



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

2021

HELSEDIREKTORATET

OPPDRAGSGIVER: Helsedirektoratet

RAPPORT NR: R-1020799-03

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

ANSVARLIG KONSULENT: Jonas Rusten Wang

KVALITETSSIKRET AV: Per Schanche

DATO: 14.12.2021

Forord

Dette er den sjette 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, og Hege Askestad i Agenda Kaupang, Rune Busch, Audun Gleinsvik og Ane Først Juel i Proba samfunnsanalyse, og Kari Sand, Kirsti Sarheim Anthun og Kjartan Sarheim 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 andre rapport i det som er utvidelsen av forsøket, som startet i 2019 og er planlagt fram til og med 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.

Mens denne rapporten ble skrevet ble det kjent gjennom prosessen med statsbudsjett at både avtroppende og ny regjering ønsket å avvikle forsøket fra og med 31.12.2021. Ettersom datainnsamlingen som ligger til grunn for denne rapporten skjedde før dette var kjent, er problemstillingene knyttet til en slik hurtig avvikling av forsøket i liten grad analysert.

Innhold

Forord	4
Innhold.....	5
1 Sammenheng	7
2 Bakgrunn for forsøket	10
2.1 Finansieringsmodell i forsøket	11
2.2 Tjeneste- og arbeidsprosesskriterier.....	13
2.3 Verktøy og kompetanse	13
3 Evalueringsdesign og metode.....	15
3.1 Mandat for evalueringsoppdraget	15
3.2 Evalueringsdesign	15
3.3 Hypoteser	16
3.4 Hvordan måle effekter av forsøket over tid?	19
3.5 Datainnsamling.....	21
4 Endringer i forsøkskommunene.....	22
4.1 Bjørnafjorden	22
4.2 Stjørdal	26
4.3 Lillesand	30
4.4 Selbu	34
4.5 Indre Østfold.....	38
4.6 Kort om de nye forsøkskommunene	41
5 Utvikling i tjenestene	42
5.1 Generell utvikling i tjenestene	42
5.2 Utvikling i en rekke enkelttjenester (BPA, avlastning, mv.).....	44
5.3 Ansattes vurdering av behovsdekning og omsorgstrapp	46
5.4 Andelen av utgiftene brukt på institusjon	47
5.5 Fagkompetanse i tjenestene	47
5.6 Årsverk i tjenestene.....	48
5.7 Andre indikatorer for tjenesteutviklingen	49
6 Utvikling i tildelingspraksis	50
6.1 Ansattes vurdering av tildelingsprosessen.....	50
6.2 Årsverk i tildelingsenheten	52
6.3 Gjennomgang av vedtak	53
6.4 Forsøkets betydning for brukeropplevelse	55
7 Økonomiske konsekvenser av forsøket	60
7.1 Statlige overføringer til forsøkskommunene	60
7.2 Utvikling i aktivitet og behov.....	67
7.3 Utvikling for kommunenes enhetskostnader	69
8 Oppsummering og vurdering	73

8.1	<i>Gir forsøket gir likere tildeling og tjenester mellom forsøkskommunene?</i>	73
8.2	<i>Gir forsøket riktigere behovsdekning for innbyggerne?</i>	74
8.3	<i>Hvilke andre effekter har forsøket hatt?</i>	76
8.4	<i>Hvilke deler av forsøket kan forklare effektene?</i>	79
8.5	<i>I hvilken grad kan effektene av forsøket generaliseres?</i>	82
9	Oversikt over vedlegg	85

1 Sammenheng

Denne rapporten er sjette rapport i følgeevalueringen av forsøket med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester, heretter kun omtalt som «forsøket».¹ Forsøket startet i 2016 og skulle opprinnelig avsluttes i 2019, men ble utvidet fram til utgangen av 2022. Forsøket blir nå imidlertid avsluttet i desember 2021.

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

Kommunene som evalueres i denne rapporten, er Bjørnafjorden, Lillesand, Stjørdal, Selbu og Indre Østfold, samt tidligere Hobøl. Intervensjonen som forsøket utgjør, består grovt sett av tre deler:

- ▶ **Statlig finansieringsmodell.** Helse- og omsorgstjenester har i stor grad blitt finansiert gjennom stykkpriser (aktivitetstilskudd) 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, og et rundsumtilskudd for å dekke faste kostnader.
- ▶ **Krav til tildelingsprosessen.** Deltagerkommunene har måttet tilfredsstille en rekke krav til tildeling av tjenester, og de har fått nye verktøy for 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 siden oppstart i 2016. 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 styrkede forutsetninger for likebehandling i tjenestetildelingen

Forsøkskommunene har måttet følge forsøkets praksis og verktøy for tildeling av tjenester. Bruken av verktøyene har forbedret saksbehandlingen knyttet til tjenestetildeling. Arbeidet har blitt styrket gjennom økt kompetanse og bedre dialog med brukerne. Dette tilsier at forutsetningene for likebehandling i tildeling av tjenester har blitt styrket.

I de første årene av forsøket så vi en tendens til likere tjenester både mellom forsøkskommunene og innad i hver kommune. Det betydde at omfanget av enkelte tjenester kom nærmere det som var vanlig i resten av landet. Denne effekten har avtatt over tid, og fremstår nå som mindre klar. Forklaringen kan være at virkningene av ny arbeidsmetodikk først og fremst ga seg utslag i starten av forsøket. Det kan også bety at noe av effekten skyldtes riktigere *koding* av tjenestene heller enn endringer i selve tjenesten. Det er med andre ord ikke gitt at forsøkskommunene vil bli likere over tid.

Forsøkskommunene har fått bedre forutsetninger for å tildele riktige tjenester ut fra brukernes behov

Det framstår som klart at forsøkskommunene har innarbeidet en grundigere og mer dialogbasert kartlegging av den enkelte brukers behov. De kartlegger et bredere spekter av brukerens situasjon, og mange benytter mer tverrfaglig kompetanse i kartleggingsprosessen. Kommunene har gjennom forsøket også hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle tjenestene, med et større mangfold av tjenester. Særlig har kommunene i forsøket startet opp tjenester i nedre del av omsorgstrappen, slik som hverdagsrehabilitering og ulike typer lavterskeltjenester. Forsøkskommunene har også hatt en sterk vekst i BPA, omsorgslønn og støttekontakt. Samlet sett tyder dette på at forsøket har gitt kommunene et bedre grunnlag for å tildele tjenester som dekker brukerens behov.

¹ Forsøket har blant deltagerne vært kjent under navnet SIO

Bedre styringsgrunnlag, men svakere styring

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

På tross av dette ser kostnadsstyringen ut til å ha blitt svakere i noen kommuner. Bjørnafjorden og tidligere Hobøl hadde en betydelig vekst i enhetskostnadene. Bjørnafjorden og Lillesand – som har deltatt siden 2016 – vil ha problemer med å komme i balanse når forsøket avsluttes. En viktig forklaring kan være at den såkalte demografi-gevinsten (omtalt nedenfor) ikke har vært tilstrekkelig hensyntatt i kommunene.

Forsøket har styrket kommunenes kompetanse

Alle kommunene har økt sin kompetanse gjennom deltagelsen i forsøket, og dette fremheves stadig 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 forbedringspotensial med tanke på hvordan vedtakene er utformet.

Kommunene har i liten grad latt seg påvirke av de økonomiske insentivene i finansieringsmodellen

Det vil være nærliggende å gå ut fra at en statlig finansieringsmodell med enhetspriser vil gi kommunene insentiver til å vedta flere og mer omfattende tjenester, og prioritere tjenestene med høyest lønnsomhet. Det er få tegn til at dette faktisk har skjedd. Økningen i aktivitetstilskudd i forsøksperioden har vært moderat og forklares av større behov som følge av demografi. Vi har heller ikke funnet indikasjoner på at det har skjedd en systematisk vridning mot tjenester som er lønnsomme for kommunene å tilby, kanskje heller det motsatte. Kommunene har hatt tydelige strategier om å ikke øke omfanget på tjenestene og ser ut til å ha klart å følge dette i stor grad.

Forsøket har gitt betydelige økte overføringer fra staten til kommunene

Sammenligning av statens tilskudd gjennom forsøket med det kommunene ellers ville fått som rammetilskudd (og tilskudd til ressurskrevende tjenester), viser at statens overføringer til forsøkskommunene har økt betydelig. De seks kommunene som har deltatt i den statlige finansieringsmodellen fra 2016–2021 (eller deler av denne perioden), har samlet fått 1,3 mrd. kr. i økte overføringer fra staten. Etter vår vurdering er det fire grunner at de økte overføringene har blitt så store:

1. «Demografivevinsten»: Denne effekten skyldes underjustering av uttrekket fra kommunenes rammetilskudd. Grunnen er at kommunene i forsøket har hatt høyere demografisk behovsvekst enn det som er lagt til grunn i justeringen av uttrekket. Den økonomiske effekten av dette anslås til å være over 500 mill. kr. Denne gevinsten har tilfalt øvrige sektorer i kommunen, ikke pleie- og omsorgssektoren.
2. Kommunene har gjennom forsøket fått en gevinst knyttet til at staten har dekket økningen i det som uten forsøket ville vært kommunenes egenandeler for ressurskrevende tjenester.
3. Lave enhetskostnader: Kommunene hadde opprinnelig lavere enhetskostnader enn satsene i forsøket. Det betyr at kommunene fikk mer fra staten enn det de før forsøket brukte på å produsere de ulike tjenestene.
4. Inntektspåslaget: 4 prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester ble gitt til kommunene som et inntektspåslag. Dette var en mekanisme som var forutsatt i forsøket, og som har finansiert merarbeid ved deltagelse og andre satsinger innen pleie og omsorg.

Staten har gjennom forsøket finansiert aktiviteten i kommunene, men økningen i aktivitet har vært mer moderat enn man kanskje skulle forvente. Veksten i aktivitetstilskudd samsvarer i hovedsak med den estimerte demografiske behovsøkningen. Det ser altså ikke ut til at kommunene tildeler mer omfattende tjenester enn før forsøket startet.

Alle kommunene har kommet økonomisk gunstig ut av forsøket, og brukt midlene på ulike tiltak for å styrke tjenestene, slik som kompetanseutvikling, lavterskeltiltak og velferdsteknologi/hjelpemidler. Bjørnafjorden 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 demografi-gevinsten som er omtalt over. Dette er et vesentlig ankepunkt mot treffsikkerheten til forsøket.

De store overføringene gjennom forsøket er hovedforklaringen på at noen av kommunene vil ha utfordringer når forsøket nå avsluttes.

Kompetanseheving, krav til tildelingsprosessen og økte økonomiske rammer har hatt større effekt enn selve 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. Finansieringsmodellen har først og fremst hatt 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 løpet av forsøksperioden. Finansieringsmodellen har imidlertid forutsatt endringer knyttet til vedtakspraksis og rapportering som har bidratt positivt til forståelsen og styringen av tjenestene.

Resultatene fra forsøket kan ikke generaliseres til en permanent nasjonal ordning

Vi viser i denne rapporten til en rekke effekter for forsøkskommunene. Det er av flere grunner krevende å generalisere resultatene fra dette forsøket til en tenkt situasjon der forsøket gjøres til en permanent ordning for landet eller en større gruppe kommuner.

- ▶ Forsøket har vært tidsavgrenset, først til 2019, deretter til 2022. Mange av kommunenes egne refleksjoner og faktiske handlinger reflekterer nettopp dette. I tidlig fase av forsøket var kommunene opptatt av å bruke opp de øremerkede midlene før de «utløp», mens senere har forsøkskommunene gjort prioriteringer med mål om å komme i budsjettbalanse ved avslutning av forsøket. Flere av kommunene med kortere deltagelse i forsøket har valgt å skjerme hele pleie- og omsorgssektoren fra de økonomiske virkningene av forsøket. 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. Alt dette er prioriteringer som neppe ville vært til stede i en situasjon med permanent statlig finansiering.
- ▶ Forsøkskommunene har – med unntak av Selbu – vært kommuner med lave opprinnelige enhetskostnader og høy demografisk behovsvekst. Denne kombinasjonen har gjort at kommunene har kommet gunstig ut av forsøket. Dersom ordningen skulle omfattet alle kommuner, ville man fått kommuner som kom tapende ut av mekanismene i forsøket. Utvalgsskjevheten kan også henge sammen med hvilke kommuner som valgte å søke deltagelse i forsøket.
- ▶ Forsøket har bestått av en vesentlig utviklings- og læringskomponent, og deltagerkommunene har vært gjenstand for stor oppmerksomhet fra mange hold. De har fått en omfattende pakke av kompetansehevende tiltak og tett oppfølging av Helsedirektoratet. Det ville vært krevende å oppnå den samme effekten dersom forsøket skulle vært implementert i større skala.
- ▶ Finansieringsmodellen har vært raus fra statens side. I 2021 var de økte statlige overføringene til de fem kommunene med statlig finansieringsmodell – som samlet utgjør om lag to prosent av Norges befolkning – estimert til 370 mill. kr. Vi vurderer det ikke som realistisk at en permanent nasjonal ordning med statlig finansiering ville hatt like romslige rammer.

2 Bakgrunn for forsøket

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

Statsbudsjettet for 2019² foreslo utvidelse av forsøket med seks nye kommuner, samt videreføring av de som allerede var med, fram til utgangen av 2022. De seks nye kommunene – Arendal, Askøy, Enebakk, Froland, Lødingen og Lyngdal – startet sin deltagelse i forsøket våren 2021, med oppstart av finansieringsmodellen enten høsten 2021 eller januar 2022³.

Kommuner som allerede deltok i forsøket, har imidlertid videreført sin deltagelse. Dette gjelder (innbyggertall februar 2021 i parentes):

- **Bjørnafjorden (25 049)**, 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 (24 283)**, som har deltatt i forsøket siden 2016.
- **Lillesand (11 180)**, som har deltatt i forsøket siden 2016.
- **Selbu (4 069)** som har deltatt i B-modellen fra mai 2016 til mai 2019, men fortsatte i videreføringen på samme vilkår som øvrige forsøkskommuner.
- **Indre Østfold (45 201)**, som har deltatt siden 2020, med oppstart av finansieringsmodellen januar 2021. Kommunen ble til gjennom sammenslåing av fem kommuner i 2020, herunder Hobøl og Spydeberg som deltok i forsøket perioden 2016-2019⁴.

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

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

Deltagelse i forsøket har betydd at kommunene har:

- ▶ brukt en statlig finansieringsmodell, der det viktigste har vært at de har fått betalt per tjeneste de har gitt vedtak på (aktivitetstilskudd),

² Prop. 1 S (2018-2019) Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. september 2018, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)

³ Siden de seks nye kommunene ikke har deltatt i forsøket enda, vil kartleggingen av dem ble presentert i Vedlegg B til denne rapporten. Kommunene dette gjelder er Arendal, Askøy, Enebakk, Froland, Lyngdal og Lødingen.

⁴ Spydeberg deltok i Modell B i forsøket 2016-19.

- ▶ brukt statlig fastsatte kriterier for tildeling av pleie- og omsorgstjenester,
- ▶ tatt del i en rekke ulike kompetansehevende tiltak og brukt ulike verktøy utarbeidet for forsøket.

Disse punktene forklares nærmere i de neste delkapitlene.

Pasienters og brukeres rett til nødvendige og forsvarlige tjenester, individuell rett til BPA og det generelle kravet til brukermedvirkning og likebehandling har like fullt vært gjeldende i forsøkskommunene.

2.1 Finansieringsmodell i forsøket

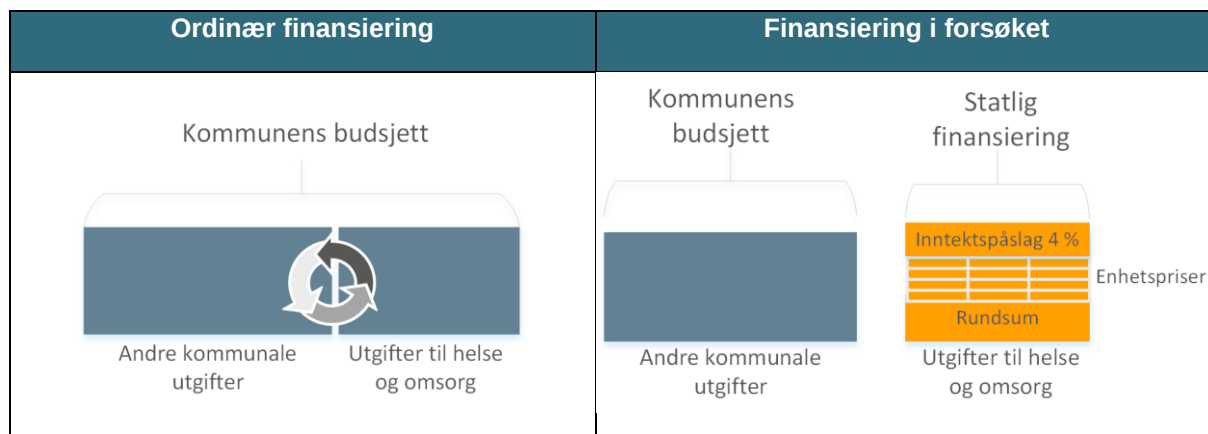
Dette avsnittet gir en beskrivelse av finansieringsmodellen som praktiseres i forsøket⁵.

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 lenge dette er i tråd med de lovmessige kravene kommunene er underlagt⁶. 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.

I forsøket ble kommunens opprinnelige kostnader til pleie- og omsorgstjenester⁷ trukket fra de årlige overføringene kommunen får fra staten (rammetilskuddet fra KMD). I stedet får kommunen:

- ▶ Aktivitetstilskudd per tjeneste etter en fastsatt prismodell. Disse gis basert på hvilke tjenester brukeren har vedtak på.
- ▶ Et inntekstpåslag tilsvarende 4 % av uttrekket fra rammetilskuddet.
- ▶ Et rundsumtilskudd for å dekke enkelte faste kostnader og tjenester uten vedtak.

Under er en forenklet skisse som illustrerer dette (inkluderer ikke andre finansieringskilder som f.eks. statlige refusjonsordninger).



Figur 2-1 Forenklet sammenligning av forskjellen mellom ordinær finansiering og finansiering i forsøket.

⁵ I første del av forsøket 2016-2019 deltok to kommuner – Selbu og Spydeberg – i den såkalte B-modellen. For mer informasjon om denne, vises det til tidligere evalueringsrapporter.

⁶ Blant annet gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

⁷ Utgifter knyttet til de fire KOSTRA-funksjonene som inngår i forsøket dvs. 234, 253, 254 og 261 i året før forsøket startet. For kommunene som var med fra starten, var dette år 2015. 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).

Finansieringsordningen og kravene til rapportering er beskrevet nærmere i *IS-2392 Finansieringsmodell for omsorgstjenester*.

Uttrekket fra kommunenes rammetilskudd

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 forsøksperioden⁸. Dette uttrekket fra rammen erstattes med øremerkede statlige tilskudd. I forsøket justeres uttrekket for en såkalt *kommunal deflator* (som hensyntar prisvekst for kommunene) og en felles nasjonal sats for behov knyttet til demografiske endringer.

Kommuner får også noe som heter *Tilskudd til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester*. Dette kompenserer kommunene for 80 prosent av påløpte lønnskostnader – over et gitt innslagspunkt⁹ – for enkeltbrukere som krever mange/ressurskrevende tjenester fra kommunen. Kommuner i forsøket får ikke dette tilskuddet siden tjenestene finansieres gjennom aktivitetstilskudd.

Øvrige finansieringskilder for omsorgssektoren, eksempelvis egenandeler, har ikke blitt påvirket av forsøket.

Aktivitetstilskudd

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 (2018).¹⁰ Satsene er etablert ved hjelp av en kalkyle basert på timelønn. Det er brukt statistikk fra en rekke kilder. Det er fastlagt aktivitetstilskudd for utvalgte tjenester. Disse tjenestene har tidligere vært finansiert av kommunens frie inntekter og det statlige øremerkede tilskuddet til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester.¹¹ 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 (f.eks. ressurskrevende brukere i institusjon).

Inntektspåslaget

Det årlige inntektspåslaget har vært på 4 prosent av kommunens uttrekk, oppad begrenset til 28 mill. kr pr. år¹². I finansieringsmodellen skal inntektspåslaget gå til tjenesteproduksjon, hvorav inntil 500.000 kr pr. kommune pr. år kan øremerkes til utgifter knyttet til kommunens gjennomføring av forsøket, herunder planlegging, administrasjon, rapportering og evaluering.

Rundsumtilskudd

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.

Delkapittel 7.1.1 gir en oversikt over de faktiske beløpene som har blitt utbetalt gjennom forsøket.

⁸ Basert på utgifter på relevante KOSTRA-koder, dvs. 234, 253, 254 og 261.

⁹ I 2021 var innslagspunktet 1,4 mill. kr.

¹⁰ Helsedirektoratet 2018: «Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester». For første del av forsøket gjaldt en tidligere versjon av samme dokument fra 2015.

¹¹ Helsedirektoratet 2017: Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene. Rundskriv IS-4/2017.

¹² Opprinnelig 25 mill. kr i 2016. Beløpet har vært justert for prisstigning påfølgende år.

2.2 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.

Tjenestekriterier

Kommunene som deltar i forsøket, skal følge statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester. 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. Tildelingskriteriene er beskrevet i *IS-2391 Kriterier for tildeling av omsorgstjenester*.

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 skal 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.

2.3 Verktøy og kompetanse

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

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

- *Søknadsskjema*, som er dokumentet brukeren (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 treffer det den enkelte brukers beste effektive omsorgsnivå (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 fattet et vedtak. Utfylling av sjekklisten er obligatorisk, og den skal også skannes og vedlegges i kommunens EPJ-system.

Helsedirektoratet utarbeidet også et e-læringskurs i saksbehandlerveilederen der forsøkskommunene deltok i to workshops. Videre har Helsedirektoratet og kommunene jobbet med vedtaksmaler og «klart språk».

Kompetanseutvikling har vært en viktig del av forsøket. Det har derfor blitt arrangert samlinger underveis for erfaringsutveksling, og kommunene har blitt fulgt opp fortløpende. Det har til sammen i forsøksperioden blitt arrangert ca. 15 samlinger med Helsedirektoratet og kommunene. Kommunene som deltar i forsøket har også fått oppfølging og opplæring fra Helsedirektoratet i samsvar med en fastsatt opplærings- og oppfølgingsplan.

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

3 Evalueringsdesign og metode

Forsøket har blitt evaluert hvert år siden 2016. Evalueringen har kartlagt utviklingen i kommunene som har deltatt, med tanke på de overordnede målsetningene i forsøket samt en rekke andre forhold. Det er de fem kommunene som har deltatt i forsøket som evalueres i denne rapporten. De seks nye kommunene startet / skulle starte med finansieringsmodellen først i høsten 2021 / januar 2022, og inngår derfor primært som sammenligningsgrunnlag i denne rapporten. Det er også gitt en kort beskrivelse av de nye kommunene i kapittel 4.6. Kartleggingen av disse kommunene er imidlertid gjengitt i vedlegg B.

Dersom forsøket videreføres som planlagt, vil det komme flere evalueringsrapporter etter denne. I statsbudsjettet for 2022 (Prop. 1 S for budsjettåret 2022 under Helse- og omsorgsdepartementet) foreslås det at forsøket avvikles 31.12.2021, noe som i så fall betyr at dette er den siste evalueringsrapporten.

Dette kapittelet beskriver først mandat for evalueringsoppdraget. Deretter presenteres det valgte evalueringsdesignet og hypotesene som har blitt fulgt opp i evalueringen. Det gis en oversikt over metoder for datainnsamling, men disse er nærmere beskrevet i Vedlegg A.

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. 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 og rutiner)
- ▶ Kommunenes bruk av inntektspåslaget

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
- 2021: Målepunkt 5 – status og utvikling etter fem år, og nullpunktsmåling for de seks nye kommunene

Målingene tar utgangspunkt i et indikatorsett som evaluator har utarbeidet i forbindelse med forsøket.¹³ På bakgrunn av disse indikatorene vurderes det hvorvidt 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.).

Kommunene i forsøket har blitt sammenlignet med kontrollkommuner eller nasjonale tall (avhengig av hvilken datakilde som er brukt). Nærmere informasjon om hvilket utvalg som har blitt brukt på hvilke datakilder er beskrevet i Vedlegg A.

3.3 Hypoteser

Dette kapittelet utbroderer hypotesene knyttet til de generelle målsetningene med forsøket.

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

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

tvers av kommunegrenser – vil dette bety at kommunene som deltar i forsøket, gradvis utvikler seg mot likere praksis i tildelingen av tjenestene. Dersom tildelingspraksis endrer seg som følge av forsøket, vil dette høyst sannsynlig også påvirke omfang og utforming av tjenestetilbudet i kommunen.

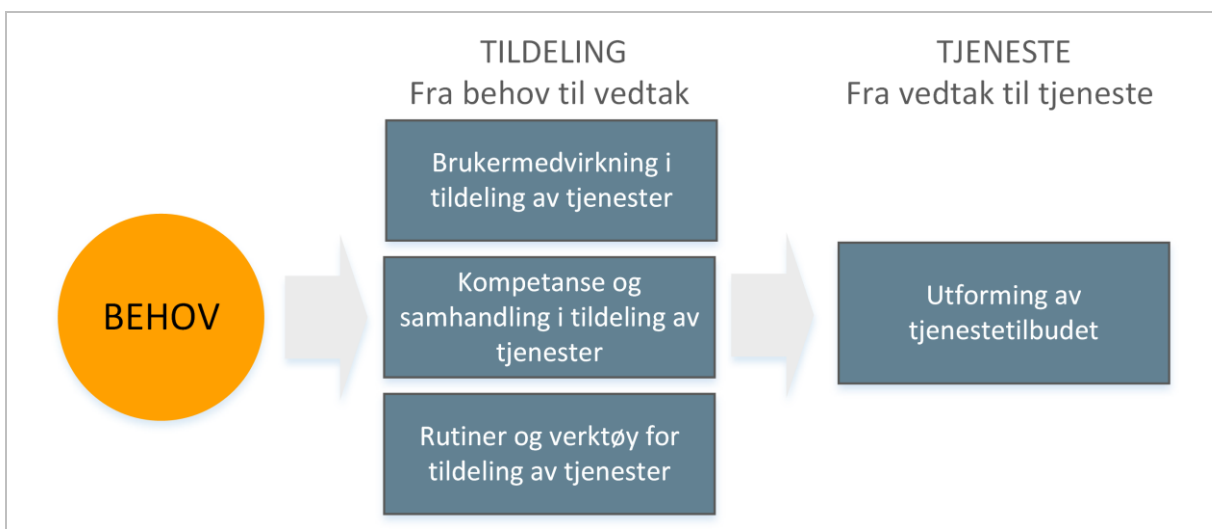
Det betyr at for å kunne fastslå at forsøket fører til økt likebehandling, bør man enten kunne observere likere tildelingspraksis eller likere utforming av tjenestene på tvers av de kommunene som deltar i forsøket. Tilsvarende vil økt likebehandling innad i hver kommune støtte opp under hypotesen. Det vil derfor være sentralt å besvare:

- ▶ 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?

Hypotese 2: Riktigere behovsdekning for innbyggerne

Måling av samsvar mellom tjenester og behov er en krevende øvelse ettersom de fleste kriterier for vurdering av behov i større eller mindre grad inneholder innslag av subjektive vurderinger, som trolig vil variere noe etter hvilke saksbehandlere og fagpersoner som trekkes inn i vurderingen. Den viktigste grunnen er imidlertid at behovene i stor grad er avhengig av målene og preferansene til den enkelte bruker.

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



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

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

Vurdering av behovsdekning gjennom innretning av tildelingsprosessen

En betydelig del av intervensjonen i forsøket ligger i å endre praksis for hvordan tjenester tildeles. Et premiss for dette er at en bedre tildelingspraksis vil føre til både riktigere behovsdekning og økt

likebehandling av brukere. Vi har valgt å fokusere på innsatsområder som trekkes fram som viktige i Helsedirektoratets veileder *IS-2391 Kriterier for tildeling av omsorgstjenester*. Dette er brukermedvirkning, samhandling, kompetanse og rutiner/verktøy:

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.

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 søkerens 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.

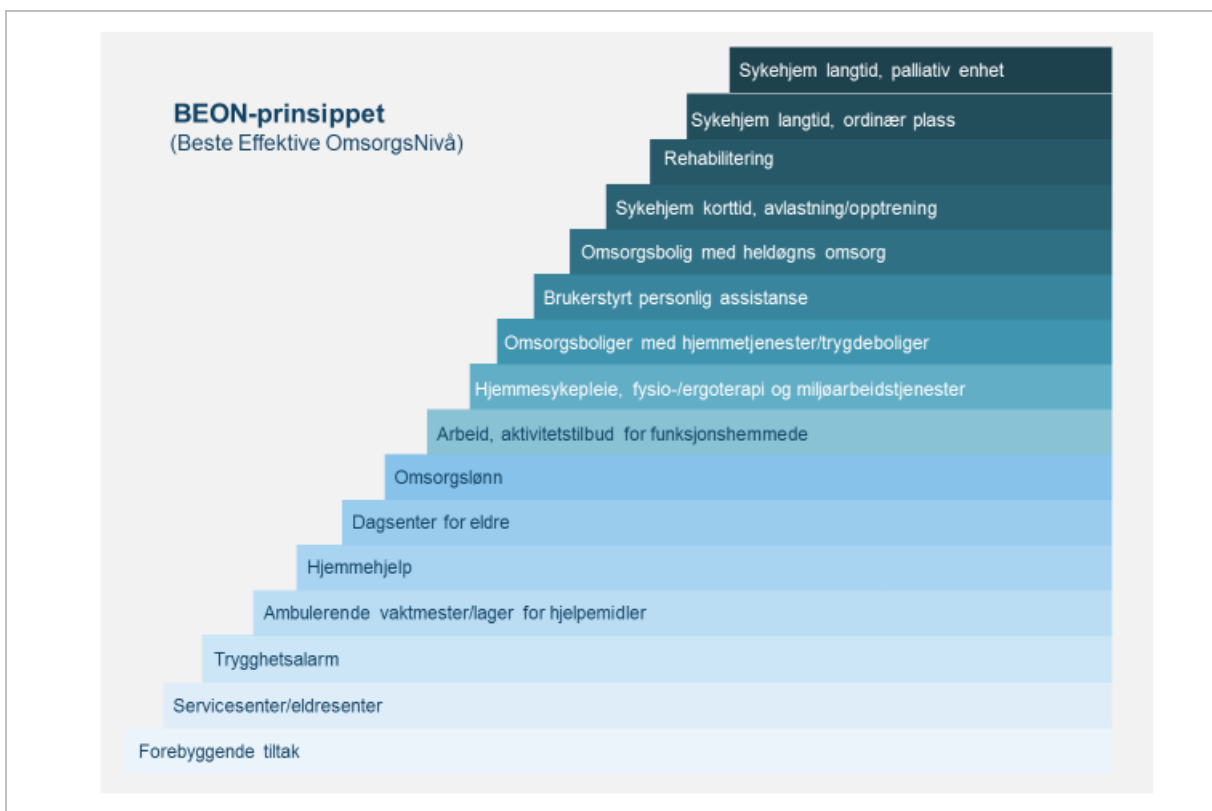
Rutiner og verktøy i tildelingen

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. En godt organisert tildelingsprosess vil blant annet kunne resultere i at det er samsvar mellom vedtatte og utførte tjenester, og at det jevnlig vurderes om vedtakene bør justeres opp eller ned.

Vurdering av behovsdekning gjennom utformingen av tjenestetilbudet

Selv om intervensjonen i forsøket i hovedsak er rettet mot tjenestetildelingen, er det av avgjørende betydning å forstå hvilke implikasjoner en eventuell ny tildelingspraksis har for utformingen av tjenestene. Endret tildelingspraksis bør i teorien også ha en effekt på tjenestene f.eks. i form av økning eller reduksjon av ulike tjenester. Endring i tjenestesammensetning 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 BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå), som gjerne kan skisseres i form av en tiltakskjede eller omsorgstrapp, se Figur 3-2. Figuren viser en teoretisk oversikt over ulike tiltak som er sentrale innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og som kan være aktuelle for innbyggere med ulike behov.



Figur 3-2 Omsorgstrappen, BEON-prinsippet

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 av pleie- og omsorgstjenester.

Dette er forhold som i stor grad kan belyses gjennom kvantitative og kvalitative 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. Ofte vil også kommunen selv – særlig tildelingsenheten - ha en oppfatning om hvor godt omsorgstrappen er dimensjonert, for eksempel om det er brukere som får et tyngre tilbud enn de egentlig trenger fordi kommunen ikke har et godt nok tilbud på lavere nivåer.

3.4 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.

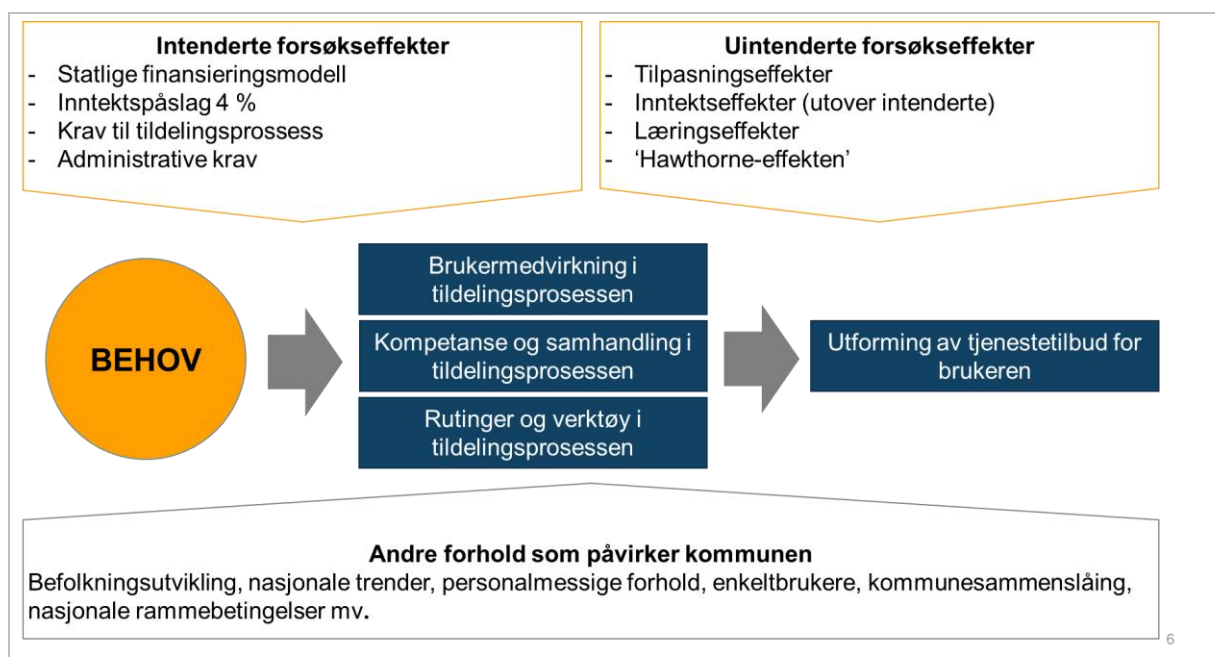
For det første består forsøket av ulike deler. I tillegg til en ny finansieringsmodell er det også nye krav til tildelingen, nye verktøy og satsing på kompetansehevede tiltak. I et hypotetisk eksempel kan det være slik at de økonomiske driverne i den statlige finansieringsmodellen gir kommunen insitamenter 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.

For det andre har forsøket en rekke uintenderte effekter som påvirker hvordan tildeling og tjenester utvikler seg. For eksempel at effekten av all oppmerksomheten kommunene får, eller konsekvensen av de økonomiske mekanismene ved forsøket har fungert annerledes enn planlagt.

For det tredje er det en rekke andre 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.¹⁴ Kommunene er også av en slik størrelse at endringer knyttet til enkeltbrukere eller ansatte også kan påvirke resultatene.

Alt dette er forhold som gjør det mer krevende å trekke valide slutninger om hvilken effekt det har å delta i forsøket. For å vurdere effektene av forsøket har det også blitt lagt vekt på kvalitative analyser knyttet til forsøkskommunene, og at disse vurderes opp mot de kvantitative analysene.

En inngående beskrivelse av hvordan kommunene opplever effektene av forsøket er presentert i kapittel 4 – Endringer i forsøkskommunene.



Figur 3-3 Noen forhold som kan påvirke kommunens måloppnåelse i forsøket¹⁵

¹⁴ Os slo seg sammen med Fusa til Bjørnafjorden kommune. Indre Østfold kommune, som gikk 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.

¹⁵ Effekten av selve oppmerksomheten som følger av det å bli observert omtales ofte som 'Hawthorne-effekten'

3.5 Datainnsamling

Datainnsamling har funnet sted i alle forsøkskommuner, vha. de metodene som er gitt i oversikten nedenfor. En utdypende beskrivelse av hver metode er gitt i Vedlegg A. hvor det også beskrives hvilke metoder som har blitt brukt i hvilke år for både forsøks- og kontrollkommuner.

Kvantitative metoder:

- ▶ Analyse av KOSTRA-data for deltagerkommunene og landet som helhet
- ▶ Analyse av data fra Kommunalt Pasient- og Brukerregister (KPR)
- ▶ Gjennomgang av kommunale regnskaper
- ▶ Analyse av aktivitetstilskudd
- ▶ Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene med en rolle i tildeling

Kvalitative metoder:

- ▶ Intervjuer og gruppesamtaler med ansatte i kommunen
- ▶ Kartlegging av brukercase som inkluderer:
 - Intervju med bruker og ev. pårørende
 - Intervju med saksbehandler, og ev. utfører
 - Gjennomgang av saksdokumentasjon
- ▶ Gjennomgang av et utvalg vedtak
- ▶ Gjennomgang av relevante dokumenter i kommunene (f.eks. økonomiplan)

4 Endringer i forsøkskommunene

Dette kapittelet gir en kvalitativ beskrivelse av de endringene som har funnet sted i forsøkskommunene. Kapittelet gir også en kort oppsummering av de nye forsøkskommunene og deres inngang til forsøket.¹⁶ Forhold knyttet til status før forsøket, og oppstart av forsøket i 2016, er grundig omtalt i tidligere evalueringsrapporter.

Hvert kommunekapittel innleder med å forklare kommunens rolle i forsøket. Deretter beskrives de viktigste utviklingstrekkene innen tildeling, tjenester og økonomi:

- ▶ Den første delen beskriver kommunens praksis for tildeling av tjenester. Dette er viktig fordi god praksis innen tjenestetildeling er et av de viktigste målene ved forsøket. Samhandling med utførerenhetene og andre, brukermedvirkning og gode rutiner for å tildele og følge opp tjenester er blant forholdene vi har vurdert.
- ▶ Den andre delen beskriver tjenestene i kommunen. Dette er fordi forsøket potensielt kan påvirke hvilke tjenester som tildeles til brukerne, og hvilke tjenester det satses på. Her har vi vært særlig interessert i hvordan forsøket har påvirket balansen mellom de ulike tjenestene, og hvorvidt kommunen leverer tjenester på riktig nivå i omsorgstrappen.
- ▶ Den tredje delen beskriver økonomien i kommunen, siden denne også vil påvirkes av ny finansieringsmodell. Her vurderer vi blant annet hvordan forsøket påvirker kommunens økonomistyring og kostnadsutvikling, og hvordan midlene fra forsøket brukes.

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 tjenester omtales i kapittel 5, tildelingspraksis i kapittel 6, mens økonomiske effekter av forsøket omtales i kapittel 7.

Beskrivelsene bygger i hovedsak på intervjuer og gruppesamtaler med ansatte og ledere i kommunen. Synspunkter som har kommet fram i intervjuene vil synliggjøres selv om hver enkelt påstand ikke nødvendigvis lar seg bevise empirisk. Det vil da understrekes at dette er påstander fra enkelte informanter. Det at det finnes synspunkter og uenigheter knyttet til sentrale tema i forsøket er i seg selv viktig informasjon som bør komme fram.

4.1 Bjørnafjorden

Bjørnafjorden kommune ble til ved sammenslåing av Os og Fusa kommune 1. januar 2020. Os kommune har deltatt i forsøket siden 2016. Begge kommuner fattet vedtak om at den nye kommunen skulle videreføre deltagelsen før sammenslåingen.

Tidligere kartlegginger har vist at Os kommune har hatt stort utbytte av deltagelse i forsøket. Positive virkninger har vært kompetanseheving, bedre styringsdata og betydelige overskudd som har bidratt til investeringer i tjenestene.

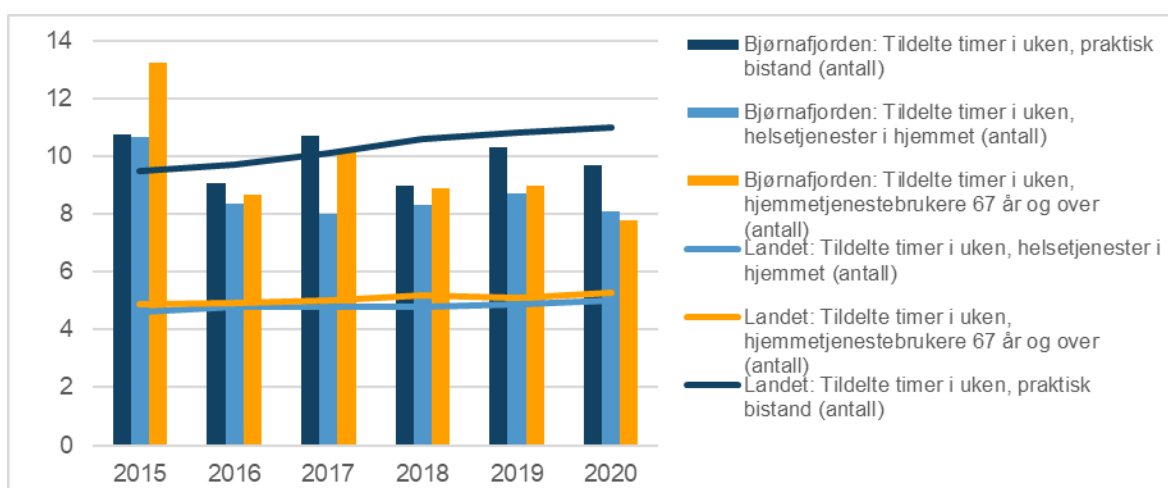
Flere forhold tyder på at Bjørnafjorden kommune vil ha utfordringer knyttet til avslutningen av forsøket. Kommunen har hatt en utgiftsvekst – både i pleie og omsorg og i andre tjenester – som gjør at kommunen trolig må gjennom en betydelig omstilling for å gå i balanse når finansieringsmodellen i forsøket opphører. Utgiftsveksten som følge av forsøket kommer i tillegg til at den nye kommunen får mindre overføringer enn de to tidligere kommunene fikk samlet.

¹⁶ Null-punktmåling for de seks nye forsøkskommunene er angitt i vedlegg, XX, siden de nettopp har startet/ikke startet med statlig finansieringsmodell.

4.1.1 Hvordan har tjenestetildelingen endret seg i forsøksperioden?

Som dokumentert i tidligere kartlegginger har forsøket bidratt til en profesjonalisering av tildelingsprosessen. Dette har blant annet betydd at:

- ▶ Kommunen har utviklet mer systematikk i arbeidet med kartlegging og hverdagsrehabilitering. Det har blitt etablert kartleggingsteam og kartleggingsperioden før vedtak har blitt forlenget for de sakene kartleggingsenheten har vært involvert i. Videre var også perioden med hverdagsrehabilitering forlenget, og inkluderte en femte uke som kommunen kalte for etterbygging.
- ▶ Vedtakene har 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.



Figur 4-1: Gjennomsnittlig tildelte timer per uke, Bjørnafjorden/Os og landet, 2015-2020. Kilde: KOSTRA

Figur 4-1 viser gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken til praktisk bistand, til helsetjenester i hjemmet og til hjemmetjenestebrukere over 67 år. Når det gjelder helsetjenester og tildelte timer til hjemmetjenestebrukere over 67 ligger Bjørnafjorden godt over landsgjennomsnittet. Bjørnafjorden ligger noe lavere enn resten av landet for tildelte timer til praktisk bistand. Utviklingen tyder på at tildelte timer til praktisk bistand har økt i perioden. Overordnet, ser det allikevel ikke ut til at utgiftsveksten i kommunen kan forklares av indikatorene over, ettersom tildelte timer til helsetjenester og den eldre målgruppen ikke tyder på en spesielt generøs tildelingspraksis.

Flere informanter trekker derimot fram at kommunen har opplevd stor økning i antall brukere. Tall fra KOSTRA bekrefter langt på vei dette. I perioden 2015-2019 hadde tidligere Os kommune økning på 13 prosent i antall unike brukere av pleie- og omsorgstjenester, mot 5 prosent for landet som helhet.¹⁷ Flere av informantene viser til at det store antallet brukere, kombinert med for få alternative tjenester å spille på, gjør at belastningen på enkelttjenester blir høy.

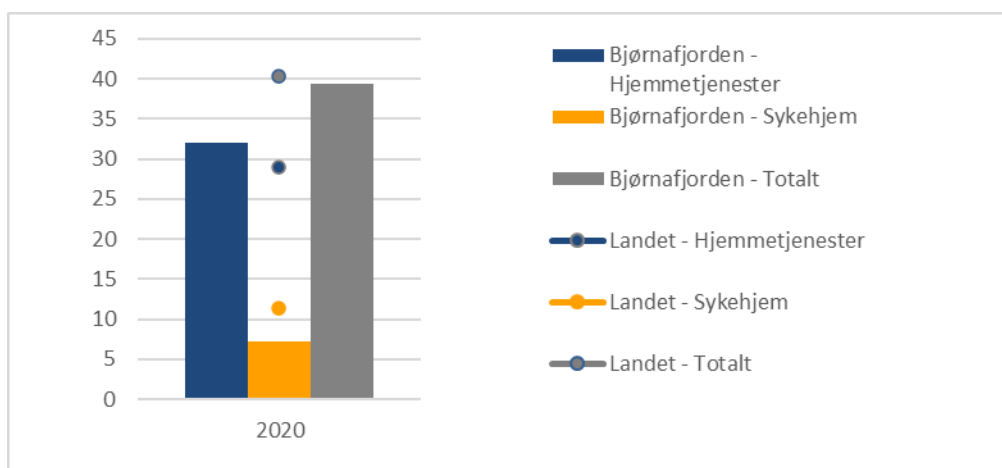
¹⁷ SSB Kostra: Tabell 11642: Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter region, alder, tenestetype, statistikkvariabel og år

Kommunen har også opplevd flere klagesaker enn tidligere, fortrinnsvis knyttet til BPA og omsorgslønn¹⁸. Samtidig har vedtatte timer til disse tjenestene har økt kraftig i forsøksperioden, jf. kapittel 5.2.

Noen informanter trekker fram at det har blitt økt likebehandling og profesjonalisering av tildelingsprosessen på tvers av de gamle kommunene, som følge av sammenslåingen. Enkelte peker imidlertid på at kommunen har hatt interne diskusjoner om hvorvidt det tildeles tjenester for raust. For eksempel mener enkelte at terskelen for å tildele psykisk helsehjelp settes for lavt – slik at utførerleddet får brukere som ikke fyller vilkårene for å motta tjenesten. Kritikken går blant annet på at det ikke undersøkes nok og at alternative tiltak ikke utforskes først. Når det gjelder praktisk bistand til voksne mener enkelte informanter at kommunen ofte lar vedtakene løpe for lenge, og at det for noen brukere ville vært forsvarlig å trappe ned bruken.

4.1.2 Hvordan har tjenestene endret seg i forsøksperioden?

Som dokumentert i tidligere evalueringsrapporter leverte tidligere Os mange spesialiserte tjenester, som hele den nye kommunen har fått tilgang til. Flere beskriver likevel en tjenestestruktur som i stor grad ligner den som eksisterte før sammenslåingen. Det har vist seg vanskelig å hente ut store synergieffekter i den nye kommunen ettersom det er en fjord som skiller de to delene. Koronapandemien har også forsinket arbeidet med å harmonisere tjenestene.



Figur 4-2: Andel brukere over 80 år med tjenester i Bjørnafjorden og landet, 2020. Kilde: KOSTRA og manuell korrigering fra Bjørnafjorden 2020

Figur 4-2 viser at andelen over 80 år som mottar tjenester (hjemmetjenester pluss institusjon) ligger omtrent på snittet for landet i 2020.¹⁹ Bjørnafjorden (og tidl. Os) har i hele forsøksperioden arbeidet med å fokusere på forebyggende arbeid og levere tjenester langt ned i omsorgstrappen, noe som isolert sett skulle tilsi økt grad av egenmestring hos brukerne og lavere dekningsgrad. Kommunen har samtidig gjennomført mer oppsøkende virksomhet (f.eks. gjennom demensarbeidslag). Dette kan ha bidratt til at kommunen har identifisert og gitt tjenester til brukere tidligere enn det som ellers ville vært tilfelle, som kan forklare at kommunen ligger omtrent på nivå med resten av landet.

Figuren viser at andelen personer med institusjonsplass ligger lavt sammenlignet med resten av landet. Dette kan forklares ved at mange av plassene på Luranetunet er kategorisert som omsorgsbolig hvor brukerne da mottar helsetjenester i hjemmet. Som beskrevet tidligere har

¹⁸ Kommunen viser til at dette pågående saker som enda ikke er avgjort hos statsforvalter

¹⁹ Bjørnafjorden oppdaget en feil i innrapporteringen til KOSTRA, ved at lavterskeltjenester uten vedtak også var inkludert. Dette har gjort at tidligere års tall trolig også har vært misvisende, og vi fremstiller derfor ikke utvikling over tid. Tall for 2020 er manuelt korrigert basert på kommunens egne tall.

kommunen opplevd en sterk vekst i alle brukergrupper, og sykehjemmene har i perioder vært så fulle at kommunen har måttet kjøpe plasser. Kommunen har hatt store utfordringer med å rekruttere kvalifisert arbeidskraft, og koronapandemien har forsterket dette problemet.

4.1.3 Hvordan har forsøket påvirket økonomien?

Kommunen har igangsatt *Bjørnafjorden 22* som er en plan for å redusere kostnadene med 90 mill. kr. i 2022 (sammenlignet med 2020), hvorav området helse og velferd (SIO) skal redusere med 19,2 mill. kr i 2021 og 19,9 mill. kr i 2022. Bakgrunnen for kostnadsuttene er hovedsakelig at den sammenslåtte kommunen har lavere overføringer fra staten enn det de tidligere kommunene hadde.

I tillegg til dette står kommunen også overfor et krevende omstillingsarbeid for å gå i balanse når forsøket opphører. Utfordringen forsterkes av at forsøket nå vil avsluttes allerede i løpet av 2021, ett år tidligere enn opprinnelig planlagt. Da vil finansieringsmodellen i forsøket erstattes med 2015-rammen (justert for deflator og nasjonal demografisk vekst). I intervjuene anslås det at kostnadene i helse og omsorg må reduseres med 110-120 mill. kr for å komme ned på nivået som følger av rammetilskuddet når forsøket opphører²⁰. Det er ikke angitt tall for dette i økonomiplanen.

I økonomiplanen for 2021-2024²¹ vises det til at både pleie- og omsorgssektoren og andre sektorer i kommunen har økt sine utgifter, i stor grad på grunn av forsøket. Økonomiplanen viser til at det er bygget opp fond fra overskuddet i forsøket som kan brukes som delvis finansieringskilde i årene 2023-2025. Anslag gitt i intervjuene viser til at kommunen vil ha om lag 80 mill. kr. oppspart ved utgangen av forsøket. Økonomiplanen viser til at det er etablert et «søster-prosjekt» til Bjørnafjorden 22, som skal «omstille pleie og omsorg til ordinær kommunal økonomi». Prosjektet vil på sikt også inkludere andre sektorer.

Det er flere mulige grunner som samlet forklarer at kommunen har havnet i denne situasjonen:

- ▶ Kommunen har hatt en sterk vekst i antall brukere, og veksten har vært høyere enn det som kan forklares ut fra demografisk vekst i pleietrengende aldergrupper (som definert i de objektive kriteriene i det kommunale inntektssystemet). Det henger blant annet sammen med åpningen av Luranetunet i 2017, som kan ha gitt mulighet for å betjene det som da var et «oppdemmet» behov. Selv om kommunen har satset mye på lavterskeltjenester og hverdagsrehabilitering gjennom forsøket, ligger andelen som mottar tjenester totalt sett omtrent likt som resten av landet.
- ▶ Den ekstraordinære veksten innen behovstrengende aldersgrupper i kommunen, har gitt en «demografi-gevinst» gjennom forsøket (omtalt i kap. 7.1) som har kommet resten av kommunen til gode. Enkelte informanter trekker fram at det i første del av forsøket var liten bevissthet i kommunen rundt denne effekten. I praksis har dette medført at andre sektorer har økt sine budsjetter med midler som er dimensjonert for å skulle dekke de økte behovene innen pleie og omsorg. Dette kommer i tillegg til andre indirekte overføringer fra pleie og omsorg til andre tjenesteområder. Eksempler på dette er opphør av internfaktureringsfor assistanse til elever med nedsatt funksjonsevne i skolen og at lønnskompensasjonsfondet ikke har måttet bruke midler til pleie og omsorg i forsøksperioden.
- ▶ Kommunen har gjort store investeringer i utstyr og kompetanse i forsøksperioden, noe som har økt driftskostnadene i tjenestene. Antagelig vil en del av disse utgiftene være reverserbare.

²⁰ Utsagnet ble gitt med utgangspunkt i at forsøket varte ut 2022.

²¹ *Bjørnafjorden budsjett 2021 og økonomiplan 2021-2024*. <https://pub.framsikt.net/2021/bjornafjorden/bm-2021-%C3%B8kplan2021/#/home>

- Fokuset på å bruke opp forsøksmidlene har vært fremtredende fram til 2020 og trolig ført til mindre grad av kostnadskontroll og budsjettstyring i utførerenhetene. For eksempel trekker enkelte informanter fram at terskelen for å bruke vikarer har vært lavere i forsøket.

Den store økningen i antall brukere (ofte med komplekse behov), kombinert med kommunesammenslåing og koronapandemi, trekkes av informantene fram som sentrale utfordringer de siste årene. Antagelig har dette gjort det ekstra krevende å prioritere omstilling og effektivisering av tjenestene.

4.1.4 Oppsummering

Bjørnafjorden har hatt mange fordeler ved deltagelse i forsøket, både av økonomisk og faglig karakter. Det har gitt kommunen handlingsrom til å prioritere utvikling og bygge gode systemer rundt tjenestetildeling og økonomi.

Kommunen har likevel kommet i en situasjon der utgiftsnivået ikke er bærekraftig når forsøket avsluttes. Innsparinger som følge av utgangen fra forsøket kommer på toppen av et allerede vedtatt innsparingsprogram (*Bjørnafjorden 22*). Økonomiplanen til kommunen (2021-2024) gir lite konkrete svar på førstnevnte utfordring. Problemet forsterkes av at forsøket etter all sannsynlighet blir avsluttet et år før planlagt.

Problemet med manglende økonomisk balanse skyldes delvis at mekanismene i finansieringsmodellen (demografi-gevinsten) har gitt øvrige sektorer i kommunen anledning til å øke sine rammer. Perioder med store investeringer og høy bruk av forsøksmidler kan ha svekket kostnadskontrollen i utførerenhetene. Kombinert med nytt sykehjem, kommunesammenslåing, pandemi og sterk vekst i brukere har dette gitt kommunen en utfordring når forsøket skal avsluttes.

4.2 Stjørdal

Stjørdal kommune har vært med i forsøket siden oppstarten i 2016. Kommunen har nettopp ferdigstilt en stor omstrukturering som har resultert i en ny organisasjonsstruktur iverksatt 1. juni 2021. Målene med omstruktureringen er å sikre mer ressurser ut til tjenestene og nærmere brukeren og økt samhandling mellom sektorer. I omorganiseringen er det opprettet en egen sektor for forebygging og mestring, og her ligger forvaltningskontoret, i enhet for koordinering og kompetanse. Omorganiseringen var et gjennomgangstema i intervjuene i kommunen i år.

4.2.1 Hvordan har tildeling av tjenester endret seg i forsøksperioden?

Da Stjørdal ble med i forsøket, fikk kommunen raskt på plass nye rutiner for tverrfaglig kartlegging, og etablering av hverdagsmestringsteamet som gjennomfører mye av kartleggingen – en prosedyre som fremdeles blir beskrevet som god. Som tidligere år trekker intervjuinformantene også fram noen utfordringer med tildelingsprosessen når det gjelder ønsker om endret/økt kompetanse og tettere samarbeid mellom hverdagsmestringsteamet og tildelingsenheten. Det varierer hvor tett utførerenhetene er involvert i tildelingen. Noen er i faste tildelingsmøter med forvaltningskontoret, mens andre skulle ønsket at de var koblet på tidligere i tildelingsprosessen.

Overordnet sett er det høy grad av samsvar mellom tjenestene som tildeles og tjenestene som utføres i kommunen, men det kan forekomme avvik, særlig dersom brukerens behov endres og tjenesten justeres. Tildelingsenheten opplever at utførerenhetene dokumenterer endringer i tjenesten for seint, og at det tar for lang tid før de får beskjed. Virksomhetslederne mener på sin side at kommunen har blitt dyktige til å evaluere og endre tjenestene ved behov pga. deltakelsen i forsøket.

Siden forsøkets start har samtaleguiden blitt brukt i kartlegging. I tidligere intervjuer har det kommet fram at guidens innhold har blitt innpasset som en naturlig del av kartleggingssamtalene. I årets intervju med avdelingslederne ble det påpekt at guiden ikke kan brukes slavisk for alle typer

brukere, fordi den ikke fanger opp all relevant informasjon. Nye punkter har derfor blitt inkludert i samtaleguiden.

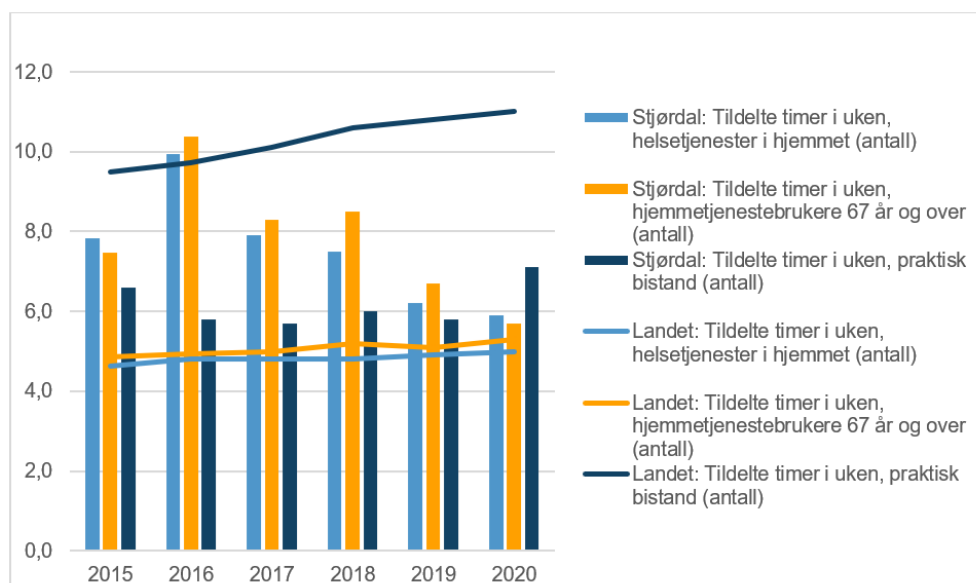
Informantene beskriver hvordan brukerens stemme skal vektlegges i tildelingsprosessen og at brukeren alltid får spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i første samtale. Ifølge informantene er derimot ikke brukermedvirkningen alltid tilstrekkelig dokumentert.

4.2.2 Hvordan har tjenestene endret seg i forsøksperioden?

Hovedinntrykket er at behovsdekningen i helse- og omsorgstjenestene i Stjørdal kommune er god. Kommunen har gjennom forsøket fått til riktig behovsdekning, brukeren står i fokus, og kommunen har tilbud langs hele omsorgstrappen. Noen informanter stiller likevel spørsmål om hvorvidt kapasiteten er god nok. I denne sammenhengen blir det nye helsehuset trukket fram som en forbedring. Det mangler noen dagtilbud og avlastningstilbud for enkelte brukergrupper, for eksempel innen psykiatri og rus, og i noen tilfeller for også demente. Det nevnes også at kommunen mangler institusjonsplasser for brukere med demens, noe som vil endres når den nye demens-landsbyen, som finansieres av overskuddet fra forsøket, åpner.

Selv om behovsdekningen jevnt over beskrives som god, er det utfordringer i helse- og omsorgstjenestene i Stjørdal knyttet til nye brukergrupper. Disse er særlig knyttet til utfordrende eller utagerende atferd, ikke minst blant yngre brukere, inkludert barn og ungdom.

Figur 4-3 viser gjennomsnittlig tildelte timer per uke for Stjørdal kommune og resten av landet mellom 2015 og 2020. Både for helsetjenester i hjemmet og tjenester i hjemmet til brukere på 67 år og over gikk det gjennomsnittlige timeantallet opp fra 2015 til 2016, da forsøket ble innført. Siden har timeantallet for begge variablene gått ned. På landsbasis har tildelte timer for helsetjenester i hjemmet og hjemmetjenester for brukere på 67 år og oppover hatt en svak, jevn oppgang siden 2015. Disse tallene kan muligens forklares med at timeantallet for helsetjenester i hjemmet og hjemmetjenester for eldre i Stjørdal gikk opp helt i starten av forsøket, på grunn av det økte økonomiske handlingsrommet som forsøket medførte. Grunnen til at timeantallet deretter har sunket, kan være at kommunen har vært opptatt av å ikke øke kostnadene under forsøket, og har holdt en «stram linje». Dette har vært et sentralt kjennetegn ved kommunens deltakelse i forsøket, og har vært trukket fram både i tidligere evalueringsrapporter og blant informantene i årets intervjuer i kommunen.



Figur 4-3: Gjennomsnittlig tildelte timer per uke, Stjørdal og landet, 2015-2020. Kilde: KOSTRA

Jevnt over gir informantene i kommunen inntrykk av at forebygging og hverdagsrehabilitering prioriteres. Hverdagsmestringsteamets arbeid trekkes fram av flere i denne sammenheng. Flere understreker imidlertid at hverdagsmestringsteamet nå har større fokus på kartlegging enn tidligere. I kommunens nye organisasjonsstruktur skal den nye sektor for forebygging og mestring ha ansvar for dette arbeidet. To mottakskonsulenter skal ansettes i den nye sektoren, og disse skal fungere som brukernes «dør» inn til kommunen. De skal gi innbyggerne rett hjelp, raskt.

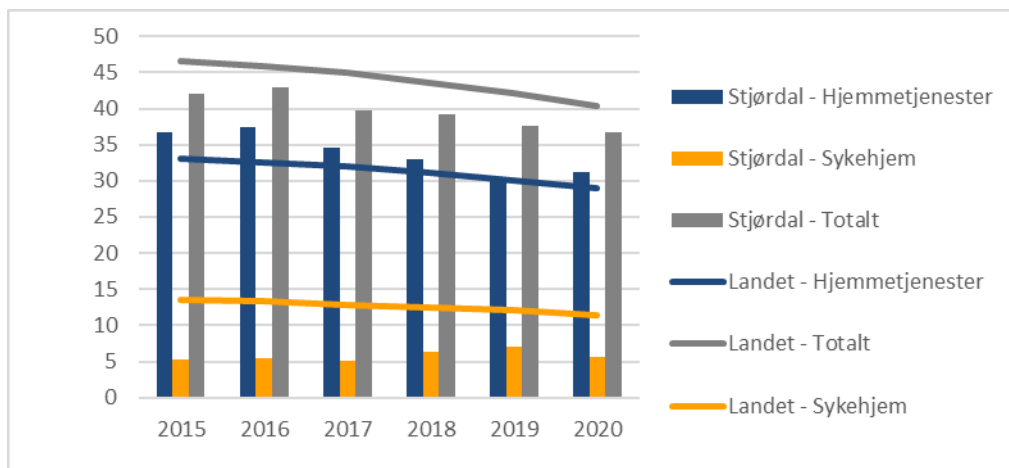
De fleste informantene er enige om at Stjørdal kommune har stort fokus på velferdsteknologi. Enkelte mener likevel at kommunen ikke nødvendigvis er langt fremme når det gjelder å ta teknologien i bruk. Flere informanter påpeker viktigheten av ressurspersoner for implementering av velferdsteknologi. I tjenestene knyttet til psykisk helse og rus har det ikke vært noen økning i antallet brukere som bruker velferdsteknologi det siste året, og dette knyttes til at ressurspersoner ikke har kunnet reise like mye rundt og snakke med de ansatte.

Når det gjelder forsøkets effekt på omfanget av helse- og omsorgstjenester, er ikke informantene tydelige på hvorvidt de opplever at dette har økt. Hovedinntrykket blant informantene er at dette i så fall ikke har skjedd som en konsekvens av forsøket, men som en konsekvens av vekst i antall brukere. En informant sier:

Antallet brukere ute i tjenestene har økt, men vi får ikke mer penger, vi må jobbe fortere og smartere.

Imidlertid er ikke antall tildelte timer helsetjenester i hjemmet eller hjemmetjenester for brukere ≥ 67 år høyere nå enn før forsøket startet. Faktisk var de lavere i 2020 enn det gjennomsnittlige timeantallet var i 2015, slik Figur 4-3 over viser.

Videre var også andelen brukere over 80 år med hjemmetjenester lavere i 2020 enn i 2015. Andelen i denne gruppen som bodde på sykehjem i 2020 er kun 0,3 prosentpoeng høyere enn i 2015, slik Figur 4-4 viser. Dette kan indikere at Stjørdal har greid å effektivisere sine tjenester etter at kommunen gikk inn i forsøket, på tross av større behov blant innbyggerne og mer tilgjengelige midler gjennom forsøket.



Figur 4-4: Andel brukere over 80 år med tjenester i Stjørdal og landet, 2015-2020. Kilde: KOSTRA

Noen tjenester har imidlertid fått mulighet til å øke gjennom forsøksperioden. Informanter i kommunen trekker fram at midlene som følger med forsøket har gjort det enklere å tildele BPA og omsorgslønn enn tidligere. Utviklingen av disse tjenestene – vist i Tabell 4-1 – ser ut til å støtte dette utsagnet. Vedtatte timer til BPA, omsorgslønn og støttekontakt har økt betydelig fra 2017 til 2021. Dette er nærmere omtalt i kapittel 5.2.

Tabell 4-1: Endring i timer til utvalgte tjenester for Stjørdal, fra 1. kvartal 2017 til 2. kvartal 2021. Kilde: Aktivitetstilskudd

Tjeneste	Stjørdal		
	1.kv 2017	2.kv 2021	Endring i prosent
BPA timer	1 189	10319	+ 768 %
Omsorgslønn timer	3 753	7 063	+ 88 %
Støttekontakt timer, individuell	3 368	5 942	+ 76 %

4.2.3 Hvordan har forsøket påvirket økonomien i kommunen?

Finansieringsmodellen har skapt overskudd som kommunen har kunnet investere, blant annet i nytt helsehus, noe som vil kunne gi langsiktige gevinster for helse- og omsorgssektoren i Stjørdal.

Stjørdal fattet kommunestyrevedtak om 22. november 2018 om at midler fra forsøket skulle bidra med 162,7 mill. kr i finansieringen av helsehuset og andre investeringer. Resterende fondsavsetninger har gått med til å finansiere deler av nye Fosslia omsorgssenter. Når forsøket avsluttes et år før planen må en større andel av omsorgssenteret dekkes gjennom lån enn det som er forutsatt i finansieringsplanen.

Tabell 4-2: Avsetning i fond 2016-2021, Stjørdal kommune

År	Avsetning til fondet i mill. kr
2016	0,9
2017	54,0
2018	39,5
2019	31,1
2020	46,2
2021 (budsjettet)	34,0
Samlet	205,2

Kommunen opplyser at hadde en plan om å bruke året 2022 til å tilpasse driften mot avslutning av forsøket i 2023. Kommunen har vært gjennom en omorganisering det siste året og har ikke ønsket å samtidig skulle redusere driftsrammene for 2022. Når forsøket avsluttes tidligere opplyser kommunen at de planlegger å få vedtatt et budsjett uten særlig kutt. Kommunen er imidlertid allerede i gang med tiltak for å redusere driftskostnadene med ca. 25 mill. kr. Enkelte tiltak vil ha effekt fra juli 2022 mens andre kanskje ikke får full effekt før i midten av 2023. Kommunen vet ikke hvilke kutt som vil bli gjennomført, men viser til at det som prinsipp ligger til grunn at alle sektorer skal ta omtrent like store prosentvise kutt.

Generelt har forsøket medført bedre kostnadskontroll og oversikt over tildeling. Kommunen har god oversikt over vedtakstimer og årsverk, de har et system for å se vedtak opp mot ressurser og eventuelt kunne flytte på ressurser. Erfaringene fra dette er nyttige å ta med seg videre for kommunen. Videre trekkes det fram at bruken av midler i større grad blir behovsstyrt med finansieringsmodellen i forsøket. Hva slags tilbud som gis den enkelte bruker, blir grundigere og mer kritisk vurdert for å treffe behovet i størst mulig grad, også endringer i behov. Dette oppfattes som kostnadsbesparende. Noen informanter trekker også fram at finansieringsmodellen har gitt større rom

for kreativitet, å utvikle nye løsninger og å teste modeller. Flere informanter understreker likevel at det er fokus på å spare penger, selv om tjenestene blir finansiert gjennom forsøket.

4.2.4 Oppsummering

Informanter fra ulike nivåer i kommunen oppfatter at forsøket har hatt flere effekter siden oppstart, og at forsøket i stor grad har gitt læring og utvikling for kommunen. Finansieringsmodellen har skapt et overskudd som har gjort det mulig å investere. Forsøket har medført større oversikt over tildeling og kontroll over kostnader, samt over forholdet mellom årsverk og vedtak. Dette er effekter som har blitt trukket fram i intervjuer med kommunen også tidligere. Forsøket har også gitt et større rom for kreativitet og til å teste nye modeller for å se hvilke grep som kan fungere på sikt.

Årets intervjuer avdekker også utviklingstrekk i Stjørdal kommunes helse- og omsorgstjenester som er nye siden i fjor. Det har kommet til nye, yngre brukergrupper under tjenestenes ansvarsområde, som har sammensatte behov og utfordrende adferd.

4.3 Lillesand

Lillesand kommune har deltatt i forsøket siden 2016. Kommunen har hatt en rekke positive effekter av forsøket, som prinsipper for tjenestetildeling, tverrfaglig kartlegging, bruk av verktøyene som ble utviklet til forsøket, brukermedvirkning, individuelt tilpassede tjenester, behovsdekning og opplevelsen av å ha god kontroll og oversikt. Kommunen har i løpet av forsøksperioden fått større økonomisk handlingsrom til å utvikle helse- og omsorgstjenestene.

Kommuneadministrasjon og politikere har satt i gang et sektorovergripende program kalt «Lillesand 2024» med flere delprosjekt for å effektivisere tjenester og kutte kostnader i hele kommunen. Dette er imidlertid ikke direkte knyttet til forsøket.

4.3.1 Hvordan har tildeling av tjenester endret seg i forsøksperioden?

Det å ha en egen tildelingsenhet, som både kartlegger brukerens behov og tildeler tjenestene, oppleves som viktig og positivt i seg selv. Tildelingsprosessen beskrives som god av alle informantgruppene, fordi alle brukere blir grundig og tverrfaglig kartlagt, noe som sikrer bedre brukermedvirkning enn før forsøket, samt at saksbehandlingen kommer raskt i gang. Det har imidlertid vært kapasitetsutfordringer i enhet for tjenestetildeling det siste året.

Flere informantgrupper forteller at tjenestene som tildeles, er individuelt tilpasset og basert på «hva er viktig for deg» – en tilnærming kommunen har jobbet med i mange år. Brukermedvirkning dokumenteres i vedtak og i journal. I ett av intervjuene ble det reflektert over hvordan «hva er viktig for deg» også kan være utfordrende: Av og til må kommunen tilby tjenester som er i uoverensstemmelse med det bruker og pårørende har sagt er viktig for dem, fordi ønskene ikke lar seg gjennomføre innenfor kommunens organisatoriske og økonomiske rammer.

Samtaleguiden vurderes som god, selv om ikke alle elementer i den passer for alle typer brukere. Tildelingsenheten forteller at de tilpasser samtaleguiden etter behov, og at tildeling også er basert på skjønn, noe som anses som ønskelig og positivt av tildelingsenheten og enhetslederne.

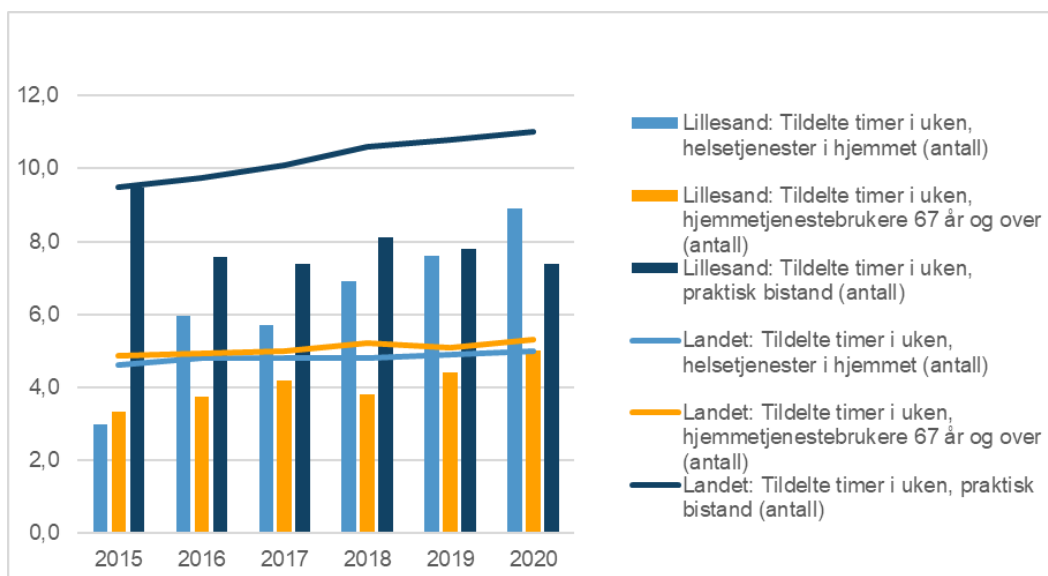
Det er godt samsvar mellom tildelte tjenester og utførte tjenester. Forsøkets arbeidsgruppe i kommunen fremhever det som en av fordelene med å være med i forsøket at de får kontroll på en helt annen måte. Ifølge tildelingsenheten skyldes godt samsvar bl.a. at de har et godt samarbeid med avdelingsledere.

4.3.2 Hvordan har tjenestene endret seg i forsøksperioden?

Behovsdekningen av omsorgstjenestene oppfattes som god, dvs. at tjenestene dekker brukernes behov. Flere informantgrupper trekker fram at kommunen mottar svært få klager eller negative

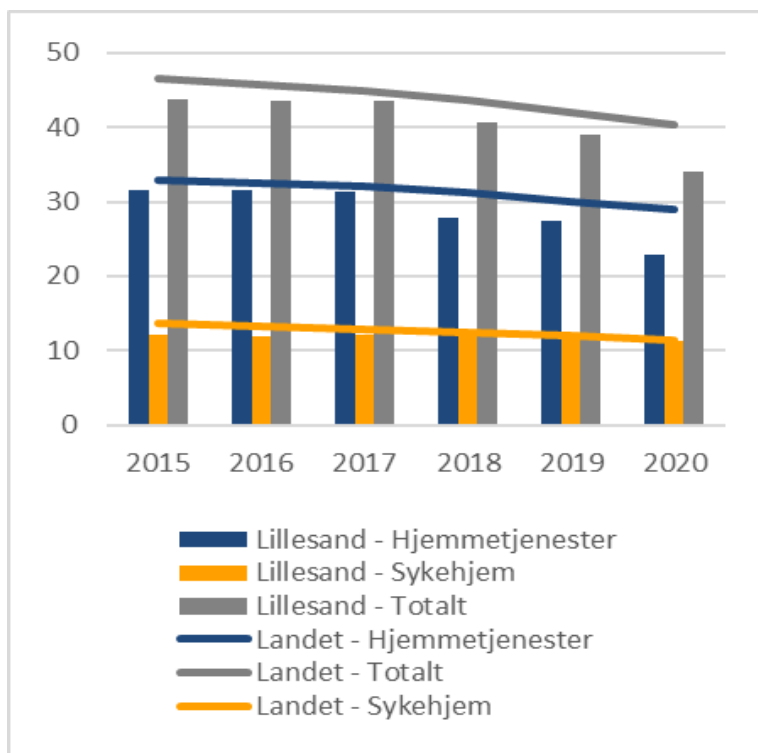
tilbakemeldinger på helse- og omsorgstjenestene. Kommunen mangler noen tiltak for unge med funksjonsnedsettelse. Det har ikke skjedd store endringer i behovsdekning eller brukerbehov det siste året, bortsett fra at det har blitt åpnet heldøgns bemannede omsorgsboliger.

Informantene opplever at kommunen tilbyr et bredt spekter av tjenester, og at også de laveste trinnene av omsorgstrappen er godt dekket. Det har vært en tverrsektoriell diskusjon i kommunen om hvilke lavterskeltjenester kommunen skal tilby, og hvilke tjenester som heller kan tilbys av andre aktører, som frivillige organisasjoner.



Figur 4-5: Gjennomsnittlig tildelte timer per uke, Lillesand og landet, 2015-2020. Kilde: KOSTRA

Figur 4-5 viser gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, for Lillesand kommune og for hele landet. Gjennomsnittlig timeantall til tjenester i hjemmet for personer ≥ 67 år har økt jevnt fra 2015 til 2020, og ligger nå like under landsgjennomsnittet for 2020. Økningen i tildelte timer for helsetjenester i hjemmet har imidlertid hatt en mye mer markant økning siden 2015, fra gjennomsnittlig 3 timer i 2015 til 8,9 timer i 2020, og ligger nå nokså langt over landsgjennomsnittet. I intervjuene kommer det frem at normen for hvilket nivå tjenestene skal legges på, er i endring i Lillesand kommune. Kommunen har fremover som mål å passe på at alternative tjenester undersøkes før det gis institusjonsplass. Det kan tenkes at dette kan øke timeantallet for hjemmetjenester ytterligere fremover. På en annen side har andelen brukere over 80 år med hjemmetjenester hatt en jevn nedgang i kommunen siden 2015, særlig fra 2019 til 2020 da andelen sank fra 27,4 til 22,8 prosent. Det kan tenkes at innsatsteamets arbeid med (re-)habilitering av brukere i hjemmet, har bidratt til dette. Denne mulige årsakssammenhengen ble også trukket fram i fjorårets kartlegging av Lillesand kommune.



Figur 4-6: Andel brukere over 80 år med tjenester i Lillesand og landet, 2015-2020. Kilde: KOSTRA

Kommunens innsatsteam brukes for å sikre at det tilbys tjenester på lavest mulig nivå i omsorgstrappen, og for å unngå at brukere får behov for tyngre tjenester. Ifølge intervjuinformantene kommer ikke innsatsteamet til å bestå i nåværende form etter at forsøksperioden er over. Det uttrykkes imidlertid et ønske om å ta vare på den metodiske tilnærmingen til hverdagsrehabilitering som innsatsteamet har stått for, for eksempel ute i enhetene.

Som tidligere år trekker informantene fram det konstruktive regionale samarbeidet om velferdsteknologi i Agder som gir Lillesand «litt drahjelp» med å ta i bruk teknologi. Informantene nevner elektroniske dørlåser, medisindispensere og sykesignalanlegg; KOMP; robotstøvsugere og samhandlingstavler som eksempler på teknologi som enten nylig er tatt i bruk eller som skal tas i bruk på kort sikt. En utfordring som blir adressert, er mangel på systematisk samordning av alle teknologiske hjelpemidler, noe som kan føre til at det er vanskelig å hente ut gevinster.

De aller fleste informantene mener at forsøket i stor grad har gitt læring og utvikling for kommunen, særlig knyttet til bedre rutiner, mer profesjonalisert tjenestetildeling, dokumentasjon, fokus på brukerens behov, faglig utviklingsarbeid, «opprydning» og sammenlikning med andre kommuner. Informanter trekker fram verdien av å sammenligne seg med andre kommuner, og identifisere utfordringer gjennom god tilgang på styringsdata. På den måten kan de fremme forslag for å sikre riktig behovsdekning og forsvarlig tjenestenivå.

4.3.3 Hvordan har forsøket påvirket økonomien i kommunen?

Når kommunen går tilbake til normal drift, vil Lillesand kommune få et stort inntektstap. Følgende oversikt fremgår i kommunens budsjett- og økonomiplan²² – som behandles av bystyret den 8. desember 2021:

²² Lillesand kommune (2021). Budsjett og økonomiplan. Kommuneplanens handlingsdel 2022-2025. Hentet 09.11.21 fra: <https://www.lillesand.kommune.no/kommunedirektoerens-forslag-til-oekonomiplan-2022-2025.6412495-519108.html>

Inntektsrapport som følge av avslutning av SIO-prosjektet i 2022:**(Alle tall i mill. kr)**

Estimert SIO aktivitetstilskudd 2022	260,4
Estimert SIO rundsumstilskudd 2022	13,6
Estimert SIO inntektspåslag 2022	7,9
Total inntekt ved å være i SIO	281,9
Økt rammetilskudd grunnet utgang av SIO	202,3
Differanse inntekt	-79,6
Øremerket tilskudd ressurskrevende brukere	31,5
SIO inntektspåslag 2022	4,6
Utfordring	-43,5

Figur 4-7: Inntektsrapport som følge av avslutning av forsøket i 2022. Kilde: Lillesand kommune økonomiplan 2022-2025

Kommunen vil altså tape 43,5 mill. kr. i inntekter i 2022. Den nevnte budsjett- og økonomiplanen viser også at budsjetterte innsparinger i hele kommunen i år ligger på 22,5 mill. kr. Kommunen skal etter planen spare inn 26,3 mill. kr. neste år, 49,5 mill. kr. i 2023, 61,6 mill. kr. i 2024 og 69,1 mill. kr. i 2025.

Lillesand har ikke hatt overskudd fra forsøket i samme størrelsesorden som enkelte andre kommuner. Overskudd fra forsøket som ikke har brukt i løpet av året har blitt satt inn på et fond. Som nevnt i fjorårets rapport var dette fondet ved utgangen av 2018 på 13,6 mill. kroner, mens det gjennom 2019 ble redusert til 4,8 mill. kr. Per 1.1. 2021 var fondet på 10,2 mill. kroner, mens det er vedtatt bruk på 540.000 kr så langt i 2021. Videre har kommunen i liten grad gjort varige investeringer, slik enkelte andre forsøkskommuner har gjort. Flere informanter uttrykker i årets intervjuer stor bekymring for kommuneøkonomien.

Imidlertid tar kommunen nå grep for å håndtere sin økonomiske situasjon gjennom det nevnte sektorovergripende programmet, *Lillesand 2024*. Som del av arbeidet har kommunen begynt å systematisk fase ut tiltak som har vært finansiert av inntektspåslaget i forsøket. Kommunen ønsker å videreføre de faglige fokusområdene som bruken av inntektspåslaget har vært rettet mot, for eksempel hverdagsmestringsmetodikken.

Lillesand 2024 er et gjennomgangstema i intervjuene, og omtales både positivt og negativt. Det er positivt at mange ansatte er involvert og får komme med sine innspill, mens det blir omtalt som negativt at arbeidet ikke har en definert felles metode, og ikke minst at målet med hele programmet er de store besparelsene som kommunen må gjennomføre. Mange uttrykker stor bekymring for dette.

Jevnt over mener informantene likevel at forsøket i stor grad har hatt en samlet positiv effekt på kommunens helse- og omsorgstjenester. De mener at forsøket har bidratt til en positiv utvikling av økonomistyringen i tjenestene. Flere trekker fram at forsøket har medført innsikt i sammenhengen mellom kostnader og tjenester, at pengene følger tjenestene som gis.

Det kommer frem i intervjuene at det vil være en stor utfordring å få finansiert ressurskrevende helse- og omsorgstjenester når kommunen skal ut av forsøket. Under forsøket har Lillesand fått dekket alle utgifter til disse, men når kommunen går tilbake til vanlig drift vil en egenandel for brukere under 67 år måtte dekkes av kommunen, og alle utgiftene til brukerne over 67.

4.3.4 Oppsummering

Lillesand har hatt en rekke positive effekter av forsøket, noe som også bekreftes i tidligere evalueringsrapporter. Disse effektene er blant annet knyttet til prinsipper for tjenestetildeling, tverrfaglig kartlegging, bruk av verktøyene som ble utviklet til forsøket, brukermedvirkning, individuelt tilpassede tjenester, behovsdekning og opplevelsen av å ha god kontroll og oversikt. Omtalte

endringer siste år var mange nye velferdsteknologi-løsninger, samt utfordringer med saksbehandling pga. bemanningsproblemer på tjenestekontoret.

Lillesand kommune har generelt god behovsdekning og sammensetning av helse- og omsorgstjenester under forsøket, men vil måtte kutte betraktelig i sine kostnader når tjenestene igjen skal driftes som normalt. Det uttrykkes også bekymring for hvorvidt tjenestenivået nå er for høyt sammenlignet med hvordan det kommer til å bli etter at forsøket er over.

4.4 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.

Selbus motivasjon for å delta i forsøket har først og fremst vært forventninger knyttet til læringsutbytte, og det å utvikle bredden og kvaliteten i tjenestene. Selbu har også forhåpninger om at deltakelsen skal gi bedre styringsinformasjon som igjen kan styrke kommunens strategiske planlegging. Fra kartleggingen i 2020 kom det frem at Selbu så langt var positiv til deltakelse i forsøket, og til det de så langt hadde fått ut av å delta. Gevinstene var i tråd med forventningene: læringseffekter og bedre utnyttelse av styringsinformasjon. Men det ble også rapportert om bedre kompetanse-sammensetning i tildelingsarbeidet og endret møtestruktur, som igjen har bedret dynamikken i tjenestetildelingen. I tillegg ga forsøket mulighet til å satse på ny bygningsmasse tidligere enn det som ellers ville vært mulig. Det nye sykehjemmet åpnet i januar 2021, og nye bemannede omsorgsboliger vil stå klare en gang rundt årsskiftet 2022/2023.

Flere av de vi intervjuet nå i 2021 understreket at læringen har vært den klart fremste fortjenesten og at dette har satt sitt preg på hele sektoren. Mange av de andre fordelene som deltakelsen i forsøket har gitt, ville kommet uansett, bare på et senere tidspunkt. Her nevnes for eksempel økt innsats i forhold til rehabilitering, hverdagsmestring og velferdsteknologi, samt nytt sykehjem med investeringer i teknologi. Flere informanter trakk også frem at kommunen nå bør tenke på hvordan de skal lykkes med å gå ut av forsøket. Selbu har ennå ikke lagt klare planer, men sier kommunen bør begynne prosessen, slik at de sikrer bærekraftige løsninger i etterkant av deltakelse i forsøket.

4.4.1 Hvordan har tjenestetildelingen endret seg i forsøksperioden?

Fra og med 2021 har Selbu egen tildelingsenhet. Tidligere var denne del av et interkommunalt forvaltningskontor med blant annet Stjørdal kommune. Reorganiseringen var varslet i rapporten fra 2020, og trådte i kraft fra 1.1.2021. Overgangen til egen tildelingsenhet beskrives som en forbedring.

Tildelingsenheten bruker en tilpasset form av samtaleguiden fra Helsedirektoratet. I kartleggingen gjennomført i 2020 kom det frem at tildelingsprosessen i Selbu er blitt mer systematisk, mer tverrfaglig og mer brukerfokusert. Dette understrekes også i denne runden. Det er lagt til en individuell vurdering i vedtakene som i korthet gjengir det som er kommet frem i samtaler med bruker. Vedtakene er derfor blitt mer individfokuserende, og dette synes å ivareta brukernes rettssikkerhet bedre. Det påpekes imidlertid at brukermedvirkning kan være en utfordring når det gjelder brukere med kognitiv svikt.

I tildelingsprosessen benyttes retningslinjene og verktøyene som ligger i forsøket. Det pekes imidlertid på at for noen tjenester, spesielt BPA, er det vanskelig å benytte forsøkets veileder fordi den er for «rund» i formuleringene. Dette gjør timetildeling vanskelig. Hvor mye skal det for eksempel vektlegges at brukeren har barn? Hvor mye bør settes av til sosiale aktiviteter? Selbu ønsker en veileder som gir tydeligere retningslinjer for tildeling også i slike saker.

Tildelingsenheten har etter deltakelsen i forsøket begynt å skille mer på tjenestene i tjenestebildet. Nå differensieres det for eksempel mellom 'praktisk bistand opplæring' og 'praktisk bistand-daglige gjøremål'. Også for sykehjem oppgis det i vedtaket hvorvidt det dreier seg om skjermet, forsterket eller ordinært langtidsopphold.

Tildelingsenheten har registrert en økt arbeidsmengde det siste året. Noe av dette skyldes utviklingen i befolkningen og økt behov i enkelte grupper, spesielt innen psykisk helse og rus. Men en del av den økte arbeidsmengden kan tilskrives endringer innført i forbindelse med forsøket. Mer systematikk i kartlegging og utforming av vedtak, det å sette sluttdato på alle vedtak og evaluere disse og gjennomføre nye kartlegginger, har ført til merarbeid for tildelingsenheten. I noen tilfeller, spesielt vedtak om langvarige tjenester, kan evaluering og ny kartlegging gjennomføres av tjenesten. Det er likevel tildelingsenheten som fatter vedtakene. Det oppgis at dette er en praktisk måte å løse oppgavene på for tjenesten og tildelingsenheten.

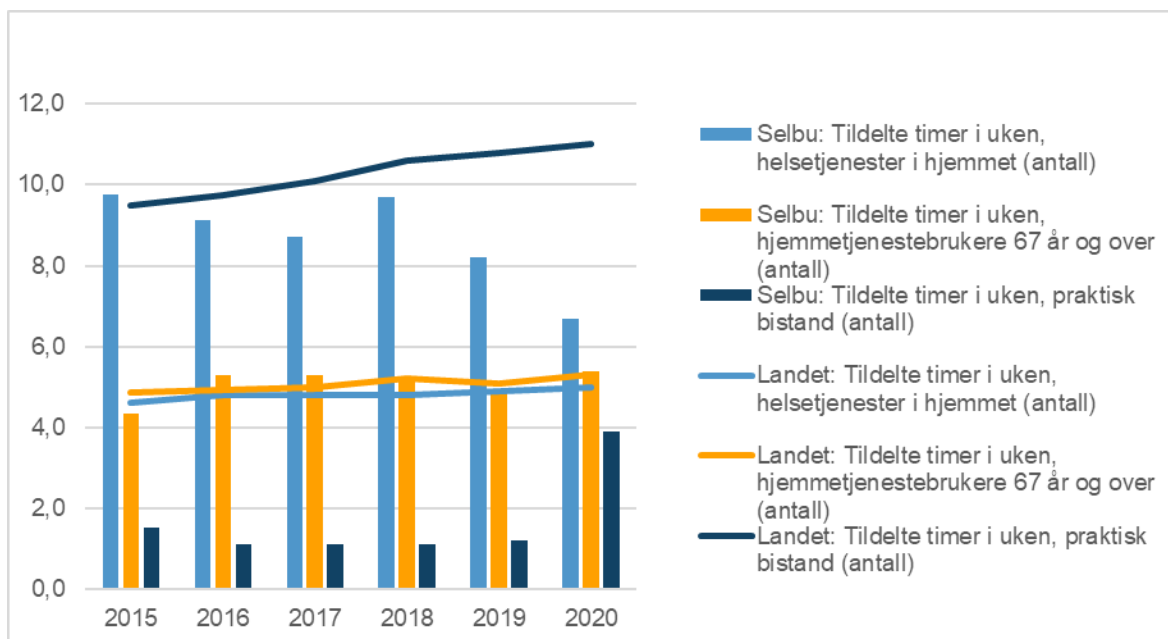
Flere har en oppfatning om at det nå er større samsvar mellom vedtak og utføring av tjenester. Også i de mer dynamiske tjenestene som hjemmetjenesten følges vedtakene opp og det gjøres nye vedtak dersom det er endringer i brukers tilstand og behov.

4.4.2 Hvordan har tjenestene endret seg i forsøksperioden?

Selbu tilbyr tjenester langs hele spekteret i omsorgstrappen, og heldøgns omsorgsboliger vil stå ferdig i 2022/2023. Demente får dagtilbud to ganger pr uke og brukere med psykiske lidelser kan benytte seg av lavterskel dagtilbud en dag i uken. Kommunen mener også at satsingen på velferdsteknologi over tid har vært god og at dette har spredt seg godt ut i de ulike tjenestene.

I løpet av det siste året har Selbu registrert en økning i tjenestemottakere i de yngre gruppene. Disse ser også ut til å ha mer sammensatte behov. Kommunen hadde også registrert et økende behov innen rus og psykiatri.

Figur 4-8 under viser gjennomsnittlig antall tildelte timer i uka for helsetjenester i hjemmet, for hjemmetjenestebrukere over 67 år og tildelte timer med praktisk bistand pr uke. Selbu har ligget langt over landsgjennomsnittet for tildelte timer helsetjenester i hjemmet. Tallene har imidlertid gått noe ned de senere årene – fra nesten 10 timer pr uke i 2015 til 6,5 timer pr uke i 2020. For tildelte timer hjemmetjenester til brukere over 67 år, ligger Selbu på samme nivå som snittet i landet ellers.



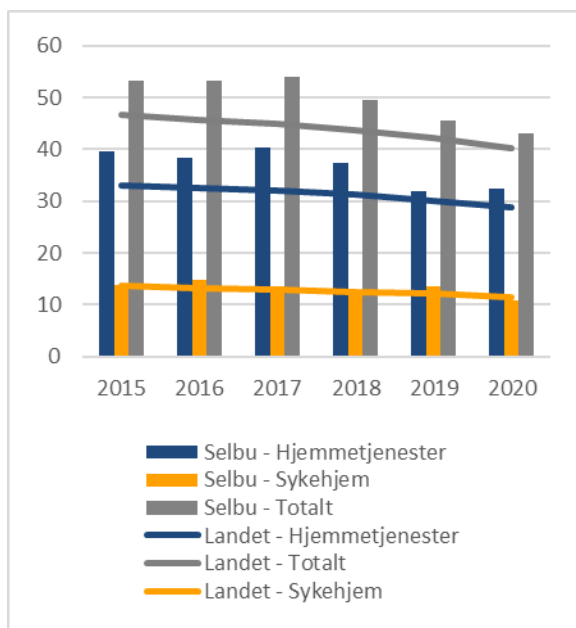
Figur 4-8: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uka, Selbu og snitt for landet 2015-2020. Kilde: KOSTRA

Lavt antall tildelte timer med praktisk bistand

Ser vi til tildelte timer med praktisk bistand, har Selbu ligget på et svært lavt nivå sammenlignet med landsgjennomsnittet. I perioden 2015 til 2019 tildelte Selbu i snitt kun 10 % av det norske kommuner i snitt tildelte. Fra og med 2020 har dette tallet steget noe, slik at Selbu nå tilbyr 36% av det som er gjennomsnittet i landet. Det lave antallet timer viser sannsynligvis at Selbu har hatt en annen praksis for registrering av praktisk bistand. Deltakelsen i forsøket bidrar imidlertid til en bedring av koding av vedtak og en praksis som er mer lik andre kommuners praksis. På tross av dette viser figuren over at Selbu fortsatt ligger lavest på praktisk bistand av alle kommunene i forsøket.

Sykehjem og hjemmetjenester til de eldste

Vi har også sett på andelen av eldre som får hjemmebaserte tjenester og sykehjemstjeneste. I Selbu har andelen eldre over 80 år som mottar hjemmetjenester ligget litt over gjennomsnittet i landet, men i 2019 og 2020 har denne andelen gått litt ned, slik at Selbu nå ligger omtrent på landsgjennomsnittet, jamfør Figur 4-9 under. Andelen eldre på 80 år og over som er beboere på sykehjem i Selbu ligger også på landsgjennomsnittet. Figuren viser at Selbu følger utviklingen ellers i landet, med en gradvis nedgang i tildeling av sykehjemsplasser. Nedgangen i både sykehjemsplasser og hjemmetjenester, og nivået på disse to tjenestene samlet, ligger nå litt over snittet for landet, men nivået har gradvis nærmet seg landsgjennomsnittet. Nedgangen kan bety at flere eldre i Selbu ser ut til å holde seg friskere og å klare seg lenger selv. Men den kan, ifølge Selbu kommune, også bero på en litt strengere tildelingspraksis enn tidligere, samt kommunikasjon ut til befolkningen om fokus på egenmestring.



Figur 4-9: Andel brukere over 80 år i Selbu og landet, 2015-2020. Kilde: KOSTRA

4.4.3 Hvordan har forsøket påvirket økonomien i kommunen?

Som beskrevet med detaljert i kapittel 7 har Selbu en relativt moderat differanse mellom det de har mottatt i tilskudd gjennom forsøket og det som har vært uttrekk fra kommunens rammetilskudd. Dette skyldes nok både at Selbu kun har deltatt to år som i forsøket²³ og at Selbus demografiske vekst er relativt beskjeden sammenlignet med noen av de andre forsøkskommunene.

Kommunen opplyser om at de hadde avsatt 3,1 mill. kr. i fond ved utgangen av 2020, og at kommunen budsjettet med avsetning for 2021 med 3,3 mill. kr. Kommunen ser for seg å bruke fondsavsetningene til drift i sin handlingsplan for 2022-2025.

Kommunen har vært opptatt av å ikke øke rammer eller driftskostnader som følge av forsøket, og planlegger derfor heller ikke noen reduksjoner når forsøket avvikles.

4.4.4 Oppsummering

I intervjuene viser mange til at kommunen har forsøkt å være økonomisk edruelige i deltakelsen i forsøket slik at tilbudet ikke skal ese ut. Likevel peker flere på at de tror tildelingen av tjenester har økt. Dette ses som en konsekvens av utviklingen i befolkningen, og ikke som en følge av deltakelse i forsøket.

Inntrykket fra intervjuene er også at forsøket har ført til et større fokus på helse- og omsorgstjenestene og at det jobbes mer effektivt sammenlignet med før. Den største fordelen synes å være et økt grep om styringsinformasjon, økt kompetanse og fagutvikling, samt bedre bruk av styringsinformasjon. De vi snakket med mente det kan være vanskelig å avgjøre om tjenestene har fått bedre kvalitet, sett fra brukerens ståsted, men pekte på at tildelingsprosessen og vedtak er blitt ryddigere og det er mer søkelys på tildeling, vedtak som fag, og dynamisk tilpassing av tjenestene basert på jevnlig evaluering.

²³ Hvis vi holder utenfor kommunens deltagelse i Modell B i periode 2016-19

4.5 Indre Østfold

To av kommunene som i dag utgjør Indre Østfold, Hobøl og Spydeberg, deltok i første fase av forsøket. Etter vedtak om sammenslåing med Trøgstad, Eidsberg og Askim, til Indre Østfold kommune, søkte kommunen om å delta i forsøket 1.12.2019. Kommunen har deltatt i finansieringsordningen fra og med 1.1.2021. I 2020 fikk kommunen inntektspåslaget på 28 mill. kr. Indre Østfold bør i forsøkssammenheng betraktes som en slags hybrid-kommune hvor forsøket har innvirket i en begrenset periode.

Sammenslåingen av kommunene har lagt sentrale rammebetingelser for situasjonen i Indre Østfold. Ansatte forteller om et stort omstillings- og opprydningsarbeid som følge av sammenslåingen. Arbeidet har vært preget av å harmonisere tjenestene på tvers av enhetene i den gamle kommunestrukturen. Det er derfor vanskelig å vurdere hvorvidt endringer i tildelingspraksis, tjenester og økonomi i kommunen skjer som et resultat av sammenslåingen eller forsøksordningen. Ledere og ansatte forteller allikevel at forsøket har gitt positive virkninger i form av:

- ▶ Forbedret innsikt i egen tjenesteproduksjon
- ▶ Profesjonalisering og systematisering av tildeling
- ▶ Forutsigbare økonomiske rammer (for omstilling og harmonisering av tjenestene)

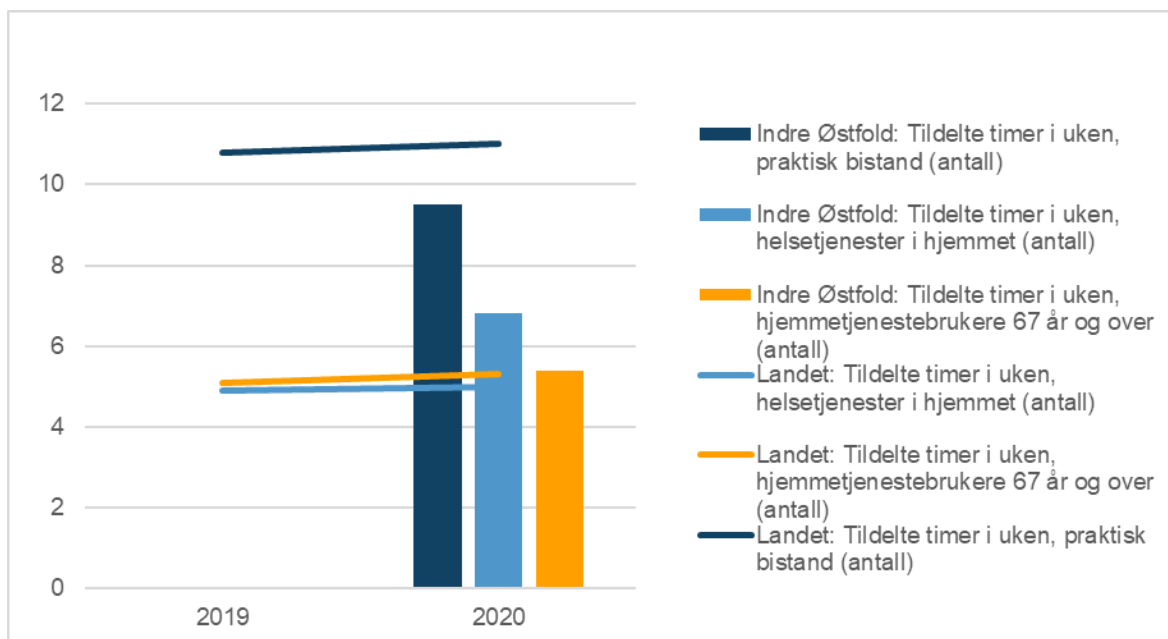
4.5.1 Hvordan har tjenestetildelingen endret seg i forsøksperioden?

I den første delen av det statlige forsøket var det et krav om at tildelingen skulle organiseres i en egen enhet atskilt fra utførerne. I den andre delen av forsøket er det ikke lenger et krav om at kommunene skal ha en slik bestiller-utfører-modell. Indre Østfold har organisert tildelingsfunksjonen i enhet for *Koordinering og inntak*. Dette er å regne som et forvaltningskontor som håndterer søknader, kartlegger behov og fattet vedtak (omtales videre som forvaltningskontoret). Forvaltningskontoret har 20 årsverk og er organisert i tre team med dedikerte ansvarsområder. Forvaltningskontoret har blitt styrket med tre stillinger i forsøksperioden. Kompetansen på kontoret vurderes som god, både i form av høy og variert fagkompetanse på flere områder.

Praksis for tildeling i de «gamle» kommunene beskrives som ganske forskjellig, og forvaltningskontoret har brukt mye tid på å få oversikt over vedtak og systematisere praksis på tvers av de gamle kommunene og i henhold til kriteriene og verktøyene i forsøket. Ansatte opplever arbeidet med å systematisere og profesjonalisere tjenestetildelingen som ressurskrevende. Kommunen har i 2020 gjennomgått og oppdatert alle vedtak for å forberede innføringen av finansieringsordningen. Arbeidet blir beskrevet som svært nyttig, både for å samordne tildelingspraksis og få oversikt over den samlede tjenesteproduksjonen.

I dag er det en gjengs oppfatning om at det er godt samsvar mellom vedtak og utførte tjenester. Kommunen har gjennomgått revisjon på området som viser små avvik. Praksis knyttet til revurdering av vedtak beskrives som god.

En kilde til å vurdere praksis for tildeling er å se på omfanget og forholdet mellom tildelte timer til praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet, samt tildelte timer til den eldre målgruppa. Figur 4-10 viser gjennomsnittlig antall tildelte timer i uka for helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, samt tjenester i hjemmet for personer over 67 år. For helsetjenester i hjemmet, ligger Indre Østfold en del under landsgjennomsnittet. For hjemmetjenester til personer over 67 år ligger Indre Østfold på landsgjennomsnittet, mens tildelte timer til praktisk bistand ligger en del over landsgjennomsnittet.



Figur 4-10 Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uka, Indre Østfold 2020 og gjennomsnitt for landet 2019-2020. Kilde: KOSTRA

4.5.2 Hvordan har tjenestene endret seg i forsøksperioden?

Det samlede inntrykket fra intervjuer med ansatte og politikere i kommunen er at forsøket i liten grad har endret omfanget eller sammensetningen av tjenestene i kommunen. Indre Østfold har budsjettert sektoren etter rammeuttrekk, og det har vært stor oppmerksomhet på at deltakelsen i forsøket ikke skulle brukes «for å bygge opp tjenestene».

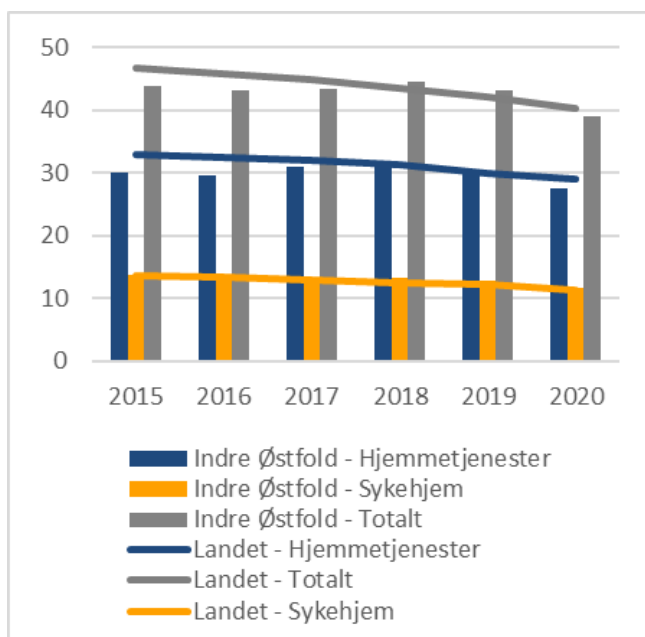
Ansatte forteller at kommunen forsøker å tildele tjenester ut fra nasjonale forventninger. Kommunen arbeider i dag med å harmonisere forskjeller i kostnader knyttet til ulike enheter på tvers av de «gamle» kommunene. Kommunen har blant annet beregnet at forskjellen mellom sykehjemsplassene med høyest og lavest kostnader har vært på rundt 40 prosent. De dyreste sykehjemsplassene var i tidligere Hobøl kommune, som deltok i forsøket i perioden 2016-2019. Enkelte informanter trekker fram at Hobøls deltagelse i forsøket – med økt økonomisk handlingsrom – var noe av grunnen til at disse sykehjemsplassene nå var dyre å drifte. Hobøl hadde lave enhetskostnader på institusjon da disse ble kartlagt i 2017, men økte underveis i forsøksperioden.

Indre Østfold har som mange andre kommuner et mål om å dreie helse- og omsorgstjenestene vekk fra institusjon og over på hjemmebaserte tjenester. Kommunen har arbeidet målrettet med dette, blant annet ved å redusere sykehjemsdekning. Samlet kjøpte de «gamle» kommunene institusjonsplasser i andre kommuner tilsvarende 20 mill. kr. I dag dekkes alle sykehjemsplasser i nye Indre Østfold kommune. En konsekvens av prioritering av hjemmebasert omsorg er at kommunen må sørge for at hjemmetjenesten har kapasitet og kompetanse til å håndtere komplekse sykdomsbilder hjemmet.

Styrking av den hjemmebaserte omsorgen skjer blant annet gjennom forebyggende team med fokus på rehabilitering og hjemmetjenester. Kommunene har også arbeidet med innføring av velferdsteknologi. Et eksempel er teknologi for overvåking/kommunikasjon i hjemmet. Kommunen deltar også i ulike prosjekter som skal understøtte dreiningen mot hjemmebasert omsorg, blant annet prosjektet *Fra passivitet til aktivitet* som rettet oppmerksomhet på egenomsorg og mestring. Kommunen arbeider dessuten målrettet med samtidige tjenester gjennom tverrfaglige team for å gi et helhetlig og effektivt tilbud til tjenestemottakere. Flere av informantene forteller imidlertid at finansieringsordningen ikke er tilpasset parallelle tjenester på institusjon, som betyr at kommunen ikke får finansiert tjenestene som gis. Kommunene har allikevel valgt å fortsette med dette ettersom de mener det gir raskere og bedre rehabilitering.

En del av midlene som forsøket har gitt, har blitt brukt på å investere i nytt signalanlegg (15 mill. kr.) og håndholdte skjermer. Kommunen har også disponert 5 mill. kr av resultat til aktivitet og trivselstiltak på sykehjem.

En indikator for å vurdere tjenstesammensetningen er å se på forholdet mellom brukere som mottar hjemmetjenester og institusjonstjenester. Figur 4-11 viser andel brukere over 80 år på sykehjem og som får hjemmetjenester. Tallene fra perioden 2015-2019 er laget som gjennomsnittet av de fem kommunene før sammenslåingen. Figuren viser at andel personer på sykehjem og som mottar hjemmetjenester ligger på landsgjennomsnittet i hele perioden 2015-2020, med en svak nedadgående trend. Beskrivelsene vi har fått av ansatte om at kommunen holder igjen på tildeling av sykehjems plasser gir foreløpig ikke nevneverdig utslag i KOSTRA-tallene. En mulig forklaring er at tallene viser totalt antall brukere, også brukere som har fått tildelt sykehjems plass tidligere. En annen forklaring kan være at kommunen reelt sett har et økende behov, og at den stramme praksisen holder andelen på sykehjem på et moderat nivå.



Figur 4-11: Andel brukere over 80 år med tjenester i Indre Østfold (gjennomsnitt av de fem kommunene tom. 2019) og landet, 2015-2020. Kilde: KOSTRA

4.5.3 Hvordan har forsøket påvirket økonomien i kommunen?

Økonomien i sektoren har i begrenset grad vært påvirket av forsøket, ettersom sektoren har vært styrt etter rammeuttrekk. Ledere i kommunen forteller at de har styrt med mål om å få ned kostnader. Satsene i stykkprisfinansieringen har vært en viktig referanse for å redusere kostnadene for tjenester som ligger høyt.

Helse- og omsorgstjenestene har imidlertid vært unntatt kutt i kommunen i 2021 som følge av deltakelsen i forsøket. Dette oppleves å ha gitt forutsigbarhet og et økonomisk handlingsrom i forbindelse med kommunesammenslåingen. I 2019 hadde kommunen et merforbruk på 65 mill. kr. Inntektspåslaget i 2020 på 28 mill. kr. ble brukt for å dekke inn deler av dette merforbruket. I 2021 fondsføres hele inntektspåslaget bortsett fra et mindre beløp til forvaltningskontoret for å styrke omstillingsarbeidet. Kommunen forventer å gå med et betydelig underforbruk som skal settes av på fond.

Ledelsen har månedlige samlinger med prosjektleder for forsøket, og opplever at de har god økonomisk oversikt. Resultatene tyder på at kommunen har hatt god kostnadskontroll.

4.5.4 Oppsummering

Indre Østfold er som en hybrid-kommunen å regne i forsøket. Kommunen mottok inntektpåslaget på 30 mill. kr i 2020 og har tatt del i den ordinære finansieringsordningen siden januar 2021. Ledelsen i kommunen har styrt helse- og omsorgssektorene etter uttrekk fra rammebevilgning. Forsøket har allikevel påvirket kommunen økonomisk gjennom at helse- og omsorgssektoren har vært skjermet for kutt. Kommunen har styrket tjenestene gjennom noen nye stillinger på forvaltningskontoret, i ny infrastruktur i tjenestene, blant annet til nytt signalanlegg ved ett av sykehjemmene, samt aktivitets- og trivselstiltak på sykehjem.

Kommunesammenslåingen, samt arbeidet med å forberede seg på forsøket, har krevd store ressurser knyttet til omstilling og systematisering. Slik vi oppfatter det har kommunen hatt stor nytte av forsøket, både for å få inngående innsikt i tjenestene, detaljert oversikt over økonomien og ekstra økonomiske ressurser. Kommunen forventer et betydelig overskudd på som skal settes av på fond.

4.6 Kort om de nye forsøkskommunene

Kartleggingen av de nye forsøkskommunene ble gjort våren og høsten 2021. De nye forsøkskommunene er beskrevet nærmere i Vedlegg B: Kartlegging av nye forsøkskommuner. Dette avsnittet beskriver kort de nye kommunenes utgangspunkt for deltagelse i forsøket.

Når det gjelder forventninger til deltagelse i forsøket ser samtlige nye forsøkskommuner til å være godt kjent med hvilke mekanismer som ligger i forsøket. Følgende grunner var de viktigste for deltagelse i forsøket:

- Utvikling av prosessen for å tildele pleie- og omsorgstjenester
- Bedre styringsdata
- Mulighet for økonomisk gevinst ved deltagelse
- Mulighet for å styrke pleie- og omsorgstjenestene

På tildelingssiden vurderte vi at kommunene var nokså ulike: noen hadde en tildelingspraksis som sammenfalt i stor grad med den som har vært gjeldende i forsøkskommunene, mens andre kommuner så et større potensial for læring. De fleste kommunene vil imidlertid måtte arbeide mer med revurdering av vedtak for å kunne drive i forsøket.

5 Utvikling i tjenestene

I dette kapitlet analyserer vi hvordan tjenestene har utviklet seg i forsøkskommunene sammenlignet med andre kommuner. Kapitlet baserer seg på kvantitative data blant annet fra KOSTRA, Kommunalt Pasient- og Brukerregister (KPR), spørreundersøkelsen til kommunene, aktivitetstilskuddene og kommunens detaljerte regnskaper. Kapitlet belyser hvordan tjenestesammensetningen i kommunen ser ut, hvilke typer tjenester som brukes, og indikatorer som kan si noe om kvaliteten på tjenestene. Når vi vurderer utviklingen i tjenestene har vi lagt vekt på følgende forhold, som vi mener speiler målsetningene i forsøket:

- ▶ I hvilken grad blir forsøkskommunene likere hverandre og resten av landet med tanke på tjenestesammensetning?
- ▶ I hvilken grad klarer forsøkskommunene å utforme en hensiktsmessig omsorgstrapp som gjør det mulig å møte brukerens behov på beste effektive omsorgsnivå?

Oppsummering – utvikling i tjenester

- ▶ Forsøkskommunene har utviklet seg i retning av økte kostnader knyttet til institusjon. Forsøkskommunene har dermed blitt likere resten av landet og hverandre. Dette skyldes primært forhold utenfor forsøket og omkategorisering av noen tjenester.
- ▶ Forsøkskommunene har hatt en betydelig økning i BPA, støttekontakt, avlastning og omsorgslønn, langt sterkere enn resten av landet. Dette kan være en effekt av forsøket.
- ▶ Lavterskeltjenester påpekes som en mangel i flere av kontrollkommunene, men ikke i forsøkskommunene. Dette kan tyde på at lavterskeltilbudene har styrket seg som følge av forsøket.
- ▶ Andelen årsverk i brukerrettede tjenester med helseutdanning er blitt redusert i forsøkskommunene, samtidig som den har økt i resten av landet. Dette kan ha sammenheng med den store økningen i blant annet BPA og støttekontakt.
- ▶ Dekningsgradene for innbyggere over 80 år har den samme nedadgående trenden som resten av landet. Forsøkskommunene har ikke utviklet seg annerledes enn andre kommuner når det gjelder å få innbyggere til å klare seg uten tjenester.
- ▶ Gjennomgangen av individdata fra KPR viser at det gjennomsnittlige funksjonsnivået for kartlagte brukere har vært relativt uendret i forsøkskommunene gjennom forsøksperioden.
- ▶ Dataene viser også at de etablerte forsøkskommunene har en profil med mer bruk av helsetjenester i hjemmet også for mer behovstrengende brukere. Det er imidlertid usikkert om dette er en effekt av forsøket eller et grunnleggende trekk ved kommunene.

5.1 Generell utvikling i tjenestene

Aktivitetstilskuddene i forsøket gir en presis kilde til informasjon om utviklingen i tjenestene for alle kommuner som har benyttet den statlige finansieringsmodellen. Dette avsnittet gjennomgår hvordan tjenestene helt overordnet har utviklet seg i forsøksperioden.

Tabell 5-1 viser den samlede økonomiske effekten av utviklingen i vedtatte timer og døgn.²⁴ Den summerer kun de tre kommunene som har deltatt i forsøket hele perioden, slik at datagrunnlaget er sammenlignbart over tid.²⁵

Tabell 5-1: Samlet aktivitetstilskudd fordelt på tjeneste i Lillesand, Bjørnafjorden/Os og Stjørdal. Tall i mill. kroner, faste 2021-priser.

Tjenester	2017	2018	2019	2020 ²⁶	2021 ²⁷	Endring 2017-2021
Langtidsopphold på institusjon	132	139	203	248	252	91 %
Korttidsopphold på institusjon	77	88	89	94	96	25 %
Utskrivningsklare fra sykehus	2	2	2	1	1	-47 %
Helsetjenester i hjemmet	596	574	566	614	601	1 %
Praktisk bistand daglige gjøremål	52	78	70	81	84	62 %
Praktisk bistand, opplæring	127	129	134	137	134	5 %
Praktisk bistand, BPA	17	22	24	35	40	135 %
Avlastning utenfor institusjon	9	8	10	11	13	49 %
Dagsenter	51	50	50	53	52	2 %
Omsorgslønn	12	12	13	15	16	35 %
Støttekontakt	13	15	15	15	16	30 %
	-	-	-	-	-	
<i>Institusjon</i>	<i>211</i>	<i>229</i>	<i>294</i>	<i>344</i>	<i>349</i>	<i>66 %</i>
<i>Helsetjenester, praktisk bistand</i>	<i>792</i>	<i>803</i>	<i>794</i>	<i>867</i>	<i>859</i>	<i>8 %</i>
<i>Andre tjenester</i>	<i>84</i>	<i>85</i>	<i>88</i>	<i>94</i>	<i>98</i>	<i>16 %</i>
I alt	1 087	1 117	1 175	1 304	1 305	20 %
I alt ekskl. Fusa	1 087	1 117	1 175	1 187	1 189	9%

Samlet sett viser aktivitetstilskuddene at utgiftene har vokst med 20 prosent. En del av veksten fra 2019 til 2020 skyldes innlemmingen av tidligere Fusa i forsøket (gjennom sammenslåing av Os og Fusa til Bjørnafjorden). Dersom man anslagsvis korrigerer for dette, er den totale veksten for de tre kommunene ca. 100 mill. kr. (9 prosent).²⁸

Det er store forskjeller i den økonomiske betydningen av ulike tjenester. Tilskuddene til helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand utgjør om lag 65 prosent av det samlede tilskuddet. Videre kommenteres noen vurderinger knyttet til tabellen.

- 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 også preget av at tidligere Fusa har kommet til, som hadde en større del av tilbudet på institusjon enn det som ellers er vanlig.

²⁴ Vi har beregnet utviklingen i aktivitetstilskuddet i faste 2021-priser. Det betyr at vi har brukt satsene for tilskuddet for 2021 også for tidligere år. På den måten fjerner vi effekten av prisveksten, slik at dataene gir et uttrykk for utviklingen av aktivitet.

²⁵ Merk at Bjørnafjorden også inkluderer tidligere Fusa (ca 3800 innbyggere) fra og med 2020 og at dette forklarer en liten del av veksten.

²⁶ Merk at aktivitetstilskudd for vedtatte tjenester som har blitt midlertidig påvirket/ redusert som følge av koronapandemien har blitt videreført.

²⁷ Forutsatt at andre halvår er likt som første halvår 2021.

²⁸ Estimert basert på forholdstallet mellom Fusa og Os kommuners brutto utgifter til pleie og omsorg 2019. Forutsatt at 19,3 % av Bjørnafjordens aktivitetstilskudd er basert på tjenester i Fusa.

- ▶ Tilskudd knyttet til *helsetjenester i hjemmet* har i sum vært relativt konstant i perioden, som i praksis betyr at andelen har blitt redusert siden både tjenester og behov ellers har økt. I praksis kan dette skyldes at en del tjenester har blitt omkategorisert til institusjon (f.eks. omhjemling i Stjørdal), og at tydeligere føringer knyttet til kategorisering har gjort at flere tjenester har blitt omkategorisert fra helsetjenester i hjemmet til praktisk bistand.
- ▶ Økningen tilskudd for BPA, støttekontakt, avlastning utenfor institusjon og omsorgslønn har vært høy. Dette omtales og analyseres nærmere i kapittel 5.2.
- ▶ Tilskudd knyttet til *dagsenter* har vært relativt stabil gjennom perioden.
- ▶ Forsøket har ikke hatt noen konsekvenser av betydning med tanke på kommunens mottak av utskrivningsklare pasienter.

5.2 Utvikling i en rekke enkelttjenester (BPA, avlastning, mv.)

Aktivitetstilskuddene gir grunnlag for å analysere tjenesteutviklingen på et relativt detaljert nivå. Dette kapittelet sammenligner utviklingen for en rekke tjenester som det rapporteres på – og som finansieres – gjennom forsøket. Tjenestene som analyseres er dette kapittelet er følgende:

- ▶ Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
- ▶ Omsorgslønn
- ▶ Støttekontakt
- ▶ Avlastning utenfor institusjon
- ▶ Dag- og aktivitetstilbud

Hver analyse tar utgangspunkt i endringen fra første til siste aktivitetstilskudd. For kommunene som har vært med hele tiden er dette 1. kvartal 2017 til 2. kvartal 2021, mens Hobøl og Selbu har kortere perioder.²⁹ Framstillingen under er knyttet til vedtatte timer. Målt i kroner utgjør det samlede tilskuddet til disse tjenestene i 2. kvartal 2021:

- ▶ Lillesand: 6,5 mill. kr (10,5 prosent av samlet aktivitetstilskudd)
- ▶ Bjørnafjorden: 17,4 mill. kr (11,4 prosent av samlet aktivitetstilskudd)
- ▶ Stjørdal: 11,1 mill. kr (9,5 prosent av samlet aktivitetstilskudd)

Tabell 5-2: Endring i timer til utvalgte tjenester for Lillesand, Bjørnafjorden og Stjørdal, fra 1. kvartal 2017 til 2. kvartal 2021. Kilde: Aktivitetstilskudd

Tjeneste	Lillesand			Bjørnafjorden/Os ³⁰			Stjørdal			Samlet		
	1.kv 2017	2.kv 2021	Endr.	1.kv 2017	2.kv 2021	Endr.	1.kv 2017	2.kv 2021	Endr.	1.kv 2017	2.kv 2021	Endr.
BPA timer	2 559	3 037	19 %	4 551	10 476	130 %	1 189	10 319	768 %	8 299	23 832	187 %
Omsorgslønn timer	1 423	2 456	73 %	5 250	6 237	19 %	3 753	7 063	88 %	10 426	15 756	51 %
Støttekontakt timer, individuell	1 909	2 462	29 %	4 870	6 920	42 %	3 368	5 942	76 %	10 147	15 324	51 %
Avlastning utenfor institusjon, timer	1 456	3 387	133 %	4 322	5 191	20 %	2 525	2 184	-14 %	8 304	10 762	30 %
Dag- og aktivitetstilbud, timer	13 687	11 442	-16 %	15 719	25 776	64 %	13 738	8 685	-37 %	43 144	45 902	6 %

²⁹ Indre Østfold inkluderes ikke her siden de kun har to kvartaler med aktivitetstilskudd.

³⁰ Tallene gjelder for både Os og Bjørnafjorden. Kommunesammenslåingen gjorde at Bjørnafjorden fikk ca 18 % flere innbyggere enn tidligere Os kommune, og tallene må derfor tolkes i lys av dette.

Tabell 5-2 viser at de tre kommunene som har deltatt i forsøket i hele perioden har hatt en betydelig økning i bruken av BPA, omsorgslønn, støttekontakt og avlastning utenfor institusjon³¹. Av tjenestene som vises her er det kun dag- og aktivitetstilbud som har hatt en moderat utvikling hvis man ser de tre kommunene under ett.

Det finnes ikke sammenlignbare tall for resten av landet. Tall fra KOSTRA viser kun antallet brukere av tjenester, ikke hvor mange timer de får. Tabell 5-3 viser imidlertid at det ikke har vært tilsvarende store endringer i antallet brukere med disse tjenestene nasjonalt.

Tabell 5-3: Antall brukere med ulike tjenester, hele landet 2015-2020. Kilde: KOSTRA

Tjeneste	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Endring
Praktisk hjelp: brukarstyrt personleg assistanse	3512	3776	3945	3931	4082	4164	19 %
Avlastning - utanfor institusjon	9780	9777	9611	9514	9522	9658	-1 %
Støttekontakt	36635	36928	37860	38593	38940	38361	5 %
Omsorgsstønad	11151	11431	11584	11632	11628	11655	5 %
Dagaktivitetstilbud - brukere 67-79 år (antall)	3411	3578	3776	3918	4194	4042	18 %

Flere av intervjuene i både årets og tidligere års kartlegging i forsøkskommunene har vist til en stor økning i denne typen tjenester (med unntak av dagaktivitetstilbud). Et gjennomgående tema er at dette ofte er saker der bruker og pårørende uttrykker tydelige krav til at de skal motta tjenester og hvor omfattende de skal være i form av antall timer. De fleste klagesaker som kommunene behandler handler om utmålingen av disse tjenestene.

Videre er dette gjerne tjenester som i mindre grad krever flere ansatte i kommunen, siden dette er tjenester som gjerne leveres eksternt gjennom private tilbydere (BPA), deltids/timesansatte (støttekontakt) eller pårørende (omsorgslønn). Disse tjenestene kan derfor potensielt oppskaleres hurtigere enn andre tjenester som krever fysisk infrastruktur (f.eks. omsorgsboliger, sykehjemsplasser) eller ansatte med fagutdanning (f.eks. helsetjenester i hjemmet).

Sterkt press fra brukere/pårørende, kombinert med økt økonomisk handlingsrom i forsøket, kan derfor ha gjort at det har vært krevende for kommunen å holde tilbake omfanget på disse tjenestene. En informant uttrykte følgende:

«Jeg tror det [finansieringsmodellen] har hjulpet oss å gi riktigere tilbud, i forhold til bl.a. BPA og omsorgsstønad, og kanskje støttekontakt. Det var mer sånn [tidligere], vi måtte ikke gi så og så mange timer. Nå har vi folk som har nesten 100 % omsorgsstønad, det var litt utopi før SIO. Om utviklingen hadde kommet uansett, det er vanskelig å si. Det har gjort det lettere for oss å få igjennom flere timer og [dekke behovene til] folk mer riktig.»

Utviklingen i Selbu og Hobøl er presentert i Tabell 5-4. I disse kommunene har ikke endringene vært like store.

Tabell 5-4: Endring i timer til utvalgte tjenester, Hobøl og Selbu. Kilde: Aktivitetstilskudd

Tjeneste	Hobøl			Selbu		
	1.kv 2017	4.kv 2019	Endring	1.kv 2020	2.kv 2021	Endring
BPA timer	4 433	4 835	9 %	-	532	
Omsorgslønn timer	1 848	1 938	5 %	416	456	10 %

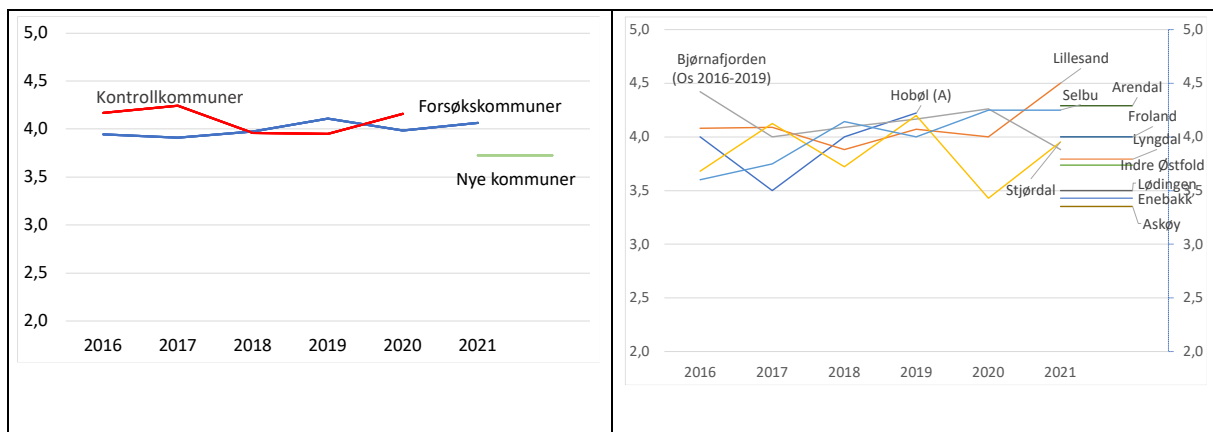
³¹ Merk at tallene kan svinge noe fra kvartal til kvartal, og at de derfor ikke nødvendigvis er et presist mål på utviklingen.

Støttekontakt timer, individuell	927	1 038	12 %	1 544	1 495	-3 %
Avlastning utenfor institusjon, timer	5 525	3 823	-31 %	1 399	1 306	-7 %
Dag- og aktivitetstilbud, timer	5 397	3 797	-30 %	5 455	4 605	-16 %

5.3 Ansattes vurdering av behovsdekning og omsorgstrapp

For å undersøke ansattes vurdering av kommunenes samlede behovsdekning har vi stilt ansatte spørsmål om i hvilken grad tjenestetilbudet dekker de ulike trinnene omsorgstrappen. Disse spørsmålene er del av spørreundersøkelsen til ansatte som har blitt gjennomført årlig.

Figuren til venstre viser et gjennomsnitt for forsøkskommunene, kontrollkommunene og de nye kommunene som gikk inn i forsøket høsten 2021. Skalaen er fra 1 til 5, hvor 5 er den mest positive scoren. Figuren til høyre viser hver enkelt kommune. Resultatene viser at forsøkskommunene samlet sett mener tjenestetilbudet i stor grad dekker trinnene i 2021, med en gjennomsnittlig score på 4,1. Ansatte i Lillesand og Selbu er en god del mer positive enn ansatte i Stjørdal og Bjørnafjorden. Ansatte i forsøkskommunene er også mer positive til omsorgstrappen enn ansatte i de nye forsøkskommunene, markert på høyre side i figurene (med et gjennomsnitt på 3,7). Ser vi på utviklingen i perioden, var ansatte i forsøkskommunene samlet sett litt mindre positiv til omsorgstrappen ved inngangen til forsøket, men endringene er minimale. Kontrollkommunene, markert i rødt, hadde den motsatte utviklingen. Denne utviklingen har ikke fortsatt for forsøkskommunene samlet i 2020 og 2021.



Figur 5-1 Ansattes vurdering av i hvilken grad tjenestene i kommunen dekker trinnene i omsorgstrappen

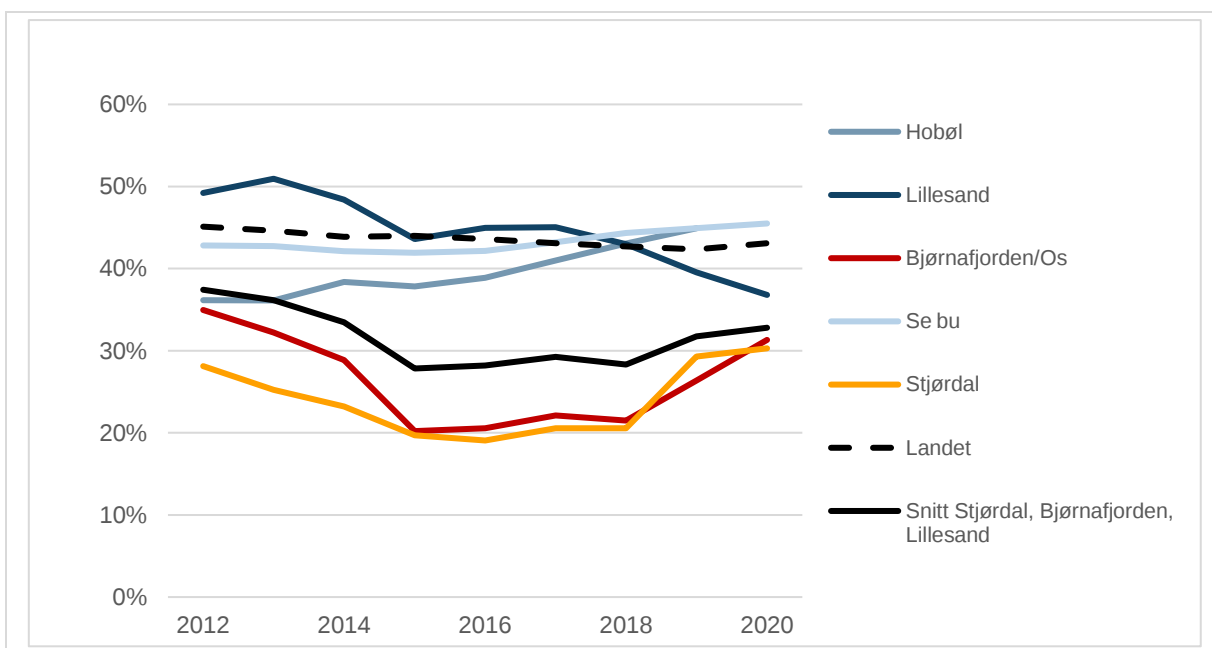
På spørsmål til ansatte i forsøkskommunene om hvilke områder som burde vært prioritert høyere, er det flest som svarer tjenester innen psykisk helse og rus, omsorg pluss/heldøgns bemannede boliger og støttekontakt. I de nye kommunene er det en høy andel som i tillegg trekker frem lavterskeltilbud og forebyggende tjenester. Dette ser vi i mindre grad blant ansatte i forsøkskommunene, som støtter en påstand om at lavterskeltilbud har blitt prioritert i forsøket. Det er svært få som svarer at det er tjenester som burde vært prioritert lavere.

Vi har også bedt ansatte i forsøkskommunene ta stilling til påstanden om at forsøket har ført til at kommunen i) gir flere tjenester lavere i omsorgstrappen og ii) har fått et tjenestetilbud som dekker hele omsorgstrappen. Resultatene er noe blandet, selv om langt flere sier seg enig i påstanden enn de som sier de er uenig. Et flertall svarer at de verken er enig eller uenig i påstandene.

5.4 Andelen av utgiftene brukt på institusjon

Et sentralt spørsmål er hvordan forsøket påvirker den generelle utviklingen i retning av økt satsing på hjemmebasert omsorg slik trenden er for landet som helhet. På den ene siden kan mer profesjonell tildelingspraksis og mer fleksibilitet i tjenestene gjøre at forsøkskommunene klarer å tilrettelegge for mer hjemmebasert omsorg. På den annen side skjermer forsøket kommunene fra den økonomiske belastningen knyttet til å innvilge sykehjemsplasser.

En måte å måle utviklingen på er å se på andelen av utgiftene innen pleie og omsorg som brukes til institusjon. For landet som helhet har reduksjonen vært gradvis og jevn, slik Figur 5-2 viser.



Figur 5-2 Andel av bruttoutgifter brukt på institusjon 2012-2020 for forsøkskommunene og landet. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

For de tre kommunene som har deltatt i forsøket siden starten ser man interessant nok en konvergens der kommunene blir likere hverandre. Bjørnafjorden (tidl. Os) og Stjørdal lå på svært lave nivåer opprinnelig, men har gradvis økt underveis i forsøksperioden, mens Lillesand har redusert sin andel fra et opprinnelig høyt nivå.

Ser man nærmere på forklaringene bak hver enkelt endring er det imidlertid usikkert om forsøket kan forklare utviklingen. Bjørnafjorden åpnet et nytt sykehjem i 2017, og dette var planlagt lenge før forsøket. Stjørdal omhjemlet plasser i boliger med døgnomsorg til sykehjem i 2019, noe som gjør at kostnadene nå kategoriseres som institusjon, selv om det i praksis er mye av det samme tilbudet som gis. Hobøl – som var med i forsøket fram til 2019 – har økt jevnt i hele perioden, og lå ved utgangen av forsøket over snittet for landet.

5.5 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. Tjenestesammensetning i kommunen vil også kunne påvirke hvor høyt utdanningsnivå de ansatte i snitt har. Flere av forsøkskommunene har i kartleggingen pekt på rekruttering av kvalifisert personell som en utfordring.

For landet som helhet var det i 2020 77,5 prosent med relevant fagutdanning i de brukerrettede tjenestene innenfor pleie og omsorg. Gjennomsnittet for forsøkskommunene lå på 80,2 prosent. Sammenliknet med landet er nivået i høyere i Stjørdal og Selbu og betydelig lavere i Bjørnafjorden. Andelen har økt for Stjørdal, den har blitt redusert i Lillesand og Os. Forsøkskommunene lå betydelig høyere enn resten av landet ved inngangen til forsøket, men differansen har blitt betraktelig redusert i løpet av forsøket.

Dette er noe overraskende, ettersom forsøket har hatt en sterk satsing på kompetanse. Kompetansetiltakene i forsøket har imidlertid vært kurs av kortere varighet, og slik sett ikke påvirket de ansattes formelle kvalifikasjonsnivå. Forsøkskommunene hatt en betydelig økning i tjenester som BPA og støttekontakt (jf. kap. 5.2) – hvor andelen helsefagutdannede gjerne er lavere – noe som kan trekke gjennomsnittet i forsøkskommunene ned.

Tabell 5-5 Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning 2015-2020

Kommune	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Endring 2015-2020
Lillesand	83,5	82,6	81,5	80,5	80,8	79,2	-5,1 %
Bjørnafjorden/Os	74,4	77,2	76,1	74,9	73,4	73,7	-0,9 %
Selbu	84,0	83,7	80,5	80,6	83,6	82,9	-1,3 %
Stjørdal	86,0	86,3	87,1	87,9	88,1	86,6	0,7 %
Indre Østfold	.	.	.	.	.	78,5	
Snitt Stjørdal, Os, Lillesand	81,3	82,0	81,6	81,1	80,8	79,8	-1,8 %
Snitt alle forsøkskommuner	82,0	82,5	81,3	81,0	81,5	80,2	-2,2 %
Snitt landet	76,4	76,9	77,2	77,1	77,4	77,7	1,7 %

5.6 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 syv ulike tidspunkter. Tabell 5-6 viser hvordan dette ser ut i 2021. Merk at sammensetningen av kommuner er annerledes blant annet på grunn av kommunesammenslåinger. Tabellen viser uansett at forsøkskommunene har hatt den gjennomsnittlige økningen i antall årsverk har vært relativt høy i perioden 2016-2021³². Veksten i antall ansatte har vært relativt moderat i forsøkskommunene, med unntak av Bjørnafjorden. Hvis man trekker ut 130 ansatte som kom fra tidligere Fusa har antall årsverk steget med 56 prosent i perioden 2016-2021. Dette samsvarer med tallene knyttet til utvikling i bruttoutgifter, som er nærmere omtalt i kapittel 7.2.

Tabell 5-6 Utvikling i antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene 2016-2021 (ekskl. tildeling).

ALLE TJENESTER, EKSL. TILDELINGSENHETEN								
Kommune	2016		2017	2018	2019	2020	2021	Endring
	jan	sept	sept	sept	sept	sept	sept	jan.16 sep.21
Bjørnafjorden						630	676	93 %

³² 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.

<i>Tidl. Os</i>	350	364	375	422	474			56 %**
<i>Tidl. Fusa*</i>					130			
Stjørdal	448	459	468	473	469	453	476	6 %
Lillesand	251	253	261	278	270	285	277	10 %
<i>Selbu***</i>	115	115	115	117	121	121	121	5 %
Totalt	1164	1191	1218	1290	1333	1432	1550	33 %

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

** Vekst dersom tall for Fusa trekkes ut

*** ikke mottatt 2021 tal for Selbu, forutsatt lik som 2020

5.7 Andre indikatorer for tjenesteutviklingen

Vi har i evalueringen også analysert en rekke indikatorer som kan belyse tjenesteutviklingen i kommunene. Siden vi i analysen ikke har funnet tydelige indikasjoner på at disse har endret seg på bakgrunn av forsøket, er disse presentert i Vedlegg C: Nærmere om utviklingen i tjenester.

Dette gjelder:

- ▶ Dekningsgrader for innbyggere over 80 år (KOSTRA)
- ▶ Langtidsplasser og korttidsplasser på sykehjem (KOSTRA)
- ▶ Lege- og fysioterapitimer på sykehjem (KOSTRA)
- ▶ Tildelte timer i hjemmetjenesten (KOSTRA)
- ▶ Prioritering av ulike brukergrupper (kommunale regnskaper)
- ▶ Tjenesteutvikling belyst gjennom Kommunalt pasient- og brukerregister

6 Utvikling i tildelingspraksis

Dette kapittelet beskriver hvordan tildelingspraksis har utviklet seg i forsøksperioden. Omtalen er basert på spørreundersøkelse til ansatte, gjennomgang av et utvalg vedtak for ulike tjenester/år/kommuner og kartlegging av en rekke brukersaker.

Styrket tildelingspraksis står sentralt i forsøket og skal gjøre at brukerne får økt likebehandling og tjenester som er riktigst mulig ut fra brukerens behov.

Oppsummering – utvikling i tildelingspraksis

- ▶ Spørreundersøkelsen viser tydelig styrking av hvordan ansatte vurderer ulike sider av tildelingsprosessen. Dette understøttes av tidligere års funn og intervjuer gjort i kommunene. Dette gjelder blant annet brukermedvirkning i tildelingsprosessen (å kartlegge brukernes behov, hente nødvendig informasjon fra pårørende og dokumentere brukermedvirkning i vedtakene) og bruk av riktig og tverrfaglig kompetanse.
- ▶ Tildelingsenhetene økte i antall årsverk tidlig i forsøket, og mye av økningen var knyttet til ulike prosjektstillinger. Størrelsen på tildelingsenhetene er nå omtrent tilbake på opprinnelig nivå.
- ▶ Gjennomgangen av vedtak viser forbedringene knyttet til høyere grad av individuell begrunnelse for vedtak, informasjon om endringer og tydelig språk for klageadgang. Det er imidlertid fortsatt forbedringspotensial med tanke på vedtak, blant annet knyttet dokumentasjon av brukermedvirkning og brukers mål. I tillegg kan mange av vedtakene med fordel forenkles slik at de sikrer klart språk.
- ▶ Gjennomgang av brukersaker viser at majoriteten av brukere er fornøyd med både tildelingsprosessen og tjenestene de mottar. Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom forsøkskommunene og kommunene som ikke er i forsøket.
- ▶ Brukersakene viser at forsøkskommunene har stor oppmerksomhet om brukermedvirkning gjennom dialog og kartleggingsamtaler. Kommuner som har deltatt i forsøket har i større grad enn kommuner som ikke har deltatt, arbeidet for å sørge for at kartleggingsverktøy er anvendbare.
- ▶ Det fremstår som sannsynlig at kommunene gjennom økt oppmerksomhet om brukermedvirkning og standardiserte saksbehandlingsprosedyrer har styrket forutsetningene for likebehandling og behovsdekning.

6.1 Ansattes vurdering av tildelingsprosessen

De neste avsnittene viser hvordan ansatte vurderer ulike sider ved tildelingsprosessen. Resultatene er basert på spørreundersøkelse til ansatte som arbeider med tjenestetildeling.

6.1.1 Brukermedvirkning i tildelingsprosessen

Vi har vært opptatt av å kartlegge kommunenes informasjonsinnhenting og brukermedvirkning i tildelingen. Vi spurte de ansatte om i hvilken grad de hadde praksis med å innhente:

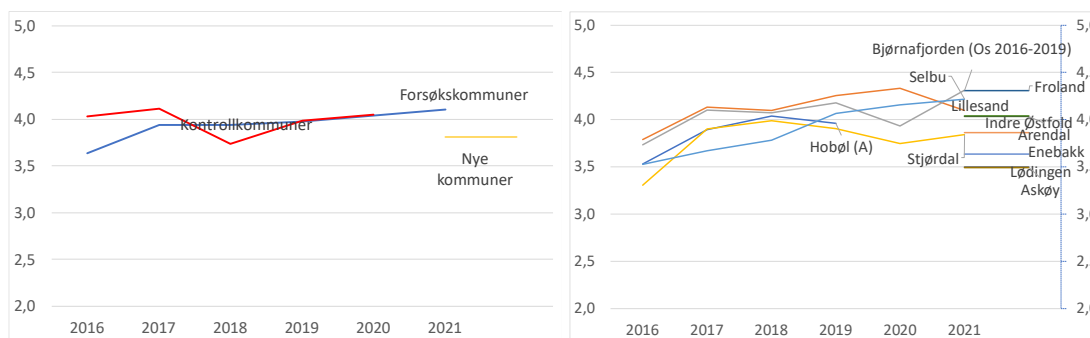
- ▶ tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov
- ▶ tilstrekkelig informasjon om hva som var viktig for brukeren
- ▶ informasjon fra pårørende når det var relevant

Og om:

- ▶ vedtakene gjenspeiler brukernes behov

- kommunen har gode kanaler/arenaer for informasjon og dialogutveksling med brukere og pårørende
- brukermedvirkning er godt dokumentert

Figur 6-1 viser de samlede resultatene på de seks spørsmålene om ulike sider av brukermedvirkning. På en skala fra 1 til 5 vurderer ansatte i forsøkskommunene brukermedvirkning samlet sett som bedre i 2021 (4,0) enn i 2016 (3,6). Denne utviklingen så vi ikke for kontrollkommunene. Ansatte i Bjørnafjorden, Selbu og Lillesand skårer praksis for brukermedvirkningen høyt, mens ansatte i Stjørdal er litt mindre positive. Forsøkskommunene vurderer brukermedvirkning samlet sett som en del bedre enn ansatte i de nye kommunene.



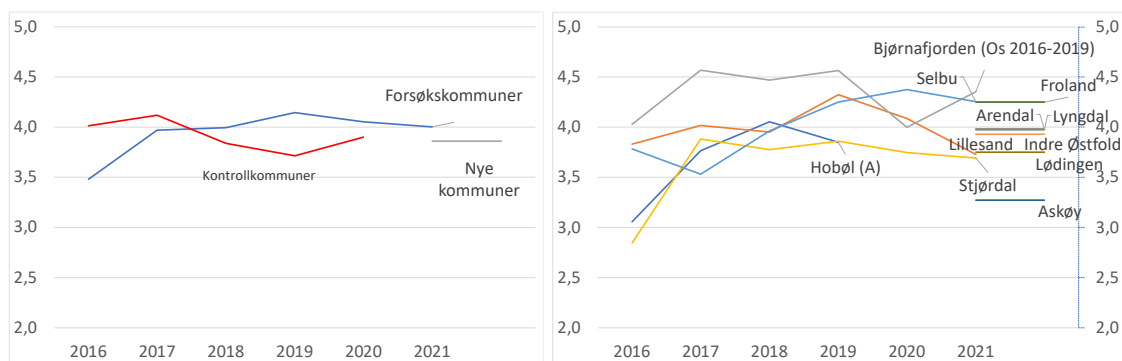
Figur 6-1 Ansattes vurdering av brukermedvirkning, gjennomsnitt på seks spørsmål om ulike sider av brukermedvirkning.

Ansatte i forsøkskommunene er særlig positive til at kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon om brukers situasjon og behov (score 4,4) og hva som er viktig for brukeren (score 4,3). Kanaler og arenaer for informasjonsutveksling og dialog med brukere og pårørende vurderes ganske kritisk, og får blant de laveste scorene på alle spørsmålene som er stilt (3,7). Det samme gjelder hvorvidt brukermedvirkning er godt dokumentert (score 3,8). Områdene de ansatte er mer kritiske til er i tråd med resultater fra tidligere år, og tyder på at det kanskje arbeides for lite systematisk for å styrke disse områdene.

6.1.2 Kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen

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

- det er benyttet tilstrekkelig fagkompetanse
- praksis for innhenting av informasjon fra tredjepart (f.eks. utførerenhet, fastlege, spesialisthelsetjeneste)
- kvalitet på saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige
- bruk av tverrfaglig kompetanse



Figur 6-2: Ansattes vurdering av kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen, gjennomsnittlig score på fire spørsmål

Figur 6-2 viser gjennomsnittet av resultatene for ulike sider av kompetanse og samhandling i tildelingsprosessen. Samlet sett viser resultatene at forsøkskommunene er mer positive til hvordan kompetanse og samhandling blir benyttet i tildeling i dag enn ved nullpunktet i 2016, en utvikling vi ikke så hos kontrollkommunene. Utviklingen i forsøkskommunene etter 2017 går imidlertid både opp og ned. Vurderingene fra ansatte i Lillesand og Stjørdal tyder på at forbedringene i starten av forsøket ikke er blitt opprettholdt fullt ut. Fra resultatene ser vi at ansatte er minst positive til kvaliteten på saksbehandlingen/det forvaltningsfaglige.

6.1.3 Oppsummering av spørsmål om tildelingsprosessen

Hovedkonklusjonen fra spørreundersøkelsen er at forsøket har gitt en positiv utvikling i flere sider av tildelingsprosessen. Denne positive trenden ser vi i liten grad hos kontrollkommunene, og forsøkskommunene ligger samlet sett på et høyere tilfredshetsnivå enn kommunene som skulle inn i forsøket i 2022. Mye av den positive endringen ser vi i de første årene av forsøket. Samlet sett svarer 8 av 10 av ansatte i 2021 at deltakelsen i forsøket har vært ganske eller svært positivt for kommunen. Ingen svarer at forsøket har vært negativt.

De sidene ved tildelingspraksisen som forsøkskommunene er mest fornøyd med i forsøksperioden er praksisen knyttet til verktøyene for tildeling (Helsedirektoratets veileder for saksbehandling, søknadsskjema for tildeling og kartleggingsskjema/samtaleguide). Også sentrale sider ved brukermedvirkning, som å innhente tilstrekkelig informasjon om hva som er viktig for brukeren, har styrket seg og scorer systematisk høyere utover i forsøksperioden.

Når det gjelder behovsdekning gjennom at tjenestene dekker ulike trinn i omsorgstrappen er resultatene noe mer blandet. De ansattes vurdering gir ikke et entydig bilde på at forsøket har hatt positiv virkning på omsorgstrappen. Resultatene tyder allikevel på at lavterskeltilbud har blitt styrket i forsøkskommunene.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser et tydelig bilde på at forsøkskommunene Lillesand, Stjørdal, Bjørnafjorden og Selbu opplever positive virkninger av forsøket, både på læring og i form av nyttige verktøy.

6.2 Årsverk i tildelingsenheten

Tabell 6-1 viser rapporterte årsverk i kommunenes tildelingsenheter. Interessant nok økte antallet årsverk betraktelig i første del av forsøket. Senere har antallet blitt tilbakeført til omtrent samme nivå som det lå på før forsøket startet. Dette kan stemme overens med beskrivelsen om at det i starten var svært ressurskrevende å tilpasse seg ny metodikk for tildeling og vedtak, men at dette senere er blitt internalisert i daglig drift.

Tabell 6-1 Årsverk i tildelingsenheten 2016-2021.

TILDELINGSENHETEN								
	2016		2017	2018	2019	2020	2021	Endring
Kommune	jan	sept	sept	sept	sept	sept	sept	jan.16 sep.21
Bjørnafjorden						7,6	7,1	- 0,9
<i>Tidl. Os*</i>	8,0	9,5	10,5	11,8	13,9			
<i>Tidl. Fusa</i>					1,8			
Lillesand	5,3	5,3	6,4	6,4	4,8	4,5	4,8	- 0,5
Stjørdal	7,6	7,6	9,2	9,2	10,2	10,9	8,2	0,6
Selbu	1,5	1,5	1,1	1,4	1,6	1,6	1,6	0,1
A Totalt	22,4	23,9	27,2	28,8	32,3	24,6	21,7	-0,7

* 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)

6.3 Gjennomgang av vedtak

Som en del av evalueringsarbeidet har vi i også i 2021 gjennomgått vedtak (melding om vedtak/underretning om vedtak) fra forsøkskommunene. Dette er samme metodikk som i 2015/2016, 2019 og 2020.³³ Gjennomgangen har omhandlet både førstegangsvedtak, revurderinger, men også avslag på søknad om tjenester.³⁴ Gjennomgangen av vedtak fra forsøkskommunene innebærer en gjennomgang av et fåtall saker sett i forhold til antall vedtak som produseres hvert år (samlet 120 vedtak). Våre funn må derfor tolkes i lys av dette.

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, men også se på utviklingen i deltakerkommunene over tid. I gjennomgangen av vedtakene har det vært særlig fokus på utformingen av vedtakene og i hvilken grad det enkelte vedtak inneholder:

- ▶ Lovanvendelse, herunder rettighetsavklaring³⁵ og hjemmel for beslutning
- ▶ Individuell begrunnelse
- ▶ Dokumentert brukermedvirkning
- ▶ Dokumentert mål for bruker
- ▶ Informasjon om av endringer og hvordan dette kan medføre endringer i utmålt tjeneste
- ▶ Tydelig språk for klageadgang

Vedlegg A redegjør nærmere for hva som har ligget til grunn for vurderingen av kriteriene.

³³Gjennomgang av anonymiserte vedtak fra kommunene.

³⁴ 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. Nytt av 2021 er at flere vedtak omhandler kartleggingsvedtak/innsatsteam.

³⁵ Jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd.

Tabell 6-2: Resultat av gjennomgang av vedtak i forsøkskommunene andel av vedtakene som er vurdert til å fylle kriteriene

Kriterier	2015/2016	2019	2020	2021
Lovanvendelse for vedtak	91 %	100 %	94 %	98 %
Individuell begrunnelse for vedtak	69 %	68 %	82 %	83 %
Dokumentert brukermedvirkning i vedtak	35 %	64 %	35 %	43 %
Dokumentert mål for brukeren i vedtak	35 %	55 %	59%	47 %
Behov og endringer i utmålt tjeneste	82 %	100 %	88%	91 %
Tydelig språk ifm. klageadgang	65 %	91 %	94 %	98 %
Snitt: oppfylling av 6 kriterier	63 %	80 %	75 %	77 %

I tabellen fremkommer det at utviklingen vi så fra 2015/2016 til 2019, hvor man fant en positiv utvikling innenfor alle nesten alle områdene, ikke har vedvart fra 2019. Vi har ikke grunnlag for å si noe om hva dette skyldes, og hvorvidt variasjonen skyldes tilfeldigheter.

Samlet sett ser man at andel vedtak som fyller de ulike kriteriene økte fra 2015/2016 (65 %) til 2019 (80%). I 2020 ser vi imidlertid en nedgang, hvor andelen er redusert til 75 %. Det er viktig å presisere at i 2020 var det flere nye kommuner, og at de gjennomgående hadde en lavere skår på alle kriteriene sammenliknet med øvrige kommuner, og at dette var den viktigste forklaringen til nedgangen. I 2021 er andel vedtak som fyller fastsatte kriterier økt til 77 %. Vi ser ikke vesentlig forskjell på «gamle» kommuner i forsøket og nye kommuner.

Gjennomgangen i 2021 viser at andel vedtak som vurderes å fylle kriteriene fortsatt varierer fra kommune til kommune. Fortsatt er det slik at noen kriterier er vurdert å ha en positiv utvikling, andre har hatt en negativ utvikling. I 2021 ser vi at det har vært en positiv utvikling innenfor 4 av 6 kriterier:

- ▶ høyere andel vedtak inneholder riktig lovanvendelse
- ▶ høyere andel vedtak inneholder individuell begrunnelse
- ▶ høyere andel vedtak hvor det fremkommer adgang for endringer
- ▶ høyere andel vedtak hvor informasjon om klageadgang fremkommer.

Siden gjennomgangen startet i 2015/2016 har vi sett at andel vedtak hvor målet til tjenestemottaker fremkom har økt utover i perioden. Årets gjennomgang viser at trenden ikke vedvarer for 2021. Her ser vi en reduksjon på 8 prosentpoeng sammenliknet med 2020. Hva som er årsak til dette vites ikke. Men ettersom både forsøket og nasjonale trender tilsier økt vektlegging av brukermedvirkning, og kartlegging av «Hva er viktig for deg» bør man kanskje forvente at den enkelte tjenestemottakers mål i større grad både fremkommer i underretningen av vedtaket, men også at begrunnelse og vurdering viser til hvordan innvilgede tjenester kan bidra til å nå disse målene.

Som tidligere år har gjennomgangen i 2021 ikke innbefattet en generell vurdering av klart språk i vedtakene. Vi ser at det fortsatt er et potensial om forenkling og klart språk i underretningen av vedtak. Vurderingen er fortsatt at kommunene bør se om det er mulig å både innfri formalkravene til utforming av vedtak, samtidig som språket som benyttes er enkelt å forstå.

6.4 Forsøkets betydning for brukeropplevelse

Resultatene fra brukerkartleggingen viser at de 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. Blant personene som har ytret misnøye, har misnøyen både vært knyttet til *tildelingsprosessen*, til *utmåling/omfang av tjenesten* de har fått og *utførelse* av tjenesten. Disse tre elementene trenger derimot ikke henge sammen. Vi finner eksempler hvor bruker føler seg godt ivaretatt i tildelingsprosessen, men hvor de har fått avslag på tjenesten eller fått færre tjenester enn ønsket. På samme måte finner vi eksempler der bruker er godt fornøyd med tjenesten de har fått, men hvor de er mindre tilfredse med selve tildelingsprosessen.

Vi har ikke klart å identifisere noen systematiske forskjeller i tilfredsheten blant brukerne i forsøkskommunene som har deltatt over tid, hos brukere i nye forsøkskommuner og brukere i kontrollkommuner. Evalueringsdesignet gir imidlertid lite grunnlag for å vurdere generaliserbarheten av funnet.

Under beskriver vi det vi oppfatter er sentrale sider ved tildelingsprosessen og hvordan dette påvirker behovsdekning og likebehandling i kommunene.

6.4.1 Å komme i kontakt med kommunen

Det er hovedsakelig fire måter brukerne kommer i kontakt med kommunens helse- og omsorgstjenester på:

- 1) Brukerne har vært på sykehus/behandlingsinstitusjon, og 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 tjenestene justeres 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 var enkelt å komme i kontakt med kommunen ved behov for tjeneste eller ved endring av tjeneste. Dette har flere årsaker. I mange tilfeller har bruker/pårørende tjenester fra før og kjenner tjenesteutøverne og kan spørre dem når de er innom. Gjennom jevnlig kontakt og møter med tjenesteutøvere etableres det gode relasjoner preget av tillit, som gjør terskelen for å uttrykke sine behov lav. For brukere som kommer fra sykehus, er kontakten som regel etablert av personalet ved sykehuset. Ofte iverksettes tjenesten umiddelbart etter at pasienten er ute av sykehuset, før kommunen har gjennomført kartleggingssamtale eller fattet vedtak i saken. For brukere som selv søker om en tjeneste, enten ved å levere et søknadsskjema eller ringe kommunen, har kommunene generelt gode prosedyrer for å fange opp søknaden og ta kontakt med søker.

På tross av at kommunene generelt sett har gode saksbehandlingsprosedyrer for alle de fire kategoriene av måter brukerne kommer i kontakt med kommunen på, oppfatter vi at den mest sårbare gruppen er personer som selv tar kontakt og som kommunen ikke kjenner fra før. Dette er gjerne

personer har få erfaringer med søknadsprosedyrer og som kan være usikre på hvordan de skal formidle behovet. Enkelte brukere og pårørende mener at formaliserte søknadsprosesser kan bli en barriere i tildelingsprosessen. Det er ganske tydelig at enkelte kommuner er mer fleksible med å bruke telefonsamtaler eller andre henvendelser, ofte med manglende informasjon, som grunnlag for en søknad om tjeneste. Slike eksempler har vi både fra forsøkskommuner og kontrollkommuner. 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.

6.4.2 Brukermedvirkning gjennom dialog

Brukermedvirkning er sentralt i forsøket og skal i stor grad sikres gjennom dialog med brukeren. Dialog blir framhevet som et suksesskriterium i tildelingsprosessen av både saksbehandlere og brukere. Dialog er i denne sammenhengen samtaler som skaper en opplevelse av felles forståelse og tillit mellom brukeren, eventuelle pårørende og kartleggerne i kommunen.

Dialogen med brukerne har flere formål og funksjoner. Gjennom dialogen innhenter kommunen informasjon om relevante forhold i brukerens sak. En viktig del av beslutningsgrunnlaget er brukerens ønsker og behov. Det er ikke et uttalt mål i samtaleguiden som ble utviklet i forbindelse med forsøket, at kartleggingssamtalene skal bidra til en god relasjon. En god relasjon er likevel viktig i de fleste saker, og noe flere saksbehandlere vektlegger i kartleggingssamtaler.

Relasjonsskapende dialog

Dialogen i tildelingsprosessen er avgjørende for brukerens opplevelse og mulighet til å fortelle om behov og ønsker. En relasjonsbyggende dialog preget av tillit og trygghet øker muligheten for å tilby treffsikre tjenester. Både likebehandling og riktig behovsdekning svekkes når dialogen ikke fungerer godt. Rammene for kartleggingssamtalen er ikke fastsatt i verktøyene for forsøket og blir i stor grad opp til den enkelte saksbehandler. Her vil personlige egenskaper, empati og tidligere kjennskap til brukere kunne spille inn i hvordan kartleggingen gjennomføres.

I intervju med saksbehandlere og kartleggingsteam nevner flere informanter eksempler på hvordan de jobber med å legge til rette for at brukeren skal føle seg trygg i kartleggingssamtale. Ett grep er å gi brukeren mulighet til å velge hvor samtalen skal skje. Tilpasning av samtaleguiden er annen måte å få til god dialog og ufarliggjøre situasjonen på. Enkelte informanter forteller at de ønsker å unngå at kartleggingen skal ha form som et intervju, men forsøker heller ha en åpen samtale hvor brukeren kan snakke fritt eller selv kan lede an i samtalen. Inntrykket vårt er at kommunene har ulike måter å tilpasse selve kartleggingssituasjonen på.

I intervjuer med både saksbehandlere og brukere fremkommer det også eksempler på dialog som ikke oppleves som tillitsfull og relasjonsskapende, men der kartleggingssamtalen derimot ble en situasjon der mistillit og skepsis oppstår mellom bruker og kartleggeren fra kommunen. Vanskelig dialog fører til en manglende forståelse av brukers behov og ønsker, noe som gjør det vanskelig for kommunen å tilby tjenester som fyller brukers behov.

Dialog som behovs- og forventningsavklaring

Det å bruke tid på å avklare behov og forventninger hos bruker gjennom jevnlig dialog kan bidra til at brukerne opplever at tjenesten er riktig for dem. Når brukere svarer på spørsmålet «Hva er viktig for deg?», eller ulike omformuleringer av dette, er dette med på å avklare forventninger mellom tjenestemottaker og kommunene. En del saksbehandlere og brukere forteller i intervjuene om at de har snakket med hverandre flere ganger, og gjennom dialog fått en felles forståelse av forholdet mellom behov og hvilke tjenester som kan passe best. Det er likevel ikke avgjørende med jevnlig dialog mellom saksbehandlere og brukere for å gjøre en slik behovs- og forventningsavklaring – dette kan også foregå ved hjelp av utprøving av tiltak i kortere perioder, for eksempel korttidsopphold på sykehjem der brukeren enten blir klar over at det er mulig å klare seg som hjemmeboende en stund til, eller at langtidsplass er det riktige. Korttidsoppholdene ble brukt til undersøke hva som var den mest

passende tjeneste på lang sikt, og til å oppnå en felles forståelse mellom bruker og saksbehandler om dette. Bruker og pårørende kan dessuten ha ulike forventninger og ønsker angående tjenester, noe informantene forteller om at de møter gjennom dialog og relasjonsskaping.

Vi finner imidlertid få tilfeller av at saksbehandlerne fortalte at en slik forventningsavklaring foregår fordi kommunen ønsker å teste ut tjenester lavt i trappa først. Hovedfokuset er heller på å møte brukerens behov. De fleste saksbehandlerne mener allikevel at kommunen jobber etter prinsippet om tjenester på lavest mulig trinn. En forklaring på at vi ikke har observert flere eksempler på utprøving av tiltak på lavere trinn, kan være at kommunene ønsker å unngå å prøve ut tiltak hvis de er sikre på at bruker uansett vil ende opp med et tiltak høyt i trappa. En annen forklaring er at kommunene ønsker å unngå å belaste bruker eller pårørende mer enn nødvendig.

6.4.3 Kommunenes ulike overordnede modeller for kartlegging

Forsøkskommunene praktiserer ulike modeller for kartlegging. Modellene deler seg typisk inn i: 1) kommuner der tildelingsenheten har direkte kontakt med brukeren i kartleggingen, og 2) kommuner som har innført et mellomledd mellom tildelingsenheten og brukeren som gjennomfører kartleggingen. Denne hovedforskjellen gjelder først og fremst i saker med nye brukere. I kommuner som bruker et mellomledd til kartlegging, hender det at saksbehandlere ikke har møtt brukeren før vedtaket fattes. Flere saksbehandlere opplever at det å kun fatte vedtak, uten brukerkontakt, er problematisk.

I kommuner der 1) tildelingsenheten har direkte kontakt med brukeren, gjennomfører saksbehandlerne fra tildelingsenheten kartleggingsbesøk/-samtaler og innhenter opplysninger fra andre aktører ut fra behovene i hver enkelt sak. Sentralt i denne modellen er at kartlegging, vedtak og revurderinger gir grunnlag for å treffe brukerens behov. Dette kan forstås som en ganske strukturert prosess.

I kommuner med den andre modellen, altså kommuner med 2) et mellomledd mellom tildelingsenheten og brukeren i kartleggingen, er det gjerne etablert ulike typer team som gjennomfører kartleggingen. Teamene har ulike navn i ulike kommuner, for eksempel innsatsteam, vurderingsteam, tverrfaglig team og hverdagsmestringsteam. Teamene har ulike funksjoner og arbeidsmetoder, og er ikke nødvendigvis opprettet som en følge av at kommunen er med i forsøket. Teamene foretar ikke bare kartlegging, men kan også tilby lavterskeltjenester i en kort periode, noe som kan bidra til å finne ut hvilke tjenester som passer for brukeren. I noen av kommunene har tjenester fra dette teamet egne vedtak, i andre ikke. Vedtak på tjenester fra teamene kan gjelde kun kartlegging eller andre tjenester, som fysisk aktivitet eller mestringstiltak.

Det varierer videre hvor mye tid og ressurser teamene bruker i hver sak. I kommuner med vedtak kan teamene bruke flere uker på kartlegging, inkludert flere hjemmebesøk. De kan også koble på ulike fagpersoner etter behov underveis i kartleggingsfasen, avhengig av hvilke behov og ønsker som identifiseres i arbeidet.

Ansatte beskriver flere fordeler med mellomleddet mellom tildelingsenheten og brukeren. Teamet kan for det første bruke mer tid og gjennomføre flere samtaler enn kommunen ellers ville hatt kapasitet til. En annen fordel som fremheves, er at teamene har lett tilgang på ulik kompetanse i kartleggingen fordi flere profesjoner er representert i teamet.

En ulempe som ble beskrevet med et slikt mellomledd, er at tildelingsenheten kan bli frakoblet underveis i kartleggingen. Dette kan medføre at tildelingsenheten ikke får alle opplysninger de trenger for å fatte vedtaket, noe som kan forsinke prosessen fordi det må innhentes flere opplysninger. Manglende samarbeid mellom tildelingsenheten og teamet kan også skape ulike oppfatninger om situasjonen til brukeren. I ett eksempel finner vi at tildelingsenheten overprøvde forslaget som brukeren og teamet hadde blitt enige om, noe bruker opplevde som frustrerende.

Når kommunene har etablert ulike modeller for kartlegging, kan det stilles spørsmål ved om dette går ut over likebehandlingen på tvers av kommuner. Basert på analyser av alle datakildene i evalueringen,

kan vi imidlertid ikke trekke en konklusjon om at ulike modeller forhindrer likebehandling. Vi har heller ikke grunnlag for å konkludere med at kartleggingsmodeller med et mellomledd fører til bedre kvalitet i kartleggingen slik at tjenestene treffer brukernes behov bedre. Typisk har de ulike modellene ulike fordeler og ulemper ved seg. Modellen hvor saksbehandler selv foretar kartlegging kan være mer strukturert og oversiktlig enn den andre modellen, kanskje spesielt ut fra et saksbehandlerperspektiv. En styrke er at modellen ofte gir saksbehandler førstehåndskjennskap til brukers situasjon og behov. En ulempe kan imidlertid være at modellen er mindre spesialisert for å komme tett på søker/tjenestemottaker i kartleggings- og utprøvingsfasen, f.eks. gjennom hyppig og tverrfaglig kontakt. Den andre modellen med egne innsats- eller kartleggingsteam virker å være en god modell for å komme tett på brukers situasjon, men kan føre til tidkrevende kartleggingsprosesser og avstand mellom personen som skal fatte vedtak og brukeren. Det er heller ikke urimelig å tenke seg at modellen med innsatsteam også krever flere rutiner i saksbehandlingsprosessen ettersom man har en aktør ekstra. En forklaring på forskjellen mellom modellene kan være at målene hos aktørene kan være ulike. Målet for et innsatsteam vil hovedsakelig være avgrenset til å kartlegge behovet, mens målet for saksbehandler også inkluderer å fatte et vedtak ut fra tjenestene kommunen kan tilby. Overordnet har vi imidlertid inntrykk av at kommunene jevnt over gjør en systematisk, stor og tverrfaglig innsats for å sikre at alle tildelingsprosesser ender opp med en tjeneste som treffer brukernes behov så langt som det er mulig, uavhengig av modell for tildeling.

6.4.4 Gjennomføring av kartlegging

Likebehandling i tildelingsprosessen skal i forsøket sikres gjennom at riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag benyttes i behovsvurdering og tjenestetildelingen, og at det brukes standardiserte verktøy, som for eksempel samtaleguiden. I kriterier for tildeling av omsorgstjenester er det satt som krav at like eller tilsvarende skjema i kartleggingen skal brukes. På spørsmål om hvorvidt disse - kartleggingsverktøyene brukes, forteller de fleste saksbehandlerne at samtaleguiden brukes i stor grad. I kommuner som har brukt samtaleguiden over tid, har spørsmålene blitt en innarbeidet rutine.

Nye brukere blir som regel grundig kartlagt og deltar ofte i flere samtaler før de får vedtak om en tjeneste. Omfanget av kartleggingssamtaler før vedtak er noe vi oppfatter har utviklet seg i forsøkskommunene i perioden. Vi har derimot ikke innhentet systematisk data som støtter dette inntrykket.

Som i tidligere evalueringer av forsøket, ser vi også i år at en del brukere ikke blir kartlagt dersom de kommer rett fra sykehuset. I flere av disse sakene har heller ikke brukeren eller pårørende vært involvert i søknaden. Sykehuset melder behovet til kommunen når pasienten skal skrives ut, og kommunen iverksetter en tjeneste ut fra sykehusets beskrivelser. Det kan være flere mulige grunner til at kommunene ikke gjennomfører kartleggingssamtaler i slike situasjoner. Det kan være praktiske årsaker, som for eksempel begrenset tid til å gjennomføre samtalen før bruker kommer hjem. I slike tilfeller vil også kommunene kunne revurdere tjenesten underveis i tjenesteutførelsen. En annen årsak kan være at kommunen har tillit til sykehusets vurdering av brukerens behov og at informasjonen kommunen har fått, oppleves som tilstrekkelig. En tredje årsak kan, etter vår oppfatning, også være at det kan oppleves som vanskelig å skulle overprøve sykehusets vurdering. Enkelte av kommunene beskriver samarbeidet med sykehusene som utfordrende.

Tilpasning av samtaleguide

Saksbehandlerne forteller at de som regel tilpasser samtaleguiden i møte med den enkelte søker eller underveis i samtalen. Enkelte kommuner har lagt til flere spørsmål som en standardprosedyre eller supplerer guiden med andre kartleggingsverktøy. I intervjuene fremgår det også at kommunene justerer spørsmål etter ulike brukergrupper, for eksempel barn, ut fra brukers kjennskap til hjelpeapparatet og ut fra brukerens funksjonsnivå. Flere oppfatter at guiden er lite tilpasset tjenester innen psykisk helse. Vi har inntrykk av de fleste av forsøkskommunene har arbeidet godt med å

innarbeide en samtaleguide som fungerer. Denne observasjonen finner vi i mindre grad i kontrollkommunene eller forsøkskommunene som gikk inn i forsøket i 2021.

Hva er viktig for deg?

Selv om vi har inntrykk av at de fleste saksbehandlere på en eller annen måte stiller spørsmålet «Hva er viktig for deg?», er det flere som synes spørsmålet er utfordrende å stille og gi svar på. Enkelte saksbehandlere gir uttrykk for at de ofte opplever å vite nok om hva som er viktig for bruker via andre spørsmål, for eksempel spørsmål om brukers mål for tjenesten. Andre peker på at det kan være vrient for brukeren å gi et svar som skal oppsummere det bruker mener er viktig. Enkelte beskriver at de ofte veileder bruker på hvordan de kan besvare spørsmålet, for eksempel ved å foreslå mulige svar på spørsmålet.

Kartleggingsverktøyenes rolle i likebehandling

Ifølge Helsedirektoratets kriterier for tildeling av omsorgstjenester skal bruk av like kartleggingsverktøy bidra til å sikre lik tildelingsprosess og dermed forsøkets mål om likebehandling. Bruk av identiske skjema vil ikke nødvendigvis sikre likebehandling. Det er likevel grunn til å stille spørsmål ved om stor variasjon i bruk av samtaleguiden er til hinder for økt likebehandling. Rammene for kartleggingssamtalen vil trolig ha betydning for informasjonen som fremkommer, uavhengig av om guiden brukes eller ikke. Videre har andre faktorer, som personlige egenskaper og samspillet mellom de som snakker sammen, betydning for forståelse av brukers situasjon og behov. Tydeligere instruksjoner for bruk av guiden og gjennomføring av kartleggingssamtalen kan være hensiktsmessig for at guiden skal bli mer anvendelig i kartlegging av ulike brukergrupper.

6.4.5 Oppsummering

Vi finner at de aller fleste brukerne er godt fornøyd både tildelingsprosessen og tjenestene de får av kommunene. De fleste opplever at det har vært enkelt å komme i kontakt med kommunen, selv om mange ofte trenger bistand fra pårørende, lege eller behandlingsinstitusjon i søknadsprosessen. Vi finner at forsøkskommunene har stor oppmerksomhet på brukermedvirkning gjennom dialog og kartleggingssamtaler. Vi har inntrykk av at omfanget av kartleggingsprosesser, blant annet ved å innføre ulike former for kartleggingsteam/innsetsteam, har utviklet seg i forsøksperioden. Vi har derimot ikke kartlagt dette systematisk, og kan derfor ikke si med sikkerhet hvordan utviklingen er i kommuner som ikke har deltatt i forsøket. Inntrykket er allikevel at kommuner som har deltatt i forsøket, i større grad enn kommuner som ikke har deltatt, har arbeidet for å sørge for at kartleggingsverktøy er anvendbare, blant annet gjennom inngående drøftinger i tildelingsenheten.

Basert på brukerkartleggingen er det vanskelig å konkludere med i hvilken grad forsøket har påvirket likebehandling og behovsdekning. For oss fremstår det som sannsynlig at kommunene gjennom økt oppmerksomhet om brukermedvirkning og standardiserte saksbehandlingsprosedyrer har styrket forutsetningene for likebehandling og behovsdekning. Vi finner imidlertid at ulike modeller for tildeling og variasjon i bruken av kartleggingsverktøy potensielt kan trekke i motsatt retning.

7 Økonomiske konsekvenser 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 7.1 forklarer hvordan finansieringsmodellen har fungert på et overordnet nivå, og gir en oversikt over både det kommunene har fått i inntekter og det de har mistet gjennom uttrekk fra rammetilskuddet. Kapitlet oppsummerer og forklarer også de ulike grunnene til at forsøkskommunene har fått økte overføringer fra staten gjennom forsøket. Kapittel 7.2 sammenligner kommunens aktivitet i forsøksperioden – målt i både utgifter og inntekter – med beregnet demografisk behov. Kapittel 7.3 belyser utviklingen i kommunenes enhetskostnader gjennom forsøksperioden.

Oppsummering – økonomiske konsekvenser

- ▶ Forsøkskommunene har fått langt høyere tilskudd gjennom forsøket enn det de har blitt trukket i rammeoverføringer. Den økonomiske effekten for de fem kommunene som har benyttet den statlige finansieringsmodellen anslås til 372 mill. kr. i 2021, og 1,3 mrd. kr totalt i forsøksperioden.
- ▶ Samtlige kommuner, med unntak av Selbu, har hatt en demografisk vekst i pleietrengende aldersgrupper som overstiger gjennomsnittet for landet. Særlig Bjørnafjorden har hatt sterk vekst.
- ▶ Bjørnafjorden har hatt en økning i både bruttoutgifter og aktivitetstilskudd som langt overstiger demografisk estimert behov. Stjørdal og Selbu ligger lavere.
- ▶ Bjørnafjorden ser ut til å ha hatt en betydelig økning i enhetskostnader i forsøksperioden, mens det for de andre kommunene ser ut til å ligge mer stabilt.
- ▶ Underjusteringen av uttrekket fra rammetilskuddet har gitt en svært stor gevinst for forsøkskommunene, anslått samlet til over 500 mill. kr. i forsøksperioden. Gevinsten tilfaller resten av kommunen, ikke pleie- og omsorgssektoren.
- ▶ Kommunene hadde ved oppstart antagelig lavere enhetskostnader enn satsene i forsøket, og dette forklarer også hvorfor forsøket har gitt økonomisk gevinst for kommunene.
- ▶ Aktivitetsveksten ser ut til å følge det demografisk estimerte behovet. Det er med andre ord ikke grunnlag for å hevde at forsøkskommunene tildeler særlig mer omfattende tjenester nå enn tidligere.
- ▶ Forsøkskommunene har også fått en økonomisk gevinst gjennom at finansieringsmodellen har dekket det som ellers ville vært en økning i kommunenes egenandeler knyttet til ressurskrevende tjenester.

7.1 Statlige overføringer til forsøkskommunene

Dette delkapitlet gjennomgår først inntektene kommunene har fått gjennom forsøket. Deretter vises det til størrelsen på uttrekket og bortfallet av statlige refusjoner for ressurskrevende brukere. Etter det vises differansen mellom disse to størrelsene, som altså utgjør det kommunene har mottatt ekstra gjennom forsøket. Avslutningsvis forklares det hvorfor kommunene har fått mer fra staten gjennom forsøket enn de ville gjort ellers.

7.1.1 Tilskudd 2016-2021

Finansieringsmodellen i forsøket 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.³⁶ Finansieringsmodellen er nærmere omtalt i kapittel 2.1.

Tabell 7-1 er en forenklet fremstilling som viser tilskuddene forsøkskommunene samlet sett har mottatt i forsøksperioden.³⁷ For fremstillingens del har vi kun presentert kommuner som deltar i den statlige finansieringsmodellen med aktivitetstilskudd. Bjørnafjorden og Stjørdal er de kommunene som har fått høyest tilskudd gjennom forsøket. Dette er blant annet fordi disse er de største kommunene blant de som har deltatt lenge.

Tabell 7-1: Tilskudd i forsøket 2016-2021. Mill. kr, løpende priser. Kilde: Helsedirektoratet

År	Lillesand	Stjørdal	Bjørna- fjorden/ Os	Selbu (2020-)	Indre Østfold (2021-)	Hobøl (-2019)	SUM
2016	104	199	169	0	0	55	526
2017	224	442	375	0	0	115	1 156
2018	235	440	419	0	0	120	1 215
2019	257	458	466	0	0	119	1 301
2020	268	468	614	118	28	0	1 497
2021	273	487	654	126	1 048	0	2 588
SUM	1 361	2 494	2 699	244	1 076	409	8 283

Tabell 7-2 bryter dette ned og gir mer detaljert en oversikt over hvilke tilskudd som hvilke kommuner har fått per år. Oversikten viser at aktivitetstilskuddene utgjør den klart største delen av kommunenes inntekter gjennom forsøket.

Tabell 7-2 Tilskudd i forsøket 2016-2021. Mill. kr, løpende priser. Kilde: Helsedirektoratet³⁸

Type tilskudd	År	Lillesand	Stjørdal	Bjørna- fjorden/ Os	Selbu (2020-)	Indre Østfold (2021-)	Hobøl (-2019)
Inntektpåslag	2016	4	8	6			2
	2017	7	12	10			4
	2018	7	12	10			4
	2019	7	13	12			4
	2020	7	13	15	4	28	
	2021	8	13	15	4	29	
	SUM	41	71	68	8	57	13
Rundsumtilskudd	2016	6	10	8			2
	2017	12	21	17			4
	2018	12	21	17			4

³⁶ 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.

³⁷ I tillegg til dette kommer inntektpåslag til kommuner nye forsøkskommuner som gis før forsøket starter, og inntektpåslag til de kommunene som i første del av forsøket ble kalt B-kommuner.

³⁸ Aktivitetstilskuddet for siste halvår 2021 basert forutsatt a-konto aktivitetstilskudd fra Helsedirektoratet, altså før korreksjonsoppgjør.

	2019	13	21	17			4
	2020	13	22	24	11		
	2021	13	22	25	11	41	
	SUM	69	117	109	22	41	13
Aktivitetstilskudd	2016	94	181	154			51
	2017	205	409	349			108
	2018	216	407	392			113
	2019	237	424	437			112
	2020	248	433	575	104		
	2021	252	451	614	111	978	
	SUM	1 251	2 306	2 522	215	978	383
Samlet tilskudd	2016	104	199	169	0	0	55
	2017	224	442	375	0	0	115
	2018	235	440	419	0	0	120
	2019	257	458	466	0	0	119
	2020	268	468	614	118	28	0
	2021	273	487	654	126	1 048	0
	SUM	1 361	2 494	2 699	244	1 076	409

7.1.2 Uttrekk fra rammetilskudd og ressurskrevende brukere

Som forklart innledningsvis har forsøkskommunene fått et uttrekk fra rammetilskuddet. Uttrekket har tatt utgangspunkt i kommunens utgifter til pleie- og omsorg året før kommunen gikk inn i forsøket. Uttrekket har deretter blitt justert årlig for prisvekst (kommunal deflator) og en nasjonal rate for demografisk endring.

I tillegg har forsøkskommunene i perioden heller ikke fått statlige refusjoner for tjenester til ressurskrevende brukere (slik andre kommuner får), siden disse tjenestene også finansieres gjennom finansieringsmodellen i forsøket. Kommunene har imidlertid fortsatt å rapportere på dette slik at det fremgår hva kommunen ellers ville ha fått i statlige overføringer.

Tabell 7-3 summerer disse to postene per år og kommune. Tabellen viser altså det kommunen ville ha fått av rammer pluss statlig tilskudd dersom de ikke hadde deltatt i forsøket.³⁹

Tabell 7-3: Uttrekk fra rammetilskudd pluss fravær av statlig refusjon for ressurskrevende tjenester. Mill. kr i løpende priser. Kilde: Helsedirektoratet, egne beregninger

År	Lillesand	Stjørdal	Bjørna- fjorden/ Os	Selbu (2020-)	Indre Østfold (2021-)	Hobøl (-2019)	SUM
2016	99	189	153	0	0	51	492
2017	198	375	305	0	0	102	980
2018	207	393	320	0	0	106	1 026
2019	213	404	328	0	0	109	1 054
2020	221	419	461	107	0	0	1 209
2021	227	430	472	110	983	0	2 222
Sum	1 166	2 209	2 040	217	983	368	6 984

³⁹ Siden vi ikke har tall for ressurskrevende brukere for 2021 har vi forutsatt at disse er like som tallene for 2020.

7.1.3 Økte overføringer til forsøkskommunene

Tabell 7-1 viser tilskuddene forsøkskommunene har mottatt gjennom forsøket, mens Tabell 7-3 viser det de hadde mottatt av rammeoverføringer/tilskudd dersom de ikke var med. Differansen mellom de to utgjør det kommunene har mottatt i ekstra overføringer fra staten gjennom forsøket, og er framstilt i Tabell 7-4.

Tabell 7-4: Ekstra overføringer fra staten til forsøkskommunene fordelt på kommune og år. Mill. kr i løpende priser. Kilde: egne beregninger

År	Lillesand	Stjørdal	Bjørnafjorden/ Os	Selbu (2020-)	Indre Østfold (2021-)	Hobøl (-2019)	SUM
2016	5	10	16	0	0	4	34
2017	25	67	70	0	0	13	176
2018	28	47	99	0	0	14	189
2019	44	54	138	0	0	10	247
2020	47	48	153	11	28	0	288
2021	46	58	182	16	65	0	366
Sum	195	285	659	27	93	41	1 299

Beregningene viser at Bjørnafjorden/Os er den kommunen som har kommet økonomisk best ut av forsøket, mens også Lillesand og Stjørdal har hatt betydelige overskudd. De andre kommunene har kun vært med en kortere periode og gevinstene er derfor av mer begrenset art, sammenlignet med kommunene som har deltatt lengst. Neste avsnitt går nærmere inn på grunnene til at overføringene har blitt så store.

7.1.4 Hvorfor har det blitt økte statlige overføringer?

I løpet av forsøket har det av ulike grunner vist seg at deltakelsen i forsøket har gitt betydelige gevinster. Som beskrevet i avsnitt 7.1.3 har forsøket over seks år gitt mer enn 1,3 mrd. kr. i overføringer til de seks forsøkskommunene.⁴⁰ Denne effekten var ikke planlagt før forsøket startet, med unntak av inntekstpåslaget som var en del av forsøksopplegget.

Dette kapittelet forklarer hvorfor overføringene fra staten til kommunene har blitt større enn forventet. Tabell 7-5 oppsummerer de viktigste effektene og størrelsen av dem.

Tabell 7-5 Oversikt over grunner økte overføringer fra staten til forsøkskommunene 2016-2021, oppdaterte anslag i mill. kr

Effekt	Anslått i mill. kr for perioden 2016-2021	Forklaring
Inntekstpåslag	258	Fire prosent av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester (uttrekket). 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.
Demografi-gevinst	531	Underjustering av uttrekket fra kommunenes rammetilskudd. Tilfaller andre sektorer i kommunen.

⁴⁰ Altså Lillesand, Stjørdal, Bjørnafjorden/Os, Selbu, Indre Østfold og tidl. Hobøl. I tillegg kommer overføringer til kommuner som deltok i Modell B, og inntekstpåslag til de nye forsøkskommunene i som startet høsten 2021/januar 2022.

Ressurskrevende tjenester	136	Effekt av at forsøkskommunene får dekket økningen i egenandeler forbundet med ressurskrevende brukere.
Økning i aktivitetsnivå	0-100	Effekt av at økt aktivitet (flere vedtak/timer) dekkes av staten og ikke av kommunene. Anslått liten eller ingen effekt.
Lavere enhetskostnader enn satser i forsøk	274-374	Effekt av at kommunenes opprinnelige enhetskostnader lå lavere enn satsene det opereres med i forsøket. Dette gir kommunene en avanse per tjeneste de yter.
Totalt	1299	

Disse effektene drøftes nærmere i de neste avsnittene. Inntektspåslaget er en tydelig definert forutsetning i forsøket og forklares derfor ikke nærmere her.

Demografi-gevinsten

Kommunene i forsøket har alle hatt sterk vekst i aldersgruppene som utløser behovet for pleie- og omsorgstjenester. Dette er illustrert i avsnitt 7.2.1, hvor det framgår at forsøkskommunene har hatt langt sterkere vekst enn den nasjonale satsen som er lagt til grunn i forsøket.

Veksten i demografi bidrar til å øke nivået på rammetilskuddet som kommunene mottar. Uttrekket i forsøket er imidlertid basert på det nasjonale gjennomsnittet, altså en mer forsiktig vekst. Når uttrekket blir for lite betyr det at resten av kommunen får for mye. Siden behovsveksten innen pleie og omsorg i forsøket finansieres gjennom den statlige finansieringsmodellen (aktivitetstilskudd), og den samme behovsveksten også er inkludert i det resten av kommunen får, betyr det at kommunene blir kompensert dobbelt for ekstraordinær demografisk vekst.

Vi har beregnet den økonomiske effekten av dette med å ta differansen mellom det faktiske uttrekket (basert på nasjonal demografisk utvikling) med det uttrekket hadde vært hvis det hadde vært lagt til grunn en mer realistisk behovsutvikling tilpasset den enkelte kommune (jf. 7.2.1). Tabell 7-6 **Feil! Fant ikke referanse kilden.** viser at særlig Bjørnafjorden/Os og Stjørdal har nytt godt av denne effekten. For Selbu, som har hatt en behovsutvikling som i større grad ligner den i landet for øvrig, har denne effekten vært ubetydelig.

Tabell 7-6: Beregnet demografi-gevinst for forsøkskommunene 2016-2021, mill. kr i løpende priser. Kilde: egne beregninger

Kommune	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Sum
Lillesand	1,5	6,7	14,9	17,8	18,5	25,2	84,6
Stjørdal	4,0	21,5	30,0	37,3	38,9	49,0	180,6
Bjørnafjorden Os	1,9	19,1	26,7	37,8	48,1	61,8	195,5
Bjørnafjorden Fusa ⁴¹	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	7,1	10,1
Selbu	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,4	1,9
Indre Østfold	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,9	20,9
Hobøl	2,1	10,4	10,3	14,8	0,0	0,0	37,6
Sum	9,5	57,8	82,0	107,6	110,0	164,4	531,2

⁴¹ For denne beregningens del har vi splittet Bjørnafjorden opp i to deler, siden uttrekksåret for hhv. Os-delen og Fusa-delen var ulik. Totalen av de to blir effekten for Bjørnafjorden sin del.

Denne effekten tilfaller resten av kommunen, siden de får større rammer enn de ellers ville gjort. Litt forenklet formulert betyr det at rammene for skole og barnehage kan øke som følge av at det blir flere eldre i forsøkskommunene.⁴²

Gevinst knyttet til dekning av egenandel for 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 2020 fikk norske kommuner refundert 80 prosent av direkte lønnsutgifter for enkeltbrukere over innslagspunktet på 1 430 000 kr. Ordningen gjelder personer under 67 år. Bakgrunnen for ordningen er at omfanget av kostnader forbundet med slike brukere er preget av store tilfeldige variasjoner.

For forsøkskommunene blir altså det øremerkede statlige tilskuddet erstattet med den nye aktivitetsbaserte finansieringen⁴³. Forsøkskommunene har likevel fortsatt å rapportere på tjenester til ressurskrevende brukere. Kommunenes beregnede egenandel har økt i forsøksperioden, men 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. Kommunens tidligere egenandeler var en del av uttrekket, og økonomisk gevinst for kommunene beregnes ved å sammenligne uttrekket med beregnet egenandel. Resultater vises i Tabell 7-7.

Tabell 7-7: Beregnet økonomisk gevinst for forsøkskommunene knyttet til tjenester for ressurskrevende brukere. Løpende priser, tall i mill. kr.

	2016	2017	2018	2019	2020	Sum
Hobøl	3,0	2,4	2,3	3,3		11,0
Lillesand	2,2	6,7	8,8	17,7	18,3	53,8
Bjørnafjorden/Os ⁴⁴	5,6	3,3	20,7	21,3	21,3	72,3
Selbu					-1,8	-1,8
Stjørdal	2,7	7,3	-4,5	1,2	-5,9	0,9
I alt	13,5	19,8	27,3	43,6	31,9	136,1

Liten eller ingen økonomisk gevinst fra økning i aktivitetsnivå

En mulig grunn til at staten får økte kostnader er dersom aktiviteten øker. For eksempel: kommunen har opprinnelig 10 plasser som til sammen koster 10 mill. kr. (enhetskostnad 1 mill. kr.). Hvis kommunen nå tildeler to plasser til vil kommunen få 2,4 mill. kr. mer fra staten (gitt at satsen fortsatt er 1,2 mill. kr.). Staten har da finansiert økningen i aktivitet.

I prinsippet er det lett å se for seg at aktiviteten vil øke når den fullfinansieres av staten. Det finnes eksempler i forsøket på tjenester som det har blitt innvilget mer av fordi forsøket har gitt rom for det (BPA, omsorgslønn mv). Dette har blitt påvist både gjennom intervjuer og de faktiske tilskuddene, ref. kapittel 5.2.

Som illustrert i kapittel 5.1 har økningen i aktivitetstilskudd i perioden 2017-2021 vært på om lag 9 prosent eller 100 mill. kr. dersom Fusa holdes utenfor. Avsnitt 7.2.3 sammenligner utviklingen i aktivitetstilskudd med den estimerte behovsveksten. Forsøkskommunene viser ingen tydelige tegn til å øke aktivitetstilskuddene mer enn det behovsveksten skulle tilsi. Dette kan tyde på at det ikke har

⁴² Vi har imidlertid ikke oversikt over hvordan kommunene har valgt å disponere midler som ikke er øremerket pleie og omsorg.

⁴³ Unntaket er brukerbetalingene for disse brukerne, som kun er av marginal betydning.

⁴⁴ For 2020 ikke beregnet pga. kommunesammenslåing. Forutsatt samme gevinst som 2019.

blitt tildelt mer omfattende tjenester i forsøksperioden, noe også alle forsøkskommunene har vært svært opptatt av helt siden forsøket startet.

Dersom kommunene ikke hadde vært med i forsøket hadde de fått kompensert den demografisk estimerte behovsveksten gjennom det kommunale inntektssystemet. Siden sistnevnte har utviklet seg omtrent likt som aktivitetstilskuddet kan ikke økt aktivitet forklare de økte overføringene fra staten til forsøkskommunene.

Gevinst fra lavere enhetskostnader enn satser i forsøket

Hvis kommunens *opprinnelige* enhetskostnader er lavere enn satsene det opereres med i forsøket vil pleie- og omsorgssektoren få mer fra staten enn de ellers ville fått over budsjettene fra sin egen kommune. For eksempel, hvis en kommune driver 10 sykehjemsplasser før forsøket til en kostnad på 10 mill. kr., vil enhetskostnaden til kommunen for en sykehjemsplass være 1 mill. kr. I forsøket vil staten få 10 mill. kr. «tilbake» gjennom uttrekket fra rammetilskuddet. Dersom satsen (aktivitetstilskuddet) i forsøket for en sykehjemsplass er 1,2 mill. kr. vil kommunen få 12 mill. kr. fra staten for de samme 10 plassene. Altså vil kommunen ha fått et overskudd på 2 mill. kr. og pleie og omsorgssektoren vil kunne disponere disse midlere på andre ting innenfor egen sektor. Staten finansierer dette overskuddet.

Det neste spørsmålet blir da hvordan kommunens pleie- og omsorgstjeneste velger å bruke overskuddet. De kan enten la overskuddet gå tilbake i driften, for eksempel for å finansiere økt kvalitet. Da vil enhetskostnaden til kommunen øke, og bli likere satsene i forsøket. Alternativt kan kommunen velge å holde kostnadene konstant, og heller spare eller investere overskuddet. Uavhengig av hvordan kommunenes enhetskostnader har utviklet seg underveis i forsøksperioden er det like fullt de opprinnelige enhetskostnadene som betyr noe når vi ser på de økonomiske konsekvensene for staten.

Tabell 7-5 estimerer den økonomiske samlede effekten av de økte overføringene fra staten. Enhetskostnader og aktivitetsnivå anslås til samlet å utgjøre om lag 375 mill. kr. av totalt 1,3 mrd. kr. Disse er beregnet ut fra differansen mellom total økning i overføringer og de øvrige effektene. Vurderingene under heller i retning av at differansen i enhetskostnader – i større grad enn økning i aktivitet – forklarer økte overføringer fra staten til kommunene.

Hvis vi ser hva som faktisk har skjedd i forsøksperioden kan vi oppsummere følgende:

- ▶ Kartleggingen fra 2017 (jf. kap 7.3.3) viser at enhetskostnadene i forsøkskommunene på daværende tidspunkt i snitt lå omtrent fem prosent lavere enn satsene i forsøket. Dette forklarer hvorfor kommunene har gått med overskudd og fått økte overføringer. Hvis man for enkelhets skyld tar utgangspunkt i at kommunene lå fem prosent lavere enn satsene i forsøket, vil den økonomiske effekten av dette i forsøket utgjøre omtrent 300 mill. kr.
- ▶ Sammenligningen mellom utvikling i bruttoutgifter og aktivitet (jf. Tabell 7-11) viser at dette har utviklet seg likt i Stjørdal og Lillesand, noe som tyder på at de ikke har økt egne enhetskostnader. Dette kan blant annet forklare hvorfor Stjørdal har klart å spare såpass mye som de har gjort i forsøksperioden. Bjørnafjorden⁴⁵ har på sin side økt bruttoutgiftene med 51 prosent samtidig som aktiviteten kun har økt 22 prosent. Dette kan tyde på at enhetskostnadene har økt i perioden.

⁴⁵ Trukket fra beregnet andel for Fusa.

7.2 Utvikling i aktivitet og behov

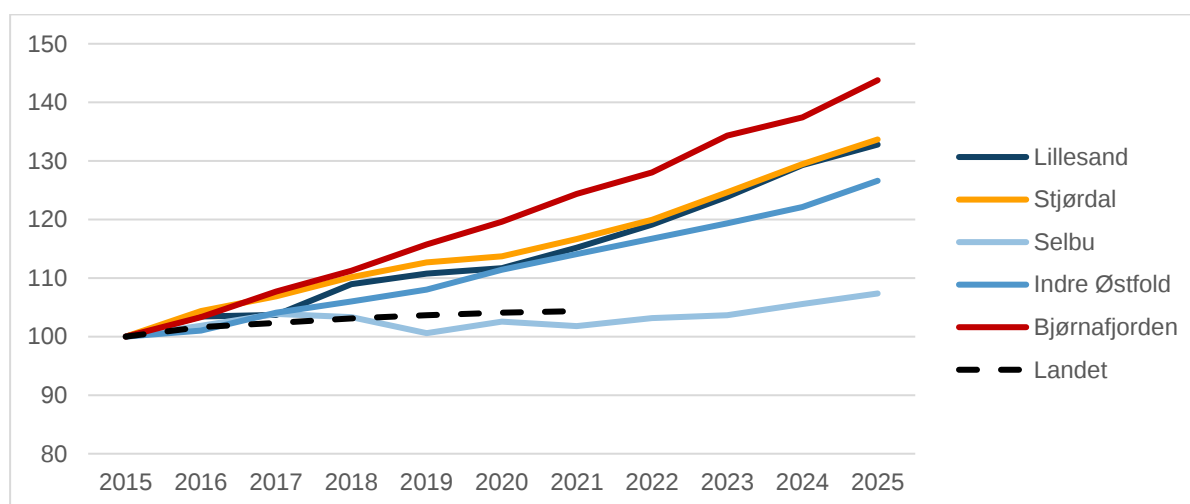
Dette kapittelet beskriver først den demografiske utviklingen i forsøkskommunene. Deretter sammenlignes den demografiske utviklingen med både utviklingen i aktivitet (tjenester) og brutto utgifter i kommunene.

7.2.1 Demografisk vekst i forsøkskommunene

Vi har foretatt en beregning av behovet for pleie- og omsorgstjenester som følge av demografiske endringer for perioden fra 2015 til 2025 (jf. Figur 7-1). Beregningene er gjort ved hjelp av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet. Vektene i inntektssystemet er tilordnet de ulike sektorene i kommunen basert på hvilke aldersgrupper som bruker hvilke tjenester.⁴⁶ For demografien har vi brukt statistikk for perioden 1988–2021.⁴⁷ Statistisk sentralbyrå publiserer ikke lenger data for 2020 for Hobøl og Os, siden disse kommunene nå er en del av Bjørnafjorden og Indre Østfold. Tallene for disse før 2020 er basert på demografien i kommunene de en gang besto av.

Det er viktig å understreke at beregningen ikke nødvendigvis viser den eksakte behovsutviklingen i kommunen. Modellen tar kun utgangspunkt i ulike aldersgrupper og det estimerte pleie- og omsorgsbehovet forbundet med hver gruppe. Utviklingen i aktivitet vil også være påvirket av utviklingen for brukere med stort behov for bistand. Utviklingen for disse brukerne er til en viss grad preget av «små talls lov» og tilfeldige utslag. I 2017 til 2019 var det for disse brukerne en vekst for Os og en reduksjon for Stjørdal. Det ser altså ut til at noen av utslagene for disse to kommunene nettopp kan forklares med utviklingen i brukere som krever store ressurser.

Figuren viser at alle forsøkskommunene 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. Bjørnafjorden har en vekst som er større enn de andre kommunene.



Figur 7-1: Beregnet pleie- og omsorgsbehov som følge av demografiske endringer, basisår 2015 (=100). Kilde: SSB, egne beregninger

⁴⁶ F.eks. er vektene for barnehage basert på antall personer i aldersgruppene 2-6 år, mens pleie og omsorg i stor grad styres av antallet personer i eldre aldersgrupper.

⁴⁷ 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 innvandring. Hvert alternativ beskrives ved fire bokstaver i følgende rekkefølge: fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. M = middels, L = lav og H = høy.

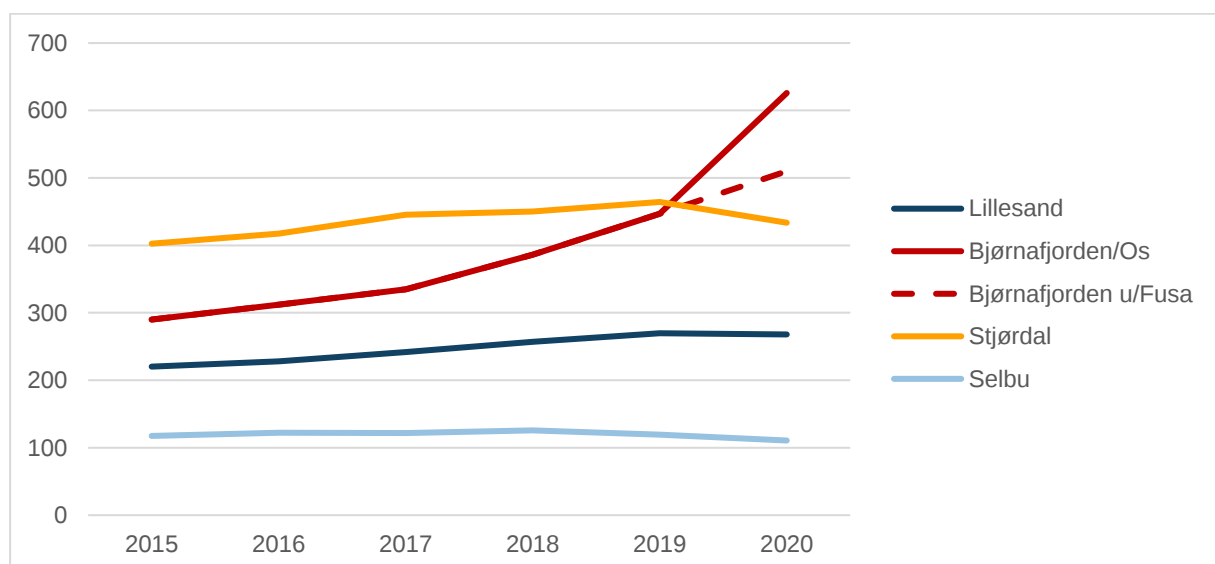
Fra 2015 til 2021 var den gjennomsnittlige årlige veksten:

- ▶ Lillesand: 2,4 %
- ▶ Bjørnafjorden / Os: 3,7 %
- ▶ Stjørdal: 2,6 %
- ▶ Selbu: 0,3 %
- ▶ Indre Østfold: 2,2 %
- ▶ Landet: 0,7 %⁴⁸

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 2021 som i 2016. Sammenliknet med de fire andre kommunene er utviklingen i Selbu altså mer på linje med det som ellers er vanlig.

7.2.2 Utvikling i bruttoutgifter sammenlignet med demografisk vekst

Bruttoutgiftene målt i faste priser⁴⁹ vist i Figur 7-2 kan sies å gi et godt uttrykk for aktiviteten for pleie- og omsorgsutgiftene i kommunene.



Figur 7-2 Korrigerte brutto driftsutgifter 2015-2020 i faste 2020-priser samlet for forsøkskommunene⁵⁰. Tall i mill. kr. Kilde: KOSTRA

I perioden fra 2015 til 2020 har utgiftene økt med 40 prosent i de fire forsøkskommunene, fra 1,0 til 1,4 mrd. kroner (faste 2021-kr). Bjørnafjorden/Os har stått for det meste av veksten.

Tabell 7-8: Sammenligning mellom endring i bruttoutgifter (prisjustert) og demografisk beregnet behov innen pleie og omsorg 2015-2020. Kilde: egne beregninger basert på KOSTRA

Endring 2015-2020

⁴⁸ Vekstraten lagt til grunn for beregning av uttrekket.

⁴⁹ 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)».

⁵⁰ For å illustrere effekten av kommunesammenslåing vises det også tall for Bjørnafjorden hvor utgiftene for tidligere Fusa (2019-tall, prisjustert til 2020) er trukket ut. Før 2020 er det kun tall for Os som vises.

	Bruttoutgifter (prisjustert)	Demografisk fremskrevet behov PLO
Lillesand	22 %	12 %
Bjørnafjorden/Os	116 %	-
Bjørnafjorden u/Fusa	75 %	20 %
Stjørdal	8 %	14 %
Selbu	-6 %	3 %

Tabell 7-8 viser at bruttoutgifter til pleie- og omsorg har økt mer enn det demografisk estimerte behovet i Bjørnafjorden/Os og Lillesand. Særlig Bjørnafjorden/Os har hatt en utgiftsvekst som er langt større enn det demografisk vekst skulle tilsi. Stjørdal og Selbu har utviklet seg i motsatt retning, her har endring i bruttoutgifter vært lavere enn det estimerte demografiske endringer skulle tilsi.

7.2.3 Utviklingen i aktivitetstilskudd sammenlignet med demografisk vekst

I løpet av forsøket har det vært en 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 vise hvorvidt det er etablert en ny praksis for tildeling.

TAB sammenlikner veksten i aktiviteten med veksten i det estimerte demografiske behovet. Den viser at Lillesand har hatt en tilsvarende vekst i begge størrelser. Stjørdal har hatt lavere vekst i aktivitetstilskudd enn i estimert behov, noe som kan indikere at de har blitt mer nøkterne i tjenestetildelingen. For Bjørnafjorden (uten Fusa) har aktivitetstilskuddet økt litt mer enn det estimerte behovet. Differansen mellom endring i aktivitetstilskudd og demografisk fremskrevet behov er ikke veldig stor, og går i ulike retninger. Tabellen tyder derfor på at endret omfang av tildelte tjenester i liten grad forklarer økte overføringer fra staten til kommunene.

Tabell 7-9: Sammenligning av endring i aktivitetstilskudd og demografisk fremskrevet behov innen pleie og omsorg. Kilde: aktivitetstilskudd, egne beregninger

	Endring 2017-2021	
	Aktivitetstilskudd (prisjustert)	Demografisk estimert behov
Lillesand	11 %	11 %
Bjørnafjorden/Os	51 %	-
Bjørnafjorden u/Fusa	22 %	16 %
Stjørdal	-2 %	9 %

7.3 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 7.3.1) og vi har sammenliknet veksten for bruttoutgifter med aktiviteten (avsnitt 7.3.2).

7.3.1 Bruttoutgifter per oppholdsdøgn

Den generelle trenden for landet er at kostnader per oppholdsdøgn på sykehjem øker. Dette kan ha sammenheng med den generelle overgangen til hjemmebasert omsorg, som gjør at de brukerne som får plass på institusjon er mer skrøpelige enn tidligere og derfor har et høyere behov for tjenester.

Forsøkskommunene har hatt en vekst i bruttoutgiftene per oppholdsdøgn som er noe høyere enn resten av landet. Særlig Bjørnafjorden/Os har hatt en vekst i utgifter per oppholdsdøgn. Dette kan ha sammenheng med kjøp av private plasser i påvente av ferdigstillelsen av nytt sykehjem.⁵¹ Videre gjorde tidligere Os kommune store investeringer i kompetanseutvikling og utstyr i perioden 2017-2019 som også kan ha påvirket kostnadsnivået. Videre opplevde Hobøl en kraftig økning i enhetskostnader for sykehjem den tiden de deltok i forsøket, fra et opprinnelig lavt nivå i 2017. Det har i tidligere rapporter blitt dokumentert en rekke forbedringer i tjenestetilbud ved sykehjemmet i Hobøl som kan forklare denne kostnadsveksten.

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

Utviklingen i forsøkskommunene er noe overraskende siden denne veksten *ikke* blir finansiert gjennom forsøket. Tvert imot finansierer alle forsøkskommunene selv veksten i utgifter per plass. Det bør utvises varsomhet med å legge for mye i disse tallene, siden differansen til landet ellers er relativt liten.

Tabell 7-10: Bruttoutgifter per oppholdsdøgn 2015-2020. Faste 2021-priser. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Kommune	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Endring 2015- 2020
Stjørdal	3511	3327	3579	3129	3471	3676	5 %
Hobøl (tidl)	2997	3359	3629	3920	4389		46 %
Lillesand	3788	4138	4522	4747	4583	4109	8 %
Bjørnafjorden (tidl Os)	3842	4183	4969	5792	5300	5191	35 %
Selbu ⁵²	3044	3185	3171	3697	3680	3975	31 %
Indre Østfold						3689	
Snitt Stjørdal, Bjørnafjorden, Lillesand	3714	3883	4357	4556	4452	4325	16 %
Snitt alle forsøkskommuner	3436	3638	3974	4257	4285	4128	20 %
Snitt landet	3493	3574	3633	3796	3832	3987	14 %

7.3.2 Sammenligning av bruttoutgifter og aktivitetstilskudd

Vi har sammenliknet den samlede veksten for bruttoutgiftene til pleie og omsorg med aktivitetstilskuddene. 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

⁵¹ 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 tabellen.

⁵² Selbu har 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.

enhetskostnadene øker. For eksempelet kan en kommune bruke flere vikarer for å betjene det samme antallet beboere på et sykehjem. Da er aktivitetstilskuddet konstant, mens utgiften øker.

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 er her tatt utgangspunkt i årene 2017-2020 hvor det finnes data for både brutto driftsutgifter og aktivitetstilskudd.

Tabell 7-11: Sammenligning mellom bruttoutgifter og aktivitetstilskudd 2017-2020. Kilde: KOSTRA, aktivitetstilskudd, egne beregninger

	Endring 2017-2020	
	Bruttoutgifter	Aktivitetstilskudd
Lillesand	11 %	11 %
Bjørnafjorden/Os	87 %	51 %
Bjørnafjorden u/Fusa	51 %	22 %
Stjørdal	-3 %	- 3 %

For Stjørdal og Lillesand kan det se ut som om enhetskostnadene har vært relativt konstante i forsøksperioden, siden bruttoutgiftene har hatt en lik utvikling som aktivitetstilskuddet. For Bjørnafjorden har bruttoutgiftene økt langt mer enn det som kan forklares ut fra økt aktivitet. Dette indikerer ganske tydelig at enhetskostnadene i Bjørnafjorden har gått opp i forsøksperioden. Kvalitative intervjuer i Bjørnafjorden peker på en rekke grunner til at dette har skjedd, blant annet lavere terskel for å kjøpe nytt utstyr, bruke vikarer og sende ansatte på kurs. Samtidig må det legges til at Bjørnafjorden har et nytt sykehjem fra 2017 som også kan forklare økte kostnader.

7.3.3 Enhetskostnader 2017

Vi beregnet i 2017 enhetskostnader⁵³ for tjenestene som finansieres av forsøket både for forsøkskommunene (inkl Selbu), samt Røyken og Kristiansand (for å få en bredere sammenligning). For de syv kommunene viser beregningene følgende avvik mellom kommunenes enhetskostnader og de nasjonale satsene:

Tabell 7-12 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
Lillesand	-6 %	-12 %	?	+2 %
Os	-5 %	-6 %	-35 %	+20 %
Stjørdal	-8 %	-7 %	+17 %	-11 %
Selbu	-3 %	-1 %	?	-5 %
Hobøl	+2 %	+14 %	?	-10 %
Røyken	-5 %	+11 %	-31 %	-5 %
Kristiansand	-14 %	+0 %	-1 %	-30 %

Av de syv kommunene som ble kartlagt var det bare Hobøl som samlet hadde 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

⁵³ Beregningene er dokumentert i rapporten: *Enhetskostnad norske kommuner*. Agenda Kaupang 30. januar 2019. Rapportnummer: 9272-07

gevinst og hvilke som gir et tap. Mangel på pålitelige data har gjort at det ikke har vært mulig å beregne enhetskostnadene for aktivisering i Selbu, Hobøl og Lillesand.

At det vektete gjennomsnittet for enhetskostnader i forsøkskommunene er lavere enn satsene i forsøket kan være en del av forklaringen på hvorfor kommunene har gått med overskudd i forsøket.

8 Oppsummering og vurdering

Dette kapittelet oppsummerer våre vurderinger av hvilke effekter forsøket har hatt. Først forsøkets to hovedmålsetninger – økt likebehandling og riktigere behovsdekning – deretter andre effekter vi mener forsøket har hatt. De mest sentrale andre effektene er ett vår vurdering at kommunene:

- ▶ Fått et bedre styringsgrunnlag for å følge opp utviklingen i tjenestene
- ▶ I noen tilfeller fått svekket styring av kostnadene
- ▶ Økt sin egen kompetanse, særlig når det gjelder tjenestetildeling
- ▶ I liten grad latt seg påvirke av økonomiske insentivene i finansieringsmodellen

Videre vurderer hvorfor disse effektene har inntruffet og knytter dette til ulike sider av intervensjonen som forsøket utgjør. Deretter gjøres det vurderinger knyttet til generaliserbarhet fra forsøket. Avslutningsvis gis det noen generelle læringspunkter fra forsøket.

8.1 Gir forsøket gir likere tildeling og tjenester mellom forsøkskommunene?

I tidligere evalueringsrapporter har vi skrevet at forsøket sannsynligvis har gitt likere tildeling og tjenester både mellom forsøkskommunene 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 at tildelingsarbeidet har blitt styrket står som et solid funn også nå. Det er imidlertid ikke tydelige tegn til at tendensene knyttet til likere tjenester har fortsatt i den senere delen av forsøket. Når det gjelder likere tjenestenivå mellom kommunene er det imidlertid mulig – som understreket også i tidligere rapporter – at en del av effekten kan skyldes mer likeartet *koding* av tjenestene, heller enn endringer i selve tjenesten.

Som beskrevet i kapittel 3.3 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 3.3. I kartleggingen har vi sett etter informasjon som taler for (eller mot) at tildeling eller tjenester har blitt likere mellom forsøkskommuner.

Det er sider ved forsøket som bør være egnet til å gi likere tildelingsprosesser på tvers av forsøkskommunene. Alle forsøkskommunene var opprinnelig forpliktet⁵⁴ seg til å organisere tildelingen for alle tjenester i en separat enhet, de skal bruke de samme verktøyene (samtaleguide mv.) og de har samme krav til dokumentasjon og rapportering om vedtakene.

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 tidligere:

- ▶ Gjennomsnittlig antall tildelte timer til praktisk bistand per uke var ved starten av forsøket på svært varierende nivå i forsøkskommunene, der to kommuner lå svært høyt, og to lå lavt i forhold til snittet for landet. I løpet av forsøksperioden har dette antall tildelte timer konverget, ved at de som opprinnelig lå lavest har økt, mens de som lå høyest har redusert. Mye av effekten skyldtes Hobøl som nå ikke er med i forsøket lengre. Konvergensens skjedde først og

⁵⁴ Denne forpliktelsen gjelder ikke lengre, men den tidligere forpliktelsen har naturlig nok påvirket hvordan kommunene har organisert tildelingen i dag.

fremst tidlig i forsøket, noe som kan indikere at ny måte å kode tjenestene på som følge av finansieringsmodellen var en viktig forklaring.

- ▶ Samtlige forsøkskommuner – og særlig de som har vært med i forsøket siden starten – har hatt en jevn økning i mange av de samme tjenestene. Dette gjelder BPA, omsorgslønn, støttekontakt og avlastning utenfor institusjon. Dette kan tyde på at forsøket gir muligheter eller insentiver til å prioritere disse tjenestene.
- ▶ 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 andre 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 at økningen slik sett ikke kan tilskrives forsøket.

Det er også indikasjon på at tildelingspraksis blir likere innad i hver kommune:

- ▶ Intervjuene i kommunene viser at det har blitt en mer likeartet måte å tildele tjenester på og mindre innslag av individuell praksis. Flere beskriver 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 før forsøket ofte hadde sin egen praksis for å tildele tjenester.
- ▶ Vedtaksgjennomgangen viser en økt kvalitet på vedtakene gjennomgått i løpet av forsøksperioden, selv om det fortsatt er rom for forbedringer. Bedre saksbehandling kan føre til mer likebehandling ettersom det er en tettere sammenheng med blant annet lovkravene til tjenestene.
- ▶ Spørreundersøkelsen til ansatte som arbeider med tildeling 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.

Selv om det er tegn til likere tildeling, tyder evalueringen på at det fortsatt er betydelige forskjeller og at virkemidlene i forsøket ikke er tilstrekkelige til å fjerne forskjeller mellom kommuner og kanskje heller ikke innenfor kommuner.

8.2 Gir forsøket riktigere behovsdekning for innbyggerne?

Som beskrevet både i denne rapporten og tidligere viser funnene 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 kvalitetshevede tiltak. En del tjenester slik som BPA, omsorgslønn og støttekontakt har økt mye i forsøkskommunene. Brukersakene viser at forsøkskommunene har økt oppmerksomhet om brukermedvirkning og saksbehandlingsprosedyrer, og det er sannsynlig at dette styrker forutsetningene for bedre behovsdekning.

Som beskrevet i kapittel 3.3 er riktigere behovsdekning for innbyggerne knyttet til både å gjøre en riktigere behovskartlegging og tildeling, og å faktisk tilby bedre tilpassede tjenester.

Flere funn tyder på at kommunenes behovsvurderinger er forbedret:

- ▶ Tilnærmingen med å vektlegge «Hva er viktig for deg?» har ifølge mange informanter 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, og hvor kommunen har større oppmerksomhet mot 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. Blant annet informantene fra Selbu (som startet opp med forsøket først i 2019) trekker fram 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.
- ▶ Noen informanter trekker fram at de i mindre grad må vektlegge økonomiske hensyn i tildelingen av tjenester. Dette har særlig vært knyttet til BPA, omsorgslønn og støttekontakt, hvor den faktiske økningen i vedtatte timer har vært stor.
- ▶ Forsøkskommunene bruker mer tid på å gjennomføre kartlegginger av brukerne, og intervjuer og gjennomgang av brukersaker i 2020 og 2021 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 ofte at to ansatte er med og kartlegger. Gjennomgangen av individdata fra KPR viser at forsøkskommunene i større grad enn andre kommuner hadde vurdert brukerens funksjonsnivå i forkant av vedtaket.
- ▶ 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 forsøkskommunene.

Videre er det også enkelte funn som tyder på at brukerbehov vektlegges sterkere i utvikling av tjenestene:

- ▶ Satsing på forebyggende og rehabiliterende tiltak har økt i forsøksperioden, noe som kommer godt fram i tidligere evalueringsrapporter. Eksempler er samtalegrupper innen rus/psykiatri og treningsgrupper med ergo/fysio i Hobøl, hverdagsmestringsteam, trygghetsambulerende team og rehabiliteringsenhet i Stjørdal, utvidelse av hverdagsrehabilitering med etterbygging i Bjørnafjorden og innsatsteam i Lillesand.
- ▶ Flere informanter beskrev – særlig i første del av forsøket – økt økonomisk handlingsrom til å etablere nye eller styrke eksisterende tjenester, noe som kanskje ikke ville blitt prioritert uten forsøket. Allerede i fjorårets kartlegging kom det fram at denne trenden var i ferd med å snu i forsøkskommunene. Stjørdal, Bjørnafjorden og Lillesand vurderte alle hvilke tjenester de kan forsvare å beholde når forsøket skal avsluttes.
- ▶ 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 Bjørnafjorden. Flere informanter melder også om at terskelen for å bruke vikarer har blitt lavere.
- ▶ På den annen side har det vært en jevn økning i brukere på institusjon i forsøkskommunene, og økningen har skjedd hovedsakelig i langtidsplasser heller enn korttid. Videre har dekningsgradene i for tjenester til eldre innbyggere fulgt trenden for resten av landet. Dette viser at selv om kommunene har igangsatt mange tjenester lavt i omsorgstrappen har ikke dette nødvendigvis endret den overordnede sammensetningen av omsorgstrappen.

Som påpekt i tidligere rapporter er det krevende å påvise endringer fra brukeres og pårørendes perspektiv. Brukersakene som har blitt kartlagt i forsøksperioden viser ingen systematisk forskjell mellom forsøkskommunene og andre kommuner med tanke på å dekke brukernes behov. Eventuelle

virksomheter av forsøket er krevende å påvise ettersom brukerne generelt var fornøyd med tjenestene også tidligere, og at mye av det brukeren opplever skyldes forhold som ikke er direkte påvirket av forsøket. Brukere som har vært gjenstand for en bredere kartlegging, eller tiltak som det satses på i forsøket (f.eks. hverdagsmestring), har imidlertid stort sett vært tilfreds med dette.

Ser man på den samlede utviklingen i forsøkskommunene er det mye som trekker i retning av at kommunene 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. Det ser imidlertid ikke ut til at disse tjenestene har avløst mer ressurskrevende tiltak.

8.3 Hvilke andre effekter har forsøket hatt?

Dette delkapittelet omhandler andre viktige effekter av forsøket. De viktigste andre effektene er etter vår vurdering at kommunene har:

- ▶ Fått et bedre styringsgrunnlag for å følge opp utviklingen i tjenestene
- ▶ I noen tilfeller fått svekket styring av kostnadene
- ▶ Økt sin egen kompetanse, særlig når det gjelder tjenestetildeling
- ▶ I liten grad latt seg påvirke av økonomiske insentivene i finansieringsmodellen

Disse forklares nærmere i de neste avsnittene.

8.3.1 Bedre styringsgrunnlag, men svakere styring av kostnader

Forsøket har gitt kommunene et langt bedre styringsgrunnlag enn tidligere med løpende oversikt over tjenester, og økt mulighet for å analysere egne data. På tross av dette, er det flere tegn på at den økonomiske styringen har blitt svakere i noen av kommunene. Det har også vært lite oppmerksomhet i kommunene fram til 2020 rundt effektene som har økt budsjetttrammene til andre deler av kommunen.

Tidligere rapporter har omtalt forsøkskommunenes tilpasning til finansieringsmodellen. Et sentralt poeng ved finansieringsmodellen er at alle vedtak til enhver tid skal gjenspeile tjenestene som ytes. Dette gir kommunene bedre mulighet til å vite hvilke tjenester de faktisk yter, og analysere kostnader og bruk av ansatte i forhold til dette.

Et sentralt spørsmål er hvorvidt dette har ført til en bedre styring av tjenestene. I evalueringsrapportene for 2019 og tidligere ble det vektlagt at styringsgrunnlaget var blitt bedre, det vil si *muligheten* til å styre tjenestene bedre. Det er imidlertid flere forhold som tyder på at økonomistyringen på noen områder har blitt svekket, noe som også har fått økt oppmerksomhet i 2020:

- ▶ Evalueringsrapporten fra 2019 omtalte at 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 kommunene forventet å vende tilbake til ordinær rammefinansiering når forsøket avsluttes. Ser man på de faktiske bruttoutgiftene opp mot faktisk aktivitet ser det tydelig ut som Bjørnafjorden har hatt en særskilt vekst i enhetskostnader (jf. kap 7.3).
- ▶ Fra 2020 har flere informanter pekt på økt bevissthet rundt forsøkets økonomiske konsekvenser for andre deler av kommunen, altså den effekten som omtales som «demografi-gevinsten» (jf. avsnitt 7.1). 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 har vært fullt ut forstått av alle forsøkskommunene.

- Flere informanter har tidligere år gitt 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.

Kommunene har likevel hatt gevinster fra forsøket gjennom 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 omkoding av disse. Flere beskriver dette som en jobb som aldri ville blitt prioritert hvis ikke man var i forsøket, men som viste seg å gi stor verdi. De fleste informanter har vært tydelige på at de ønsker å fortsette med dette systemet også etter at forsøket avsluttes.
- Informanter på leder- og økonominivå har i tidligere års kartlegginger trukket 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. Flere av de nye forsøkskommunene, som etter planene skulle startet opp i 2022, har også trukket fram dette som en viktig motivasjon for å delta i forsøket.
- 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 utviklet Os kommune utviklet en modell for å sammenligne de langsiktige kostnadene ved hverdagsrehabilitering kontra institusjon.

Det er ikke klart hvorfor økonomistyringen er blitt svekket selv om styringsgrunnlaget er blitt styrket, men en nærliggende hypotese som understøttes av enkelte informanter, er at når helse- og omsorgssektoren har fått separat finansiering, har de også fått mindre oppmerksomhet fra politikere og overordnet ledelse i kommunen. De økonomiske vilkårene i forsøket har vært såpass gode at forsøkskommunene har hatt overskudd i sektoren. Noen av virkningene kan også ha vært kompliserte å forstå, f.eks. underjusteringen av uttrekket (demografi-gevinsten).

8.3.2 Forsøket har økt kommunens kompetanse

Alle forsøkskommunene har økt sin kompetanse gjennom forsøket. Særlig tildelingsenhetene har blitt mer tverrfaglige, samarbeider tettere med tjeneste- og økonomienheter, og arbeider mer systematisk med brukermedvirkning, kartlegging og vedtak. Det er 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 2 har forsøkskommunene gått gjennom et omfattende læringsopplegg, hvor særlig kompetanse innen tjenestetildeling har stått sentralt. En overvekt av informanter trekker fram læringseffektene fra forsøket som den viktigste effekten forsøket har hatt. Det er mange funn som trekker i retning av at kommunens kompetanse har økt gjennom forsøksperioden:

- 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 utførerenhetene. Dette bekreftes i spørreundersøkelsen hvor det er markant forbedring i forsøkskommunene fra 2016 til 2021 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
- ▶ 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».
- ▶ Alle kommunene som har deltatt i hele forsøksperioden 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. Det er forskjeller i graden av systematisering av kompetansesatsingen.
- ▶ 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.

8.3.3 Lite tilpasning til de økonomiske insentivene i stykkprismodellen

I evalueringen har vi funnet få tegn til at det har skjedd en uforholdsmessig økning i aktivitet eller vridning mot tjenester som har vært lønnsomme for forsøkskommunene.

I en finansieringsmodell basert på enhetspriser/ stykkpriser vil det være en risiko for at omfanget av stykkprisfinansierte tjenester øker uforholdsmessig mye siden de kompenseres av staten og for at kommunene erstatter tjenester utenfor stykkprismodellen (for eksempel dagsenter) med tjenester innenfor (f.eks. støttekontakt). Videre vil det være en risiko for at det skjer en vridning mot de tjenestene som er mest lønnsomme for kommunen å vedta, altså der differansen mellom egne enhetskostnader og satsene i forsøket er størst. Vi finner imidlertid ikke tegn til at disse mekanismene har inntruffet. Dette omtales i punktene under:

- ▶ Utviklingen i aktivitetstilskudd har vært relativt moderat i forsøksperioden. Som vist i delkapittel 5.1 har aktivitetstilskuddene for de tre forsøkskommunene som har vært med siden starten kun økt med 9 prosent fra 2017 til 2021 (dersom man korrigerer for prisvekst og innlemming av Fusa kommune). Delkapittel 7.2.3 sammenligner utviklingen i aktivitetstilskudd med den estimerte behovsveksten i samme periode. Analysen viser at Bjørnafjorden (korrigert for Fusa) har en utvikling i aktivitetstilskudd som kun er litt høyere enn det den demografisk estimerte behovsutviklingen kan forklare, mens Stjørdals aktivitetstilskudd gikk ned (korrigert for prisvekst). Lillesand hadde lik utvikling i estimert behov og aktivitetstilskudd. Dette tyder på at forsøkskommunene i liten grad har latt finansieringsmodellen styre hvor mange tjenester som tildeles.
- ▶ Delkapittel 5.1 viser hvordan de ulike aktivitetstilskuddene har utviklet seg i forsøksperioden. Dersom kommunene skulle prioritert tjenestene som var mest lønnsomme, ville vi ha forventet en økning i helsetjenester. Analysen av enhetskostnader fra 2017 (jf. avsnitt 7.3.3) viste at det var innen hjemmetjenester at forsøkskommunene hadde den mest fordelaktige differansen mellom egne enhetskostnader og satser i forsøket. For institusjonsopphold ble det vurdert at både Lillesand og tidl. Os hadde høyere enhetskostnader enn satsene i forsøket.

Likevel viser delkapittel 5.1 at tilskudd til langtidsopphold på institusjon nesten er doblet, mens helsetjenester i hjemmet er tilnærmet konstant.

- ▶ Sammenligner man utviklingen i de ulike hjemmebaserte tjenestene har den store økningen vært innen praktisk bistand, ikke helsetjenester i hjemmet. Dette er noe overraskende siden helsetjenester i hjemmet kompenseres betydelig høyere (f.eks. 566 kr kontra 437 kr per vedtakstime).⁵⁵ I praksis kan det finnes gråsoner når det gjelder kategoriseringen av tjenestene, men det ser altså ikke ut til at forsøkskommunene har utnyttet dette til sin fordel. En viktig del av forklaringen her er også at Helsedirektoratet har vært tydelige i oppfølgingen av kommunene. Det har vært jevnlig diskusjoner om hvordan tjenestene skulle kategoriseres. I 2018 måtte også enkelte kommuner omkode de hjemmebaserte tjenestene på bakgrunn av pålegg fra Helsedirektoratet.
- ▶ Alle forsøkskommunene har uttrykt en strategi om å holde tjenestenivået konstant slik at det også er bærekraftig når forsøket avsluttes. I praksis betyr dette at tjenestene har blitt drevet som tidligere, og at både tildelings- og utførerenheter har blitt «skjermet» fra finansieringsmodellen. Særlig Stjørdal og de to nyeste forsøkskommunene Selbu og Indre Østfold ser ut til å ha klart denne strategien godt.
- ▶ I intervjuer med ansatte i tildelingsenhetene er informantene jevnt over tydelige på at tildelingene er basert på faglige vurderinger, og ikke er styrt av lønnsomheten til hver enkelt tjeneste.
- ▶ Kommunene har som illustrert i kommunekapitlene bygget opp en rekke lavterskeltilbud. Flere av disse er ikke stykkprisfinansiert, men finansieres gjennom rundsumtilskuddet, som ligger fast uavhengig av tjenestenivå. Selv om disse tiltakene mot avslutningen av forsøket 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.
- ▶ Kommunenes enhetskostnader ser ut til å være konstant eller øke gjennom forsøket. I den grad kommunene skulle ha søkt å opparbeide seg større overskudd i forsøket ville en mer naturlig strategi være å redusere egne enhetskostnader (og øke aktiviteten).

Et eksempel som kan trekke i motsatt retning er utviklingen innen BPA, omsorgslønn og støttekontakt hvor økningen har vært høy i forsøkskommunene. Her trekkes det også fram at det nettopp er forsøket som har gjort denne utviklingen mulig. Vi har imidlertid ingen grunn til å tro at dette skyldes et ønske fra kommunens side om å øke overskuddet fra finansieringsordningen.

8.4 Hvilke deler av forsøket kan forklare effektene?

Det er viktig å understreke at forsøket består av flere ulike elementer. For en fullstendig beskrivelse av forsøksopplegget vises det til kapittel 2: Bakgrunn. I Tabell 8-1 presenteres det en forenklet oppsummering av hvilke effekter vi vurderer kan tilskrives hvilke deler av forsøket, basert på avsnittene ovenfor. Begrunnelsen for våre vurderinger utdypes i de neste avsnittene.

Tabell 8-1 Vår vurdering av hvilke deler av forsøket (intervensjoner) som forklarer ulike funn

Funn / intervensjon	Innretning av finansieringsmodell	Økte rammer pga. finansieringsmodell	Krav til tildelingen	Kompetanseutvikling
Likere tildeling og tjenester	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt	Stor effekt
Riktigere behovsdekning	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt

⁵⁵ Forutsatt dagtid i bolig, praktisk bistand til daglige gjøremål. Kilde: Finansieringsmodell for forsøket

Bedre styringsgrunnlag	Stor effekt	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Middels/stor effekt
Svakere styring av kostnader	Liten/ingen effekt	Stor effekt	Liten/ingen effekt	Liten/ingen effekt
Styrket kompetanse i kommunen	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Middels/stor effekt	Stor effekt
Lite tilpasning til de økonomiske insentivene	Liten/ingen effekt	Liten/ingen effekt	Middels/stor effekt	Liten/ingen effekt

8.4.1 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 sektorer⁵⁶. Dette kan ha konsekvenser som potensielt er ulike fra konsekvensene som følger av endret insentivstruktur.
- ▶ **Krav til tildelingsprosessen.** Forsøkskommunene har måttet tilfredsstille en rekke krav til tildeling av tjenester, og de har fått nye verktøy å bruke i dette arbeidet.
- ▶ **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.

8.4.2 Hva kan forklare likere tildeling og tjenester?

Reduserte forskjeller i 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.

⁵⁶ Som beskrevet flere andre steder i rapporten har forsøket likevel gitt økonomiske gevinster for andre deler av kommunen.

Handlingsrommet som følger av økte økonomiske rammer kan også være en medvirkende årsak. Kommunene har gjennom forsøket hatt anledning til å styrke kapasiteten innen tjenestetildeling og til å utvikle tjenester og tiltak de ellers ikke ville ha mulighet til.

8.4.3 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 kompetansehevende 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. Videre har kommunene kunnet tildele tjenester som BPA og omsorgslønn uten å måtte forholde seg til de økonomiske konsekvensene på samme måte som tidligere.

Det er dermed i hovedsak de samme elementene i forsøket som har bidratt både til likere tildeling og riktigere behovsdekning.

8.4.4 Hva kan forklare bedre styringsgrunnlag?

Vår vurdering er at bedre styringsgrunnlag har vært den viktigste effekten av selve finansieringsmodellen. Kommunene har 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. Det betyr at kommunene til enhver tid vet hvilke tjenester de yter og omfanget av disse tjenestene.

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 kommunene 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.

8.4.5 Hva kan forklare svekket kostnadskontroll?

Vår vurdering er at hovedgrunnen til svekket kostnadskontroll er de store ekstra overføringene kommunene har fått gjennom forsøket. Dette ga kommunene store overskudd som de har måtte bruke opp innen forsøksperioden var ferdig. I noen kommuner har dette gitt seg utslag i svakere styring og oppfølging av budsjettene til utførerenhetene. I tillegg til dette skal det legges til at finansieringsmodellen – og sammenhengen mellom finansieringsmodellen og uttrekket – har vært komplisert å forstå og kommunisere. Underjusteringen av uttrekket (demografi-gevinsten) er etter vår vurdering den viktigste grunnen til at flere av kommunene må redusere sine kostnader når forsøket avsluttes.

8.4.6 Hva kan forklare styrket kompetanse i kommunene?

Vår vurdering er at kompetansehevingen som har skjedd i kommunene kan forklares dels ut fra alle impulsene som har kommet gjennom forsøket, dels ut fra nye krav og verktøy som kommunen har vært pålagt å bruke, og dels gjennom at kommunene har hatt økt handlingsrom til å styrke bemanning (både faste og prosjektstillinger).

8.4.7 Hva kan forklare at kommunene i liten grad tilpasser seg de økonomiske insentivene i finansieringsmodellen?

Vår vurdering er at kommunene har hatt stor bevissthet knyttet til å ikke øke omfanget på tjenestene. Dette skyldes delvis at kommunene har hatt en klar strategi om å ha et bærekraftig tjenestenivå når forsøket avsluttes. Dette kan også 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. Det har dermed vært høyere prioritert å bruke/investere de midlene de allerede har hatt enn å skape ytterligere overskudd. Helsedirektoratet har også hatt tett oppfølging av kommunene, for blant annet å sørge for at tjenestene kodes korrekt.

8.5 I hvilken grad kan effektene av forsøket generaliseres?

Hensikten med mange forsøksprosjekter er å avdekke om en type tiltak vil kunne være aktuelt å innføre på større skala. Det er derfor relevant å vurdere hvorvidt resultatene fra evalueringen av dette forsøket kan generaliseres til et tenkt scenario der mekanismene i forsøket gjøres til en permanent ordning for en større gruppe kommuner. Det er flere forhold som tilsier at det bør vises varsomhet med å generalisere resultatene fra forsøket til landet som helhet.

8.5.1 Tidsavgrensning og øremerking

Forsøket har vært tidsavgrenset. Først til 2019, deretter utvidet til 2022. 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. Mange av kommunenes egne refleksjoner og faktiske handlinger reflekterer nettopp dette.

I tidlig fase av forsøket (2018-19) var kommunene opptatt av å bruke opp de øremerkede midlene før de «utløp», mens senere har forsøkskommunene gjort prioriteringer med mål om å komme i budsjettbalanse ved avslutning av forsøket. Flere av kommunene med kortere deltagelse i forsøket har valgt å skjerme hele pleie- og omsorgssektoren fra økonomien i forsøket. 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. Alt dette er prioriteringer som neppe ville vært til stede i en situasjon med permanent statlig finansiering.

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.

Mange forutsetninger ville kanskje også vært annerledes, herunder krav om øremerking, mekanismer for uttrekk fra kommunens ramme, og selve satsene.

8.5.2 Potensiell utvalgsskjevhet

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.

Forsøkskommunene har stort sett hatt lave enhetskostnader opprinnelig og høy demografisk behovsvekst. Denne kombinasjonen har gjort at kommunene har kommet gunstig ut av forsøket. Dersom ordningen skulle omfattet alle kommuner ville man også fått med kommuner som kom tapende ut av mekanismene i forsøket. Det kan også være andre forutsetninger (endringskultur, kompetanse, forutgående erfaring med lignende modeller mv.) som skiller forsøkskommunene fra andre kommuner.

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

8.5.3 Lavt antall deltakerkommuner

En svakhet med tanke på overføringsverdi er det lave antallet deltakerkommuner. Kun seks kommuner har deltatt i forsøket til nå, og kun tre har vært med siden starten⁵⁷. 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 til dette. Utvidelsen av forsøket med seks nye kommuner ville antagelig ha forbedret validiteten noe på dette punktet, men disse startet opp forsøket våren 2021, og finansieringsmodellen høsten 2021 eller januar 2022.

8.5.4 Kompetanse- og oppmerksomhetseffekter

Kommunene som deltar i forsøket har ikke bare implementert en finansieringsmodell og et rammeverk for tildeling. De har også vært gjenstand for betydelig oppmerksomhet fra Helsedirektoratet, media, evaluator, politikere osv.⁵⁸ 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.

8.5.5 Utgiftsnivå for staten

Som beskrevet blant annet i kapittel 7 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. I 2021 var de økte statlige overføringene til de fem kommunene med statlig finansieringsmodell – som samlet utgjør om lag to prosent av Norges befolkning – beregnet til 370 mill. kr. Vi vurderer det ikke som realistisk at en permanent nasjonal ordning med statlig finansiering ville hatt like romslige rammer.

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.

8.6 Hva kan vi lære av forsøket?

Selv om forsøkets overføringsverdi til en nasjonal, permanent finansieringsordning er relativt begrenset, har forsøket så langt brakt fram mye nyttig kunnskap. Denne kunnskapen kan tas inn i andre satsinger som har som mål å styrke kommunale pleie- og omsorgstjenester. Kunnskapen er også nyttig å ta med seg dersom det skal utformes andre statlige forsøksordninger i framtiden.

Dette avsnittet gir en oversikt over de viktigste læringseffektene fra forsøket.

⁵⁷ Hvis man holder utenfor Spydeberg som kun har deltatt i modell B.

⁵⁸ Effekten av selve oppmerksomheten som følger av det å bli observert omtales ofte som Hawthorne-effekten.

Finansieringsmodellen

Innføring av en finansieringsmodell basert på enhetspriser innen kommunale pleie- og omsorgstjenester har vist seg å være gjennomførbart, og verdifulle erfaringer har blitt gjort fra forsøket begynte.

- ▶ Forsøket har tydeliggjort en del avgrensninger som må defineres nærmere for at en statlig finansieringsmodell skal kunne praktiseres, for eksempel avgrensning av praktisk bistand kontra helsetjenester i hjemmet. Videre har den fått fram enkeltkomponenter som kan slå uheldig ut, for eksempel når oppholdsdøgn ved institusjon ikke dekker kostnadene forbundet med ressurskrevende brukere.
- ▶ Forsøket har også fått fram mer kunnskap knyttet til hvilke satser som er realistiske for kommunene å operere under, og hvilke forhold i kommunen som eventuelt påvirker kommunens interne kostnader (f.eks. boligstruktur eller reiseavstand).
- ▶ Videre har forsøket satt lys på noen sentrale utfordringer knyttet til å erstatte én statlig finansieringsmodell med en annen. Mekanismene som har blitt benyttet for å gjøre uttrekkene fra det statlige rammetilskuddet har hatt noen uintenderte konsekvenser knyttet til stor demografisk vekst. Dette har gitt stor økonomisk gevinst til andre deler av kommunen, og slik sett svekket treffsikkerheten til forsøket. Selv om effekten ble avdekket relativt tidlig i første del av forsøket, viste den seg
- ▶ B-modellen, som ble praktisert i første del av forsøket, hadde i praksis ingen effekt på kommunene - utover inntekstpåslaget. Dette var i sterk kontrast til A-modellen, som har vært den gjeldende i hele forsøket. Dette illustrerer at strukturelle endringer (som f.eks. finansiering) bør ses i tett sammenheng med blant annet kompetanse, arbeidsmetodikk og kultur.

Tildelingspraksis og brukermedvirkning

- ▶ Forsøket har vært rettet mot arbeidet med tjenestetildeling i kommunene, og framhevet viktigheten av denne funksjonen. Kommunene har hatt en unik mulighet til å jobbe målrettet med brukermedvirkning og det å sette brukerens behov i sentrum. Selv om dette er tematikk som også er til stede i andre kommuner, har forsøkskommunene fått en unik mulighet – gjennom økte ressurser og samhandling med andre – til å profesjonalisere dette arbeidet.
- ▶ Kommunene har tatt i bruk nye verktøy (samtaleguide, nytt søknadsskjema) som har gitt stor merverdi i arbeidet. Mange trekker fram at de vil benytte dette videre også når forsøket avsluttes. Enkelte kommuner som ikke har deltatt i forsøket har tatt i bruk de samme verktøyene på eget initiativ for å forbedre egen praksis.

Vedtak og styring

- ▶ Kommunene arbeidet siden oppstarten av forsøket med å få orden på vedtakene. Dette var en omfattende jobb som krevde revurdering av gamle vedtak, omkodning og systematisering. Resultatet av dette ble en sterkt forbedret oversikt over, siden vedtakene nå ga et riktig bilde av tjenesten. Ny kunnskap om hvordan tjenestene og økonomien henger sammen har styrket samarbeidet mellom de ulike delene av kommunene, og gjort kommunene bedre i stand til å analysere og forbedre egne tjenester. Selv om opprydding av vedtak var et omfattende administrativt arbeid er likevel de fleste informanter enige om at arbeidet ville vært nyttig også hvis de ikke var en del av forsøket.
- ▶ Tallene på aktivitetstilskudd som kommunene rapporterer til Helsedirektoratet er et relativt godt mål på hva som ytes av ulike tjenester i kommunen. Disse dataene har høy kvalitet og kan derfor brukes i for å validere og styrke data fra andre kilder, slik som KOSTRA og KPR.

Gjennomføring av statlige forsøk i kommunene

- ▶ En generell lærdom bør være at politisk usikkerhet knyttet til gjennomføringen av forsøket bør begrenses. Kommunenes forventninger til forsøket og forsøkets eksistens har vært et gjennomgående tema i hele forsøksperioden. Flere kommuner forventet at forsøket ville avsluttes som følge av potensielt regjeringsskifte i 2017. Videre ble forsøket avsluttet ett år før tiden i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2022. Endringer i rammebetingelser – og forventninger om endringer i rammebetingelser – er faktorer som kan påvirke hvilke utfall forsøket får, og slik sett påvirke konklusjonene. Plutselige endringer i sentrale rammebetingelser for forsøket kan også svekke kommunenes ønske om å delta i lignende ordninger i framtiden.

9 Oversikt over vedlegg

Vedlegg A: Datainnsamling og evalueringsdesign

Vedlegg B: Rapport om nye forsøkskommuner

Vedlegg C: Nærmere om tjenesteutviklingen