (f.eks. hverdagsmestring), slik som det legges opp til i forsøket, har imidlertid vært tilfreds med dette.

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. Selv om ikke våre kartlegginger av brukernes opplever tildeling og tjenester som vesentlig forbedret, uten at tjeneste gir entydige svar på om forsøket gjør at kommunene kan dekke deres behov bedre, avviser ikke dette nødvendigvis hypotesen.

9.3 Hypotese 3: Forsøket gjør at kommunene prioriterer mer lønnsomme tjenester

Som i 2019 finner vi få tegn til at det har skjedd en systematisk vridning fra tjenester som er «ulønnsomme» for forsøkskommunene, herunder tjenester som ikke utløser statlig finansiering.

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. Generelt har det skjedd få endringer i aktivitetstilskuddene fra 2019 til 2020, så funnene er i stor grad de samme som i fjorårets rapport.

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 økte 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).⁵⁷ Disse diskusjonene reflekteres blant annet i

⁵⁷ Forutsatt dagtid i bolig, praktisk bistand til daglige gjøremål. Kilde: Finansieringsmodell for forsøket: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/statlig-finansiering-av->

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. Selbus aktivitetstilskudd for helsetjenester i hjemmet (sammenlignet med praktisk bistand) i 2020 eksemplifiserer dette⁵⁸. De ligger relativt høyt sammenlignet med landssnittet, men vi har ikke informasjon som tilsier at dette er en bevisst vridning mot lønnsomme tjenester, eller en bevisst unnlattelse av å kategorisere vedtakene til en mindre lønnsom kategori. Diskusjonene rundt dette 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 med døgnprisen⁵⁹.
- ▶ 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. 9.2 bygget opp en rekke lavterskeltilbud. Mange av disse er ikke stykkprisfinansiert men finansieres gjennom rundsumtilskuddet, som ligger fast uavhengig av tjenestenivå. Selv om disse tiltakene i 2020 i økt grad har blitt gjenstand for diskusjon, tolker vi det dithen at det først og fremst dreier seg om å etablere en bærekraftig økonomi etter forsøket.
- ▶ 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, mens den var 1,2 prosent i motsatt retning i 2019.⁶⁰ 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.

omsorgstjenester/Finansieringsmodell%20for%20omsorgstjenester.pdf/_attachment/inline/cfd94cfe-701b-495c-939c-398eac62e41a:4658ad3583a17bbee5ba3d019e2aed4881c11fd9/Finansieringsmodell%20for%20omsorgstjenester.pdf

⁵⁸ Vi er også kjent med at Selbu er i ferd med å endre/revurdere en del av tjenestene definert som helsetjenester i hjemmet. Dette kan bety at vi neste år vil se tall for helsetjenester i hjemmet som er nærmere andre kommuner.

⁵⁹ Finansieringsmodell for omsorgstjenester utgitt av Helsedirektoratet desember 2018. Kap. 7.2.1 Særskilt behov for beboere i institusjon.

⁶⁰ 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.

9.4 Hypotese 4: Forsøket gir høyere utgifter for kommunen

Kommunene hadde i første del av forsøket økte utgifter, men med stor variasjon mellom kommunene. Stjørdal og Hobøl hadde beskjedne kostnadsvekst, mens økningen var betydelig i Lillesand og Os. Kommunenes primære fokus når det gjelder økonomi ser ut til å sikre en økonomi i balanse når forsøket er over, både for pleie- og omsorgstjeneste og kommunens øvrige tjenester. I planene som nå blir lagt drar kommunene nytte av den økte innsikten i kostnadene som forsøket har gitt. En utilsiktet konsekvens av finansieringsmodellens innretning har imidlertid vært lekkasje til andre sektorer i kommunen, som har fått økte rammer på grunn av hvordan uttrekket er gjort.

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 skaper 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 inntektspåslag 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. 9.3 har kommunene hatt en økning i bruttoutgifter i perioden 2016-2018 som overstiger endring i aktivitet, noe som tyder på at enhetskostnadene øker. Utviklingen kan være et resultat av kravet om at midlene skal brukes opp i løpet av perioden, og at kommunene legger mindre vekt på økonomistyring enn før. Økningen i bruttoutgifter per oppholdsdøgn på institusjon har 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 kvalitetshevende 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. Os kommune anslår at de har brukt 20-30 mill. kr ekstra årlig på kompetanse hevende tiltak og utstyr. 2019-tallene tyder imidlertid på at kommunene har strammet inn, med den konsekvens at bruttoutgiftene har vokst mindre enn aktivitetsnivået.
- ▶ 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. 8.1 og 8.2 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). Dette har i liten grad blitt tematisert eller anerkjent av kommunene i intervjuene før i 2020.
- Videre finnes det eksempler på at kommunene gjennom interne kostnadsfordelingsmekanismer indirekte overfører midler til de andre sektorene. Disse mekanismene innebærer en risiko for et forbruk i resten av kommunen som ikke er bærekraftig etter forsøket.
- ▶ Informanter i tre av fire A-kommuner (tidl. Os, tidl. Hobøl og Lillesand) har i tidligere intervjuer trukket fram ulike eksempler på at det er lettere å bruke penger når kommunen deltar i forsøket. Informantene har tidligere uttrykt en opplevelse av at budsjettene ikke er like stramme og at det derfor er økt handlingsrom til for eksempel å sette i gang lavterskeltiltak, bruke vikarer, dra på kurs og kjøpe nytt utstyr framfor å bruke gammelt. Dette inntrykket var i mindre grad gjeldende i 2020, og alle kommunene ser nå etter strategier for å redusere kostnader fram mot utgangen av forsøket.
- ▶ I perioden fram til 2019 var mange opptatt av å trekke 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, og at det lå en økonomisk gevinst i dette. I 2020 vurderer imidlertid alle de gamle forsøkskommune (Bjørnafjorden, Lillesand og Stjørdal) hvorvidt disse en eller flere av lavterskeltjenestene faktisk er lønnsomme og bærekraftige, og om noen eventuelt skal avvikles.

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, også i årets kartlegging. Andelen med hjemmetjenester er redusert fra 33,3 prosent i 2015 til 31,6 prosent i 2019, og på institusjon fra 10,1 prosent i 2015 til 9,1 prosent i 2019. Reduksjonen er tilsvarende det som gjelder for landet, og kan henge sammen med større demografiske endringer og endringer i tildelingspraksis også i resten av landet. Unntaket her er tidligere Os kommune, hvor andelen som mottar tjenester har vært på et konstant høyt nivå, samtidig som landet som helhet har gått ned.
- ▶ Svært mange informanter i kommunene er bevisste om 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. En slik bevissthet kan bidra til at kommunene har vært tilbakeholdne med å ikke gi for mange og kostbare tjenester. I løpet av 2020 har kommunene også blitt mer bevisste på hvilke innstramminger som er nødvendig når forsøket er over. Innsparingene vil kunne få betydning både for tildelingen av tjenester og organisering av driften. Erkjennelsen om at forsøket en dag er over er altså ikke nok. I praksis har de økte inntektene også gitt et nivå på kostnadene er høyere enn inntektene rammefinansieringen vil gi. I 2020 blir altså intensjonene ved inngangen til forsøket fulgt opp av praktisk handling. Denne utviklingen forsterker inntrykket av at kommunene agerer annerledes i et tidsavgrenset forsøk enn de ville gjort i en permanent situasjon.

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 er i stor grad begrunnet i demografien i kommunen og overskudd som må brukes opp. Informantene i kommunene har i hele perioden 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). I kommunene har de økte inntektene blitt satt på fond eller investert i ulike tiltak slik som institusjonslokaler, velferdsteknologi, kompetanseheving mv. Planen er at disse tiltakene primært vil være engangskostnader som ikke videreføres. I praksis vil det nok også være nødvendig med innsparinger i driften når forsøket er over.

9.5 Hypotese 5: 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. Det har også vært bemerkelsesverdig lite oppmerksomhet i kommunene fram til 2020 rundt forsøksmidler som har økt budsjetttrammene til andre deler av kommunen.

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. I evalueringsrapporten for 2019 ble det vektlagt at styringsgrunnlaget var blitt bedre, det vil si *muligheten* til å styre tjenestene bedre.

Det er imidlertid enkelte forhold som tyder på at økonomistyringen på noen områder har blitt svekket, noe som det også har vært økt oppmerksomhet rundt i 2020:

- ▶ Som dokumentert i 2019 opplevde ledere i utførerenheter i hhv. tidl. Os og Lillesand opplever mindre kontroll over eget budsjett enn tidligere, og at budsjettene i praksis blir «mykere». Mangelen på budsjett disiplin i utførerenhetene ble i større grad problematisert i 2020, ettersom det er de langsiktige budsjettene som skal legge grunnlaget for kommunens økonomi når forsøket avsluttes..
- ▶ I 2020 har det blitt økt bevissthet rundt forsøkets økonomiske konsekvenser for andre deler av kommunen, som i forsøket har nytt godt av «demografiveinsten» illustrert i Tabell 8-3. Bjørnafjorden har blant annet brukt et eksternt firma til å visualisere de økonomiske konsekvensene forsøket har hatt for andre deler av kommunen (og Stjørdal vurderer å gjøre det samme). Det at andre sektorer tilsynelatende har kunne øke sine budsjetter «ubemerket» innenfor rammene av forsøket kan indikere at innsikten om de økonomiske konsekvensene av forsøket ikke er enhetlig forstått i hele kommunen.
- ▶ Flere informanter ga i 2019 uttrykk for at pengene som har fulgt med forsøket har gitt en rausere holdning til det å bruke penger, for eksempel når det gjaldt kursing, lavterskeltiltak eller innkjøp av utstyr.

Likevel er det viktig å ikke ignorere gevinstene fra forsøket – dokumentert også tidligere – knyttet til bedre styringsgrunnlag:

- ▶ 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 omkodning 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. Også i 2020 trekkes denne innsikten fram som en styrke.
- ▶ 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 utførerenhetene 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 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.

9.6 Hypotese 6: 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. I 2020 er det fortsatt bred konsensus om at dette er den viktigste effekten av forsøket. Både praktiske eksempler fra brukersaker og informantenes utsagn tyder på at den nye arbeidsmetodikken i økt grad har blitt internalisert og skjer mer automatisk.

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, og dette står seg også i 2020. Særlig i Selbu, som er ny i den delen av forsøket som inkluderer endret arbeidsmetodikk, opplever merkbar forbedring i hvordan tildelingsenheten arbeider, med økt tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning.

Det er mange funn som trekker i retning av at kommunens kompetanse har økt. Disse ble også dokumentert i 2019 og gjelder fortsatt, med enkelte justeringer i 2020:

- ▶ 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 de 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

I de «gamle» forsøkskommunene har det imidlertid vært en nedgang fra 2019 til 2020, men vi vurderer ikke at dette sår tvil om læringseffekten av forsøket siden denne allerede er dokumentert over flere år i de samme kommunene.

- ▶ Eksempler fra gjennomgang av konkrete brukersaker kan tyde på at arbeidsmetodikk (med samtaleguide mv) praktiseres mer fleksibelt enn tidligere, og at de ansatte har fått den mer «under huden».
- ▶ Os, Stjørdal og Lillesand har igangsatt eller trappet opp eksisterende satsinger innen velferdsteknologi. Midlene fra forsøket trekkes fram som avgjørende for dette. Disse satsingen har gradvis blitt flere og mer konkrete gjennom forsøksperioden.
- ▶ 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. Vår egen gjennomgang av et utvalg vedtak nyanserer imidlertid dette bildet noe: 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.

10 Oppsummering og vurdering

Dette kapitlet oppsummerer effektene av forsøket som har blitt presentert og diskutert i de foregående kapitlene. Videre gjøres det en vurdering av hvilke deler av forsøket som har forårsaket disse effektene. Avslutningsvis vurderes det i hvilken grad funnene kan generaliseres til en situasjon der statlig finansiering og de andre kravene i forsøket var del av en permanent nasjonal ordning.

10.1 Hvilke effekter har forsøket hatt?

Effektene av forsøket er analysert i kapittel 9, hvor hypotesene testes systematisk opp mot de ulike delene av datagrunnlaget. Oppsummert viser denne gjennomgangen:

Likere tildeling og tjenester. Forsøket har sannsynligvis gitt noe 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 innledningsvis hverandre når det gjaldt sammensetning og nivå på tjenestene, selv om tendensen ikke er like tydelige i 2020. Som tidligere tar vi 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, og potensielt også innad i hver kommune.

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 fokuset i 2020 har flyttet seg mot å redusere tjenester heller enn å utvikle nye. Brukersakene gir ikke entydige svar på om behovsdekningen er riktigere eller ikke.

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. I den grad kommunene har tilpasset seg taktisk til forsøket, har det handlet om å bruke opp eventuelle overskudd innen fristen.

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 utviklingen i kostnadsveksten skyldes trolig økning i behovet eller særegne forhold for de respektive kommunene. Mange kostnader kan også forklares ut fra at forsøksmidlene har blitt investert i ulike tiltak (kompetanse, utstyr mv) som dukker opp på driftsbudsjettet. Ingen av kommunene ser ut til å ha tildelt tjenester mer generøst, men enhetskostnadene ser ut til å øke flere steder.

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. Det har også vært lite bevissthet rundt de økonomiske effektene på forsøket har hatt på de andre sektorene i kommunene.

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 brukermedvirkning, kartlegging og vedtak. Det er også eksempler på at den nye arbeidsmetodikken har blitt internalisert og i mindre grad enn tidligere er avhengig av de ulike støtteverktøyene som ble utviklet i starten av forsøket.

10.2 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 10-1 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 10-1 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
Bedre styring av tjenestene	Stor effekt	Mulig negativ effekt	Middels/stor effekt	Middels/stor effekt
Styrket kompetanse i kommunen	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt

10.2.1 Hvilke intervensjoner består forsøket av?

Slik vi vurderer det består intervensjonen som forsøket utgjør av følgende fire deler:

Endret finansieringsmodell. Helse- og omsorgstjenester i forsøkskommunene har i stor grad blitt finansiert gjennom enhetspriser for ulike tjenester. Dette har erstattet kommunens tidligere utgifter til helse og omsorg. I tillegg har de blitt gitt et inntektspåslag gjennom forsøket. For analysens del opererer vi med to separate effekter av finansieringsmodellen:

- ▶ **Innretning av finansieringsmodell.** Ved å (delvis) finansiere tjenestene gjennom enhetspriser vil de økonomiske insentivene til hvilke tjenester man tildeler og hvordan tjenestene utformes, endre seg.
- ▶ **Økte økonomiske rammer.** Finansieringsmodellen har fungert slik at den gjennomgående har gitt forsøkskommunene økte økonomiske rammer. Overskuddene som er generert har ikke kunnet brukes i andre sektorer⁶¹. Dette kan ha konsekvenser som potensielt er ulike fra konsekvensene som følger av endret insentivstruktur.

3. Krav til tildelingsprosessen. Forsøkskommunene har måttet tilfredsstillende en rekke krav til tildeling av tjenester, og de har fått nye verktøy å bruke i dette arbeidet.

⁶¹ Som beskrevet flere andre steder i rapporten har forsøket likevel gitt økonomiske gevinster for andre deler av kommunen.

4. Kompetanseutvikling. 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.

10.2.2 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. Det at økt likhet i tjenestene primært skjedde tidlig i forsøket kan tyde på at en del av effekten skyldes bedre dokumentasjon og riktige kategorisering av tjenestene.

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.

10.2.3 Hva kan forklare riktigere behovsdekning?

Vi mener at styrkingen av tildelingsfunksjonen og økte økonomiske rammer er de viktigste grunnene til behovsdekning beveger seg i en retning som framstår riktig. Styrkingen består av en kombinasjon av kompetansehevede tiltak, tydelige krav til arbeidsmetodikk og styrking av kapasiteten innen tildeling. Videre har kommunene hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle tjenester som utvider kommunenes tjenestetilbud, f.eks. nye tiltak innen forebygging og hverdagsrehabilitering.

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.

10.2.4 Hva kan forklare at kommunene ikke systematisk prioritering av lønnsomme tjenester?

Vår vurdering er at kommunene 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 forsøkskommunenes 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.

10.2.5 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.

10.2.6 Hva kan forklare endringer i styring?

Vår vurdering i forrige rapport var at bedre styringsgrunnlag var den viktigste effekten av selve 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.

Selv om det å etablere dette oppsettet – som var nødvendig og påkrevd for å bruke finansieringsmodellen – ble beskrevet som krevende, er de fleste enige om at det har gitt store gevinster. Det å gå gjennom samtlige vedtak, arbeide målrettet med datakvalitet og integrere tjenestene så tett mot økonomistyringen er et tungt administrativt løft, som også må følges opp kontinuerlig. 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. På grunn av finansieringsmodellen og kravene i forsøket ble både engangsjobben og oppfølgingen prioritert i forsøkskommunene. 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.

Selv om forsøket har gitt mer innsikt i tjenestene og slik sett økt *muligheten* til å styre, ser det likevel ut til at *viljen* til å styre kanskje har avtatt i noen kommuner. Kostnadskontrollen har delvis stoppet opp i enkelte tjenester. Vi vurderer at dette først og fremst handler om at det har fulgt store beløp med forsøket, kombinert med krav om å bruke opp pengene innen en gitt tid.

10.2.7 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 faste og prosjektstillinger).

10.3I 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.

10.3.1 Lavt antall deltakerkommuner

En svakhet med tanke på overføringsverdi er det lave antallet deltakerkommuner. Kun fem kommuner har deltatt i forsøket til nå⁶². Det lave antallet gjør at det er vanskeligere å trekke slutninger om forsøkets egentlige virkninger, siden utvalget da er mer sårbart for tilfeldigheter. Eksempelvis ser vi at Bjørnafjordens utvikling i tjenester har vært sterkt preget av åpningen av sykehjemmet og det oppdemmede behovet som var knyttet dette.

⁶² Hvis man holder utenfor Spydeberg som kun har deltatt i modell B.

Kommunene som deltar i forsøket er alle små eller mellomstore kommuner, mens ingen større byer er representert. Dette gjør kommunene som analyseobjekt sårbare for tilfeldigheter, siden enkeltpersoner blant ansatte eller brukere kan påvirke kommunenes tjenester mye.

10.3.2 Potensiell utvalgsskjevhet

En tilgrensende problemstilling er knyttet til utvalgsskjevhet, siden kommunene selv har søkt seg inn i forsøket.

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.

10.3.3 Tidsavgrensning

Kommunene som deltar i forsøket, har i forsøksperioden vært innstilt på at forsøket skulle avsluttes og at kommunens helse- og omsorgssektor da skulle gå tilbake til ordinær rammefinansiering over kommunens budsjetter. Først var kommunene innstilt på å avslutte i 2019, men dette ble senere forlenget gjennom utvidelsen av forsøket.

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.

10.3.4 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.⁶³ 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. Dermed kan det være at forsøkskommunene har klart å mobilisere mer støtte i organisasjonen enn den gjennomsnittlige norske kommunene som skulle implementert en slik ordning permanent.

⁶³ Effekten av selve oppmerksomheten som følger av det å bli observert omtales ofte som Hawthorne-effekten.

10.3.5 Utgiftsnivå for staten

Som beskrevet blant annet i kapittel 8.1 har finansieringen av forsøket utgjort en betydelig kostnad for statens del. Finansieringsmodellen som har vært benyttet i forsøket kan derfor beskrives som raus for alle kommuner som har deltatt til nå. Det må understrekes at effektene som er påvist så langt i forsøket ville 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.

11 Vedlegg

VEDLEGG 1: Intervjuguide brukere

Si noe om deg selv, om prosjektet, hvordan vi behandler opplysninger og hva opplysningene skal anvendes i rapporten (anonymitet). Få signert samtykke.

- 1) Kan du fortelle kort om bakgrunnen for at du har søkt om/mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen? Hva var det som gjorde at du hadde behov for hjelp/tilbud/tjeneste fra kommunen? Hva ønsket du hjelp til / hva hadde du behov for?
Svar:

5.

- 2) Hvilke(n) bistand/tjeneste(r) mottar du fra kommunen i dag?

Svar:

7.

- 3) Hvem kontaktet du for å få bistand fra kommunen? Var det noen som hjalp deg med å kontakte kommunen?

Svar:

9.

- i. Sendte du søknad til kommunen?

Svar:

- ii. Hvis ja, fikk du hjelp til å skrive søknaden? Av hvem?

Svar:

12.

- iii. Hvis nei, hvem tok kontakt med kommunen for at du skulle få tjeneste? Spes.helse, fastlege, kommunen, andre?

Svar:

14.

- 4) Har du hatt noen kontakt med kommunen etter at du søkte om tjenester? Hvilken type kontakt, og hvordan opplevdes denne kontakten?

Svar:

5) Har du , i møte/dialog med kommunen (hjemme eller andre steder), blitt spurt om I om din situasjon, dine ønsker og dine behov?

Svar:

6) Har noe fra kommunen stilt spørsmålet: Hva er viktig for deg?

Svar:

7) Opplever du at kommunen lytter til ønskene og behovene dine?

Svar:

8) Opplever du at du har fått medvirke i prosessene med å bestemme hva slags bistand/tjenester du skal få?

Svar:

9) Fikk du være med på å sette et mål for tjenesten? Står målet i det skriftlige vedtaket?

Svar:

22.

10) Opplever du at dine mål og ønsker legges vekt på i utførelsen av tjenestene?

Svar:

11) Opplevde du at personene som vurderte søknaden, hentet inn relevant informasjon fra tredjepart, slik som fastlege, pårørende eller andre, som var viktig for vurderingen av din søknad?

a. På hvilken måte gjorde de det?

Svar:

13)Har bistanden/tjenestene du får blitt formulert i et skriftlig vedtak?

Svar:

26.

14) Har du mottatt tjenester fra kommunen tidligere? Ja/nei

Svar:

28.

15) Alt i alt. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med kommunens håndtering av din siste søknad?
Svar:

16) Når du tenker på bistanden/tjenesten(e) du får fra kommunen samlet sett. I hvilken grad vil du si at dette dekker ditt (hjelp)behov?
Svar:

VEDLEGG 2: Intervjuguide saksbehandlere

Kartlegging av vedtak – saksprosess. Intervjuguide saksbehandlere

Intervjuguiden brukes i utgangpunktet for ett vedtak. Hvem som skal intervjuets, om det er én eller flere, avgjøres pr. sak. I praksis kan innholdet i intervjuet komme til å dreie seg om flere vedtak eller samlevedtak.

Både intervjuer og intervjuobjekt må ha det konkrete vedtaket foran oss enten på papir eller skjerm når intervjuet foregår. Vi må også ha samtaleguide, sjekklister og tildelingskriterier tilgjengelig.

Hvem blir intervjuet (rolle):

.....

Hvem gjennomførte intervjuet:

.....

Dato:

.....

.....

1. Beskrivelse og vurdering av saksgang

(Saksgang = Fra behov er kjent/meldt til underretning om vedtak er formidlet til part i sak)

Hva fungerte, hva fungert ikke, hva kunne vært gjort annerledes?

2. A. Beskrivelse og vurdering av kartleggingsprosessen: Verktøy i kartleggingsprosessen/log/samtaler med bruker/pårørende/sykehus etc.

Aktørenes evaluering av kartleggingen: Hva fungerte, og hva fungerte ikke? Hva kunne vært gjort annerledes?

2. B. I hvilke grad benytter dere dokumentene som er utarbeidet i forbindelse med SIO-prosjektet i kartleggingsprosessen: Tildelingskriterier, Samtaleguiden og Sjekkliste kartlegging- og utmålingsprosessen?

Dersom SIO-verktøyene brukes: Hvordan opplevde dere at disse verktøyene fungerte- hva var bra? Hva fungerte ikke så bra? Hva kunne med fordel vært annerledes hvorfor?

Dersom SIO-verktøyene ikke brukes: Hvilke verktøy benyttes i kartleggingsprosessen?

3. Samarbeid i kartlegging og tildeling (samarbeid mellom enheter/team i kommunen) Hvordan foregår dialogen og samarbeidet?

Aktørenes evaluering av dette? Hva fungerer godt, hvorfor? Hva fungerte ikke så godt, hva kunne vært gjort annerledes?

4. Ved utmåling av tjeneste:

Hva var hovedårsaken til at vedkommende fikk/ikke fikk det de hadde søkt om/meldt behov for/ønsket?

I hvilken grad opplever du at utmålt tjeneste er i tråd med hva bruker/part har uttalt å være viktig for seg (dvs. brukerens svar på "Hva er viktig for deg?")

5. Samarbeid i tildeling (dvs. samarbeid mellom enheter/team i kommunen)

Hvordan foregår dialogen og samarbeidet?

Aktørenes evaluering av dette: Hva fungerer godt, hvorfor? Hva fungerte ikke så godt, hva kunne vært gjort annerledes?

6. Opplever du at dette er en sak som har gått som forventet/normal saksgang, eller er dette en sak som avviker fra normal kartlegging og saksgang?

7. Er det noen relevante forhold ved denne saken vi ikke har belyst og som bør belyses?