

Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene

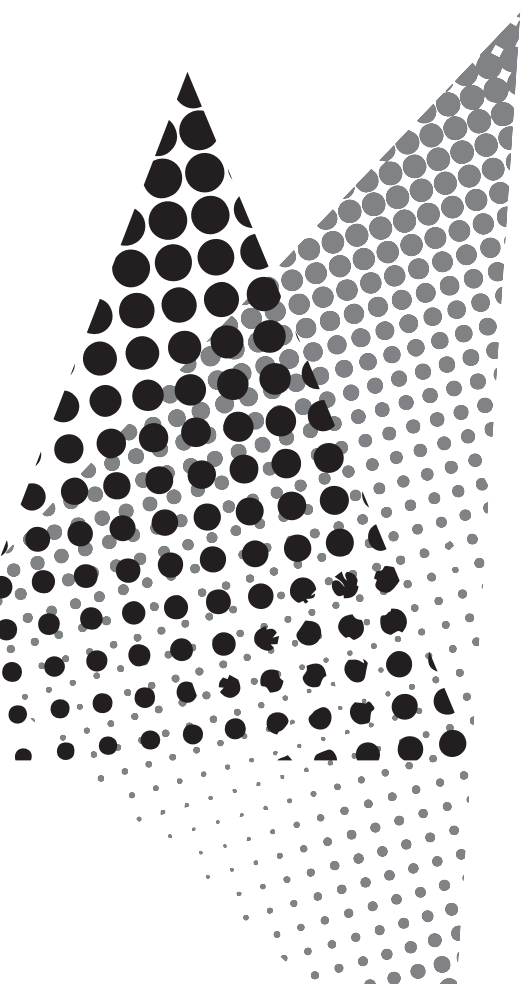
Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere



Oddvar Førland, Eliva Atieno Ambugo, Øystein Døhl, Bjarte Folkestad, Hanne Marie Rostad og Astrid O. Sundsbø

Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene

Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere



Oddvar Førland, Eliva Atieno Ambugo, Øystein Døhl, Bjarne Folkestad,
Hanne Marie Rostad og Astrid O. Sundsbø

Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene

Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i
kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og
private tjenesteytere

Senter for omsorgsforskning

2020



Senter for
omsorgsforskning



Høgskulen
på Vestlandet



NTNU

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: iStockphoto.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 01/2020

Tittel: Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene

- Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere

Forfattere: Oddvar Førland, Eliva Atieno Ambugo, Øystein Døhl, Bjarte Folkestad, Hanne Marie Rostad og Astrid O. Sundsbø

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-095-3

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-096-0

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.omsorgsforskning.no/rapportserie



FORORD

Dette er sluttleveransen for oppdraget med tittelen «Fremskaffe kunnskap om variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene». Første delleveranse ble levert høsten 2019 med rapporten: *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene – en kunnskapsoppsummering*: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2624074/rapport_04_2019v1_final2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sluttleveransen er «et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere».

Forskningsprosjektet har tre deler:

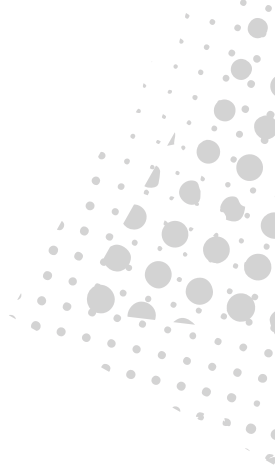
- Studie 1: Registerdata-analyse basert på data fra alle norske kommuner
- Studie 2: Analyse av innbyggerundersøkelsene fra 2010-2017
- Studie 3: Analyse av intervjuer med ledere i tolv kommuner

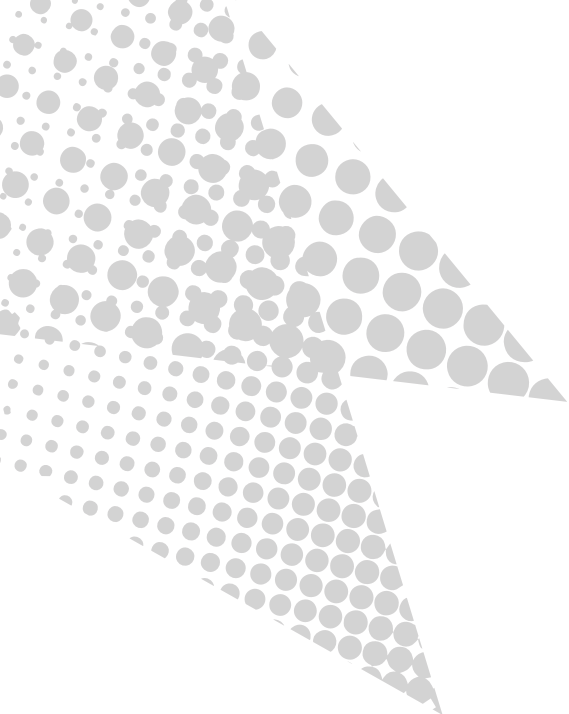
Bjarte Folkestad, Eliva Atieno Ambugo og Oddvar Førland har gjort hovedanalysene i studie 1, Bjarte Folkestad og Oddvar Førland i studie 2 og Astrid O. Sundsbø i studie 3. Hanne Marie Rostad og Øystein Døhl har bidratt i diskusjoner, gitt tekstinnspill og kommentert analysene. Oddvar Førland har vært prosjektleder og er førsteforfatter av rapporten. De øvrige prosjektdeltakerne er ført opp i alfabetisk rekkefølge i forfatterlisten. Førsteamanuensis Anette Fagertun og professor Frode F. Jacobsen ved Senter for omsorgsforskning vest, Høgskulen på Vestlandet har gitt verdifulle innspill til rapportutkast.

Oppdragsgiver er Helse- og omsorgsdepartementet. Vi takker departementet for oppdraget og for viktige kommentarer underveis i arbeidet.

Oddvar Førland, Eliva Atieno Ambugo, Øystein Døhl, Bjarte Folkestad, Hanne Rostad og Astrid O. Sundsbø

Bergen, Oslo, Trondheim, Gjøvik og Volda, 26. februar 2020.





SAMMENDRAG

INNLEDNING

Dette er sluttleveransen for et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å fremskaffe kunnskap om variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene (hjemmetjenester og institusjoner) i Norge. Del 1 besto av en kunnskapsoppsummering om temaet. Sluttleveransen, del 2, består av et forskningsprosjekt som «måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere».

MÅL

Målet med forskningsprosjektet har vært å vise kommunevariasjonen for sentrale omsorgstjenester og hvordan variasjonen potensielt har, eller kan ha, betydning for kvaliteten på tjenestene. Videre har vi hatt som mål å forklare og diskutere deler av variasjonen som framtrer. Å studere variasjon i tjenestekvalitet mellom offentlige og private tjenesteytere av sykehjem var også et mål.

DATA OG METODER

Vi har anvendt tre ulike datakilder:

1. Registerdata fra Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) som er en del av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), samt data fra Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA)
2. Innbyggerundersøkelsene fra Digitaliseringsdirektoratet
3. Intervjuer med ledere i helse- og omsorgstjenestene

Dataene er analysert gjennom deskriptive analyser, regresjonsanalyser og gjennom tematisk analyse av intervjudata.

HOVEDFUNN OG DISKUSJON

STOR VARIASJON I TJENESTEPROFIL

Kommune framtrer med ulike tjenesteprofiler; noen er institusjonstunge mens andre er hjemmetjenestetunge. Sykehjem og hjemmetjenester dekker i hovedsak ulike omsorgsbehov og bør derfor sees som komplementære og i sammenheng. Et sentralt funn fra dette prosjektet er at kommunevariasjonen er stor, ikke bare for sykehjem og hjemmetjenester separat, men også for disse tjenestene samlet. Den samlede dekningsgraden for personer over 80 år for disse to hovedtjenestene varierte i 2018 fra 32 % til 76 %.

STOR VARIASJON I RESSURSBRUK

Prosentandelen av kommunebudsjettene som brukes på omsorgstjenestene varierer betydelig mellom kommunene (mellom 17-53%). Vi finner også stor variasjon i kommunenes ressursbruk til helse- og omsorgstjenester samlet, varierende fra 17 417 kroner til 77 030 kroner per innbygger i 2018. Gjennom en regresjonsanalyse, der vi har kontrollert for alderssammensetning, kommunesentralitet, KOSTRA-grupper og fylker, finner vi at *høy ressursbruk* til helse- og omsorgstjenester har statistisk signifikant sammenheng med:

- andel innbyggerne som er over 80 år
- andel innbyggere over 80 år som bruker omsorgstjenester, i særlig grad sykehjem
- tilhørighet til kommunegruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) og KOSTRA-gruppe 5 og 6 (små kommuner med høye bundne kostnader og middels og høye frie disponible inntekter per innbygger).

I tillegg har Finnmark statistisk signifikant høyere utgiftsnivå når det kontrolleres for de nevnte bakgrunnsforholdene.

HVORFOR SÅ ULIK TJENESTEPROFIL OG RESSURSBRUK?

Variasjonene vi har beskrevet i denne rapporten kan være uttrykk for lokale og kontekstuelle *tilpasninger* til reelle forskjeller mellom kommunene. Slike kontekstuelle forhold bør utforskes mer. Sannsynligvis dreier det seg for det første om *individrettede forskjeller* blant tjenestemottakerne, som alder, kjønn, bostatus, hjelp fra andre, sykdomsbyrde og funksjonsnivå. Variasjonene kan også være uttrykk for *strukturelle forskjeller* (*i og utenfor kommunene*); for eksempel boforhold, kommunestørrelse, sentralitet, geografi og avstander, økonomiske rammebetingelser, historiske og faglige tradisjoner, politisk ideologi og strategiske prioriteringer. Sett i et lokaldemokratisk perspektiv kan man anta at variasjonsbildet i hovedsak er en følge av forståelige kontekstuelle tilpasninger og valg. Slik forstått, representerer variasjonen kontekstuelle ulikheter både i rammebetingelser og politiske prioriteringer. Det finnes ingen forskningsbasert gullstandard for riktig tjenesteprofil og ressursbruk på tvers av kommunale kontekster. Variasjoner kan både være uttrykk for forståelige tilpasninger til kommunenes reelle ulikheter og som resultat av ulikheter i grad av innovasjon og nytenkning.

KONSEKVENSER AV LAV DEKNING OG RESSURSBRUK

Dog kan det være grunn til å stille spørsmål ved om kommuner med spesielt *lav dekning og lav ressursbruk* på lovpålagte omsorgstjenester samlet, uten at det kan forklares av befolkningmessige eller andre strukturelle forhold, har for lav dekning av disse tjenestene. Et slikt lavt nivå av tjenester kan ha potensielt negative konsekvenser for kommunens innbyggere i form av usikkerhet og utrygghet omkring tilgang til nødvendige tjenester. Dette kan utfordre myndighetenes uttalte mål om at alle borgere skal ha lik tilgang til forsvarlige og likeverdige tjenester av tilfredsstillende kvalitet. Vi fant statistisk signifikant sammenheng mellom *lav dekning av hjemmetjenester og innbyggernes oppfatning av dårlig tilgang til denne tjenesten*. Oppfatningen av dårlig hjemmetjenestetilgang kan ha sammenheng med den lave dekningen i disse kommunene.

STOR VARIASJON I DAGAKTIVITETSTILBUDET FOR PERSONER MED DEMENS

Dekningsgrad av dagaktivitetstilbud for personer med demens er likeledes uttrykk for tjenesteprofil. For dette tilbudet var det særlig stor variasjon mellom kommunene. Andel hjemmeboende personer med demensdiagnose som hadde vedtak om dagaktivitetstilbud, varierte fra 0 % til 79 % mellom kommune i 2018. Kommuner som ikke har, eller som har et svært lavt nivå av tilbudet, har i henhold til lov og faglige anbefalinger et mangelfullt tjenestetilbud på dette området, med potensielt negative konsekvenser for demensrammedes og pårørendes livskvalitet.

STOR VARIASJON I LIGGEDAGER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Det er videre stor *variasjon i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter* på sykehus som krever oppfølging i kommunene. Antall liggedager mellom kommunene varierte fra 13 til over 1400, per 1000 innbyggere over 80 år. Det bør forskes videre på hvor mye av denne variasjonen som skyldes ulikheter i pasientsammensetningen, sykehusenes utskrivningspraksiser, kommunenes oppfølgingskapasitet og andre faktorer.

FORSKJELLER MELLOM OFFENTLIGE OG PRIVATE SYKEHJEM PÅ KVALITET

Vi har analysert forskjeller mellom kommunale og private leverandører av sykehjemstjenester for kvalitetsindikatorene legemiddelgjennomgang, lege- og tannhelseoppfølging og ernæringskartlegging for beboere på sykehjem. Regresjonsanalysene, der vi har justert for ulike bakgrunnsvariabler, viser større sannsynlighet for å bli *vurdert av lege og tannhelsepersonell* ved de private ideelle og kommunale sykehjemmene sammenlignet med de private kommersielle. Det var større sannsynlighet for *ernæringskartlegging* på private ideelle og kommersielle sykehjem sammenlignet med kommunale sykehjem. For *legemiddelgjennomgang* var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom private og kommunale sykehjem. Det er grunn til å minne om at slike kvalitetsindikatorer har sine begrensninger når det gjelder å fange opp bredere kvalitetsaspekter som er viktige for hverdagslivet for beboere på sykehjem. Oppfyllelse av dagens målbare kvalitetsindikatorer er vesentlig, men det er ikke tilstrekkelig for å gi et bredt bilde av tjenestekvalitet.

INNBYGGERNES INNTRYKK AV TILGANG OG KVALITET VAR BEDRE I SMÅ KOMMUNER OG I KOMMUNER MED STØRRE ØKONOMISKE HANDLEFRIHET

Det var større sannsynlighet for å ha et godt inntrykk av tilgangen til og kvaliteten på både sykehjem og hjemmetjenester i små kommuner, sammenliknet med større kommuner. Likeledes var det større sannsynlighet for å ha et godt inntrykk av tilgang og kvalitet i kommuner med høye frie inntekter per innbygger (det vil si kommuner med større økonomisk handlefrihet) sammenliknet med kommuner med lavere frie inntekter. Hjemmetjenestes kvalitet ble oppfattet som bedre enn sykehjemmenes kvalitet. Sykehjemmene synes å ha større utfordringer enn hjemmetjenestene knyttet til omdømme. Personer med førstehåndserfaring (personlig erfaring) med tjenestene vurderte dem som bedre enn de som har erfaring som pårørende. Disse analysene er basert på regresjonsanalyser av rådata fra Digitaliseringsdirektoratets innbyggerundersøkelser.

LEDERES VURDERINGER AV ULIKHET OG UTFORDRINGER

Dybdeintervjuer med ledere i helse- og omsorgstjenestene i tolv kommuner har, på sitt eget grunnlag, bidratt med kunnskap om forhold som gir merinnsikt om ulikheter og utfordringer for enkeltkommuner. Deres vurderinger oppsummeres slik:

- Statlige føringer, reformer og tilskuddsmidler hevdes å *binde kommuners frie og lokale handlingsrom*.
- De nye *bemanningsnormene i skole- og barnehagesektoren* skaper økt økonomisk press på omsorgssektoren når denne sektoren ikke har tilsvarende bemanningsnormer.
- «Innslagspunktet» for å få *refusjon for utgifter som kommunene har for særlig ressurskrevende tjenester* trekkes fram som en ytterligere belastning for de kommunale budsjettene, med konsekvenser for de andre omsorgstjenestene og for tilbudet av tjenester til den øvrige befolkningen.
- *Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*, med påfølgende nødvendig ressurs-allokering, kan skape økt økonomisk press på omsorgstjenester for eldre.
- Noen informanter mente at man i omsorgstjenestene for eldre kan «*tøye grenser*» for *hva som er nødvendig og forsvarlig* i større grad enn for omsorgstjenester til yngre brukergrupper. Omsorgstjenester til eldre kan være mer utsatt for kutt.
- Overføring av nye *krevende oppfølgingsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten*, særlig knyttet til personer med psykisk uhelse og rusproblemer, skaper press på omsorgstjenestene med konsekvenser for tjenestenes kvalitet.
- Store geografiske avstander mellom der innbyggerne bor og der tjenestene er lokalisert, medfører *ekstrakostnader* som ikke i tilstrekkelig grad fanges opp av kommunenes inntektssystem. Store geografiske avstander i noen kommuner kan dessuten ha negative konsekvenser for idealet om lik tilgang til likeverdige omsorgstjenester.
- *Ulikheter i kommunenes økonomiske inntekter og rammebetingelser* bidrar til ulike forutsetninger for tjenestetilbudene og tjenestekvaliteten.
- Det oppleves å være et betydelig *økonomisk press* på helse- og omsorgstjenestene spesielt, og kommunesektoren generelt.

LEDERES VURDERINGER AV TJENESTEPROFIL

Flere informanter trakk fram at det å være en *institusjonstung* kommune ikke er bærekraftig på sikt. Det er først og fremst økonomiske forhold som angis som forklaring på hvorfor hjemmebaserte tjenester blir oppfattet som mer bærekraftige. Informanter trakk videre fram at de står i et kontinuerlig *dilemma* mellom «forebyggende innsats» og «brannslukking» som ytterpunkter i den daglige driften og i sine prioriteringer av tjenesteprofil. Idealet for mange er å snu omsorgstrappen mot det å tilby flere forebyggende tjenester. Andre var opptatt av å «stramme inn», og «spisse» tjenestene, mot en profil der de gir hyppigere og mer omfattende tjenester til noen få, enn lettere tjenester til mange. Dette betrakter vi som kommunenes ulike vurderinger og tilnærminger basert på *ulike filosofier*, med konsekvenser for dekningsgrader, tjenesteprofiler og tjenestekvalitet overfor ulike grupper i kommunene.

BEHOV FOR MER KUNNSKAP

Dette prosjektet har fokusert på variasjoner innenfor omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteleverandører. Omsorgssektoren er omfattende og utgjør den klart største delen av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Målt i antall årsverk er den i dag større enn sykehussektoren. Vi har naturlig nok ikke kunnet studere alle deltjenestene i dybden med et slikt bredt oppdrag. Det trengs flere studier som kan gi dypere innsikt i de enkelte omsorgstjenestene-tilbudene, for eksempel via større prosjekter finansiert av Norges forskningsråd. Slik kunnskap vil være viktig for utviklingen av kvalitativt gode og effektive omsorgstjenester i kommunene.





INNHOOLD

FORORD	V
SAMMENDRAG	VII
TEORETISK BAKGRUNN OG STUDIENS AVGRENSNING	1
Omsorgstjenester	1
Variasjon	1
Kvalitet	5
Studiens avgrensning	6
METODE	7
Delstudiene	7
Forskningsetikk	12
VARIASJONSSTUDIE 1: BASERT PÅ REGISTERDATA FRA ALLE NORSKE KOMMUNER	13
Sykehjemdekning	14
Private institusjonsplasser	18
Hjemmetjenestedekning (helsetjenester i hjemmet og praktisk hjelp)	19
Forskjeller mellom yngre og eldre brukere av hjemmetjenester	22
Hjemmetjeneste- og sykehjemdekning samlet	25
Ressursbruk i omsorgstjenestene	28
Liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter	38

Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens	41
Forskjeller mellom kommunalt og privat drevne sykehjem for utvalgte kvalitetsindikatorer	45
Legemiddelgjennomgang	48
Tannhelsepersonell-vurdering	50
Lege-vurdering	52
Ernæringskartlegging	54
VARIASJONSSTUDIE 2: BASERT PÅ SPØRRSKJEMADATA FRA INNBYGGERUNDERSØKELSENE	59
Innledning	59
Vurderinger av tilgang på hjemmetjeneste og sykehjem	60
Vurderinger av kvaliteten på hjemmetjenester og sykehjem	67
VARIASJONSSTUDIE 3: BASERT PÅ INTERVJUER MED LEDERE I KOMMUNER	73
Innledning	73
Rapportering av data til sentrale myndigheter: praksiser, utfordringer og dilemmaer	75
Forskjeller i tjenesteprofiler	81
Kommuner med lav dekning både på sykehjem og hjemme-tjenester (lav-lav profil)	81
Kommuner med lav dekning på sykehjem, men høy dekning på hjemmetjenester (lav-høy profil)	86
Kommuner med høy dekning både på sykehjem og hjemme-tjenester (høy-høy profil)	91
Kommuner med høy dekning på sykehjem og middels/lav dekning på hjemmetjenester (høy-middels/lav profil)	95
Storbykommunene	98
Hvor beskrives variasjon, og hvordan er den begrunnet?	108
Variasjon knyttet til rapporteringspraksis og omgang med innrapporterte tall	108
Variasjon i tjenestetilbudet mellom kommuner	109
Variasjon i (nivå av) tildeling av tjenester	111
Avsluttende betraktninger etter lederintervjuene	112
OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	115
LITTERATURREFERANSER	125

TABELL-LISTE

Tabell 1: Statistiske variasjonsmål i kommunenes dekningsgrad av sykehjemsplasser for personer over 80 år i 2018. N=418.	15
Tabell 2: Statistiske variasjonsmål i dekningsgrad av hjemmetjenester for personer over 80 år i 2018. N=418.	21
Tabell 3: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere 0-66 år og 67 år og eldre i 2018. N=419 kommuner.	23
Tabell 4: Kommunevariasjon i dekning av hjemmetjenester og sykehjem samlet for personer over 80 år i 2018.	26
Tabell 5: Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger i 2018. Kommuner. N= 421.	28
Tabell 6: Sammenheng mellom kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger og kommunekarakteristika i 2018. Regresjonsanalyse.	30
Tabell 7: Statistiske variasjonsmål i netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter i 2018. N=415.	33
Tabell 8: Kommunevariasjon i utgifter per oppholdsdøgn i institusjon i 2018. N=414.	34
Tabell 9: Brutto driftsutgifter per kommunal plass til institusjon per år i 2018. N=419.	35
Tabell 10: Statistiske variasjonsmål for antall liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter per 1000 innbyggere over 80 år i kommunen i 2018. N=288.	39
Tabell 11: Statistiske variasjonsmål for andel av hjemmeboende personer med demens med dagaktivitetstilbud i kommuner i 2018. N=307.	42
Tabell 12: Andel beboerne over 80 år med langtidsopphold på sykehjem som fikk legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging i 2018.	45
Tabell 13: Variasjon i andeler beboerne over 80 år med langtidsopphold på sykehjem som fikk legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging i 2018, etter eierform.	46
Tabell 14: Kvalitetsindikatorer i sykehjem. Uavhengige variabler i regresjonsmodellen.	47
Tabell 15: Sammenhengen mellom individuelle og organisatoriske kjennetegn for legemiddelgjennomgang for beboere over 80 år med langvarig plass på sykehjem. 2018. Flernivå regresjonsanalyse.	48
Tabell 16: Sammenhengen mellom individuelle og organisatoriske kjennetegn for det å ha blitt vurdert av tannhelsepersonell for beboere over 80 år med langvarig plass på sykehjem. 2018. Flernivå regresjonsanalyse.	50
Tabell 17: Sammenhengen mellom individuelle og organisatoriske kjennetegn for det å ha blitt vurdert av lege for beboere over 80 år med langvarig plass på sykehjem. 2018. Regresjonsanalyse.	52

Tabell 18: Sammenhengen mellom individuelle og organisatoriske kjennetegn å ha fått kartlagt sin ernæringsstatus for personer over 80 år med langvarig plass på sykehjem. 2018. Regresjonsanalyse.	54
Tabell 19: Beskrivelse av uavhengige variabler i regresjonsanalysene for innbyggerundersøkelsene.	62
Tabell 20: Flernivå regresjonsanalyse for sammenhengen mellom oppfattelse av tilgjengelighet til hjemmetjenester/sykehjem og bakgrunnsfaktorer. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.	63
Tabell 21: Flernivå regresjonsanalyse for sammenhengen mellom vurdering av kvalitet til hjemmetjenester/sykehjem og bakgrunnsfaktorer. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.	68

FIGUR-LISTE

Figur 1: Modell for bruk av helsetjenester	2
Figur 2: Fylkesvis variasjon i mottakere av sykehjemsplass for aldersgruppen 80 år og eldre i 2018.	14
Figur 3: Kommunevariasjon i dekningsgrad av sykehjemsplasser for personer over 80 år i 2018.	15
Figur 4: Kommuner med private institusjonsplasser i 2018. Andelen av private plasser i disse kommunene.	18
Figur 5: Fylkesvis variasjon i dekning av hjemmetjenester for aldersgruppen 80 år og eldre i 2018.	19
Figur 6: Kommunevariasjon i dekningsgrad av hjemmetjenester for personer over 80 år i 2018.	20
Figur 7: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere 0-66 år og 67 år og eldre i 2018. Nasjonale tall.	22
Figur 8: Kommunevariasjon i dekning av hjemmetjenester og sykehjem samlet for personer over 80 år i 2018.	25
Figur 9: Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger i 2018. Fylker.	29
Figur 10: Kommunevariasjon i netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent) i 2018.	32
Figur 11: Variasjon antall liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter per 1000 innbyggere over 80 år i kommunen i 2018.	38
Figur 12: Variasjon i andel av hjemmeboende personer med demens med dagaktivitetstilbud per kommune i 2018.	41
Figur 13: Innbyggernes vurdering av hvor god tilgangen hjemmetjenestene er. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017. Prosent.	60
Figur 14: Innbyggernes vurdering av hvor god tilgangen sykehjem er. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017. Prosent.	60
Figur 15: Predikert sannsynlighet for sammenhengen mellom alder og vurdering av tilgjengeligheten på hjemmetjenester. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.	64
Figur 16: Predikert sannsynlighet for sammenheng mellom kommunenes frie inntekter per innbygger og vurdering av tilgjengeligheten på hjemmetjenester og sykehjem. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.	65
Figur 17: Predikert sannsynlighet for sammenhengen mellom kommunenes innbyggertall og vurdering av tilgjengeligheten på hjemmetjenester. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.	66

Figur 18: Innbyggernes vurdering av hvor gode eller dårlige sykehjem er. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017. Prosent.	67
Figur 19: Innbyggernes vurdering av hvor gode eller dårlige hjemmetjenestene er. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017. Prosent.	67
Figur 20: Sammenhengen mellom oppfattelse av kvalitative gode tjenester og alder. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.	69
Figur 21: Sammenhengen mellom oppfattelse av kvalitative gode tjenester og kommunens frie inntekter per innbygger. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.	70
Figur 22: Sammenhengen mellom oppfattelse av kvalitative gode tjenester og kommunestørrelse. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.	71





TEORETISK BAKGRUNN OG STUDIENS AVGRENSNING

Forskningsprosjektet tar utgangspunkt i uttrykkene *omsorgstjenester*, *variasjon*, *uønsket variasjon* og *kvalitet*. Vi skal i dette kapittelet redegjøre for vår forståelse av disse uttrykkene.

OMSORGSTJENESTER

Omsorgstjenestene avgrenses av oppdragsgiver til (1) ulike former for hjemmetjenester, herunder hjemmesykepleie og praktisk bistand, og (2) opphold i institusjon, herunder sykehjem. Oppdragsgiver presiserer at andre omsorgstjenester, som tilbud om avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgslønn, i utgangspunktet ikke er gjenstand for oppdraget. Kommunale helsetjenester som for eksempel lege-, fysioterapi- og ergoterapitjenester, som ikke registreres som omsorgstjenester, er også holdt utenom. Oppdragsgiver poengterer videre at gjennomgangen både skal omfatte variasjonen mellom offentlige tjenesteytere/kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere.

VARIASJON

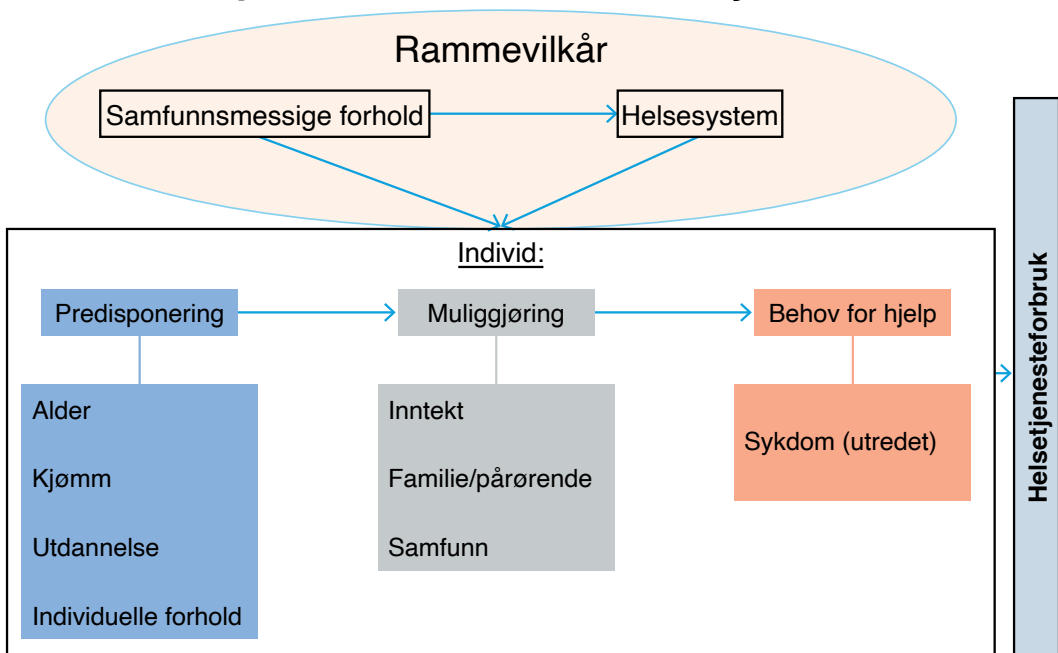
Variasjon handler i denne rapporten om forskjeller og ulikheter mellom dem som yter profesjonelle omsorgstjenester overfor befolkningen. I Norge er dette først og fremst kommuner, og i noen grad også private virksomheter (privat ideelle og kommersielle tilbydere). Vi retter søkelyset på forskjeller mellom tjenesteyterne i hvordan tjenestene organiseres og leveres, herunder data som indikerer kvalitetsforskjeller. Variasjonsbegrepet blir dermed brukt på to måter; 1) forskjeller mellom kommuner i dekningsgrader

av tjenester og 2) forskjeller som kan indikere variasjon i kvalitet i tjenestene. De to forståelsene må også sees i sammenheng; ulik dekningsgrad av tjenester kan få konsekvenser for tjenestekvaliteten, og nivået av tjenestekvalitet kan få konsekvenser for hvilket dekningsnivå kommunen ser seg i stand til å tilby.

HVA FØRER TIL VARIASJON?

Det er mange forhold som påvirker bruk av helse- og omsorgstjenester. Mesteparten av de individuelle variasjonene i tjenestetilbud er naturlig nok relatert til variasjoner i helse- og funksjonsnivå. Andersen og Newman (2005) gir en konseptuell ramme for å analysere variasjoner i helsetjenesteforbruk. Enkelte personer har større tilbøyelighet for bruk av helsetjenester enn andre, såkalt *predisponering*. Dette kan for eksempel være knyttet til alder, kjønn eller utdanning. Etnisitet og religion, samt holdninger til det offentlige og helsevesenet kan også spille inn. Predisponering er ikke en årsak i seg, men kan like fullt påvirke behovet og bruken. *Muliggjøring* handler om forhold og rammer rundt individet, det kan for eksempel være personens inntektsnivå eller muligheten for å få hjelp fra ektefelle, familie eller andre pårørende. Behovene for hjelp kan være konsekvenser av medfødte funksjonsnedsettelse, eller ervervede funksjonsnedsettelse, som for eksempel hjerneslag eller en demenssykdom. I helse- og omsorgstjenestene i kommunene er det ikke hjerneslaget eller demensen i seg selv man først og fremst fokuserer på, men konsekvensene for det enkelte individ.

Hva påvirker bruken av helsetjenester?



Kilde: Andersen og Newman (2005). Vår oversettelse.

Figur 1: Modell for bruk av helsetjenester

I denne studien har vi vært mest opptatt av de variasjonene som ikke kan knyttes til individuelle forskjeller, men til de samfunnsmessige forhold som ligger utenfor tjenestemottaker.

KOMMUNAL AUTONOMI, PRIORITERING OG UNIVERSALISME

Av Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 fremgår det at kommunene skal tilby bestemte tjenester til befolkningen, blant annet helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon, herunder sykehjem (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). Kommunene står imidlertid forholdsvis fritt når det kommer til *organisering* disse tjenestene. De står også fritt til å *prioritere* fordelingen av sine samlede ressurser mellom de ulike kommunale oppgavene. Denne valgfrihet følger av *kommunenes selvråderett*, som innebærer beslutningsmyndighet over lokale anliggender, så lenge de oppfyller lovenes rammekrav og opererer innenfor økonomiske rammer fastsatt av statlige myndigheter. Selvrådet bidrar til variasjon i tjenesteprofil. Kommunene har dessuten ulikt inntektsgrunnlag som gir ulikt økonomisk mulighetsrom. Dette bidrar i tillegg til variasjon i tjenestetilbudet og til *ulik tjenestekvalitet*. For eksempel er det variasjon mellom kommunene i hvorvidt det kreves vederlag for velferdsteknologiske tilbud og for dagaktivitetstilbud for personer med demens (Helsedirektoratet, 2019). Slik variasjon vil ikke nødvendigvis være uberettiget fra et myndighetsperspektiv, så lenge lovens krav om nødvendige og forsvarlige tjenester er oppfylt. Forskjellene kan like fullt anses som uønskede og urettferdige av befolkningen og av brukere som forventer lik tilgang til likeverdige tilbud til samme kostnad.

Store variasjoner i tjenestetilbudet mellom kommuner kan videre anses som en trussel mot verdier som likebehandling og universell tilgang for hele befolkningen. Fra sentrale myndigheter er det et mål at alle, uavhengig av hvor i landet de bor eller hvem de, skal gis like muligheter og motta likeverdige tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Et slikt innbyggerrettet mål for likhet *kan* bidra mindre forskjeller på kommune- og regionsnivået. Like muligheter og lik tilgang knyttes gjerne til prinsippet om universalisme og har blitt trukket fram som et særlig kjennetegn ved den skandinaviske velferdsmodellen (Esping-Andersen, 1990). Dette til forskjell fra en angloamerikansk velferdsmodell, dominert av selektive behovsprøvde velferdsordninger. Modellen er, i henhold til Esping-Andersens typologi, også forskjellig fra en korporativt-konservativt kontinentaleuropeisk velferdsmodell dominert av sosialforsikringer, der tilgangen er begrenset til dem som tidligere har betalt øremerkete skatter eller avgifter til velferdsordningene.

LIKHET OG FORSKJELLER MELLOM KOMMUNER

Kalseth (2003), Trydegård og Thorslund (2010), Brand, Hughes, og Challis (2012), samt Jensen og Lolle (2013) har alle sett på konkrete geografiske forskjeller mellom kommuner, henholdsvis i Norge, Sverige, England og Danmark. Et felles funn i disse studiene er at kommuner med god skatteinngang gir mer og flere tjenester enn de med dårlig skatteinngang. Eller sagt på en annen måte, 'eldre i rike kommuner har større sannsynlighet for å få sykehjemsplass og mer hjemmetjenester enn de som bor i en fattigere kommune'. Kalseth (2003) fant i sin doktorgradsavhandling at selv innenfor det norske kommune-inntektssystemet, hvor inntektene er jevnet ut med tanke på forskjeller, så observeres det betydelige forskjeller. En forklaring kan være at skatteutjevningen ikke er sterk nok, eller at behovsnøklene (jfr. Grønt hefte, Inntektssystemet for

kommuner og fylkeskommuner) ikke treffer godt nok. I England har fenomenet fått betegnelsen «postcode lottery». En dansk studie av Jensen og Lolle (2013) studerte om hvorvidt partipolitisk sammensetning av kommunestyre kunne forklare kommuneforskjeller i eldreomsorgen, men fant ingen systematiske forskjeller mellom borgerlig og sosialistiske kommunestyre. I en svensk studie fant Trydegård og Thorslund (2010) at kommunene utover på 2000-tallet så ut til å bevege seg mot et nasjonalt gjennomsnitt innenfor tjenester til eldre og at det ble mindre forskjeller mellom kommunene enn det var før årtusenskiftet. En mulig forklaring de henviser til er at økende benchmarking av kommuner bidrar til mindre målbare forskjeller.

UØNSKET VARIASJON

Oppdragsgiver omtaler *uønsket variasjon* som «variasjoner som bryter med forsvarlighetskravet i lovgivningen, eller som på annen måte kan være ugunstig for tjenestemottakerne, som for eksempel ulikhet i tjenestetilbudet til yngre og eldre tjenestemottakere, ulikhet i kommunal tjenesteprofil med hensyn på vektlegging av institusjonstjenester versus hjemmetjenester, eller variasjon i reinnleggelse av eldre i sykehus». Begrepet 'uønsket variasjon' er ikke verdinøytralt, men et normativt begrep, fordi det gir en referansenorm som handlinger, hendelser og sakens tilstand vurderes opp imot («provided a benchmark against which to assess actions, events, or states of affairs») (Frega, 2017, s. 372). Begrepet peker mot noe som er dårlig eller galt og som står i motsetning til noe som er bra, riktig eller ønsket standard. Når man hevder at praksisene i kommunene potensielt representerer ønskede eller uønskede variasjoner, så innebærer det en evaluering av om praksisene er bra eller dårlige fra et bestemt perspektiv, for eksempel fra et brukerperspektiv eller et myndighets- og tilsynsperspektiv. Begrepet 'uønsket variasjon' beskriver dermed en typologi av virkeligheten der noe er ansett som uønsket fra en spesifikk posisjon i et system. En rekke av tjenestene som finnes i kommunene er underlagt lovregulering, og i tillegg ulike revisjons-, rapporterings- og kontrollsystemer. Disse systemene, herunder også Fylkesmannens og Helsetilsynets virksomhet, skal i prinsippet fange opp lovbrudd, kvalitetssvikt og uønsket variasjon.

Vi forstår videre 'uønsket variasjon i kvalitet' som et normativt (fag)politisk uttrykk som gjennom sin bruk søker å etablere et normativt samsvar ('norm compliance') (Frega, 2017, s. 372), gjerne som en 'best practice', i omsorgstjenestelandskapet i Norge. Hvis for eksempel grunnlaget for tildeling av helse- og omsorgstjenester er uklart eller mangelfullt, kan man risikere at like situasjoner behandles ulikt, og samme type lidelse og tilstand tilbys ulike tiltak og tjenester. Slik variasjon kan være enklere å måle i spesialisthelsetjenesten, for eksempel som andeler med en bestemt skade som får en veldefinert, bestemt kirurgisk behandling. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan tiltakene være mer utfordrende å avgrense og indentifisere fordi både tilstanden til tjenestemottakerne og tjenestene de mottar ofte er mer sammensatte og vanskeligere å avgrense (Grimsmo, 2018).

KVALITET

Dette prosjektet retter søkelyset på variasjon i tjenestekvalitet. Kvalitetsbegrepet kan være utfordrende å definere og avgrense. Avdedis Donabedian utviklet tidlig et grunnlag for systematisering av, og forskning på, kvalitet i helsesektoren, der han utviklet et skille mellom struktur-, prosess og resultatindikatorer for kvalitet (se for eksempel Donabedian (1997)). Strukturindikatorer omfatter rammer og forutsetninger for omsorg, pleie og behandling, slik som fasiliteter, utstyr, bemanningsnivå og kompetansesammensetning. Prosessindikatorer handler om hvordan helsehjelp ytes, som for eksempel om kommunene i sin medisinske oppfølging av sykehjemspasientene gjennomfører en årlig systematisk legemiddelgjennomgang eller ikke. Resultatindikatorer er uttrykk for «utfallsmål», det vil si de direkte resultatene og konsekvenser av tjenestene for mottakerne. Eksempler på resultatindikatorer kan være forekomst av trykksår, fall, vekttap, infeksjoner, sykehusinnleggelse, bruk av psykofarmaka og pasientvurderinger. I Donabedians rammeverk vektlegges *forholdet* mellom de ulike indikatorene ut fra en tanke om at god struktur sannsynliggjør en god prosess, og at en god prosess gir mulighet for et godt utfall for pasientene. Selv om Donabedian mente slike at sammenhenger er sannsynlige, tok han til orde for at slike sammenhengene må utforskes empirisk i ulike kontekster (Donabedian, 1997).

Norsk Standard, NS-EN ISO 9000, knytter kvalitet til den grad iboende egenskaper ved et produkt eller en tjeneste oppfyller angitte eller underforståtte behov og forventninger. Da oppstår spørsmålet om *hvem* sine behov, forventninger, oppfatninger og perspektiv dette dreier seg om. Er det kvalitetsvurderinger i et tjenestemottakerperspektiv (pasient og bruker), tjenesteyterperspektiv (ansatt), organisatorisk- og myndighetsperspektiv (etat, kommune, departement) eller i et faglig- og forskningsmessig 'best practice' perspektiv?

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem benytter en sammensatt operasjonalisering av begrepet «kvalitet»¹. Her defineres tjenester av kvalitet som tjenester som er:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

¹ Se: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

² Se Helsedirektoratet: Nasjonale kvalitetsindikatorer, kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

³ Vi erkjenner at uttrykkene 'subjektive' og 'objektive' kvalitetsindikatorer kan gi uheldige assosiasjoner på flere måter, for eksempel i forhold til kvalitative og kvantitative data. Uttrykkene kan også bygge opp under myten om at det er mulig å framskaffe objektive data uberørt og uavhengig av lokale kontekster. Det ville kanskje være bedre å skille mellom *formelle og relasjonelle kvalitetsindikatorer*, der de såkalt objektive er de formelle som rapporteres til Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet fra kommunane, mens de såkalt subjektive er de som skapes gjennom erfaringer med tjenester, enten det er som ansatt, personlig bruker eller som pårørende.

På bakgrunn av denne omtalen har Helsedirektoratet utviklet en rekke nasjonale kvalitetsindikatorer. For kommunale helse- og omsorgstjenesten har de utviklet 23 indikatorer (Helsedirektoratet, 2020)². I denne rapporten skiller vi mellom såkalt 'objektiv' og 'subjektiv' kvalitetsvurdering. De nasjonale kvalitetsindikatorene kan kategoriseres som 'objektive' i den forstand at de forsøker å måle konkrete forhold ved tjenestene, mens innbygger- og brukerundersøkelser kan kategoriseres som 'subjektive' da de presenterer opplevelsene av, og erfaringer med tjenestene³.

STUDIENS AVGRENSNING

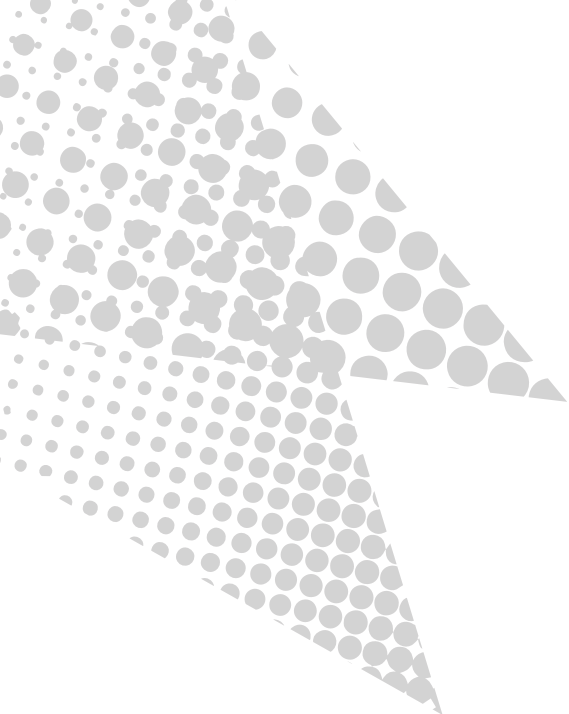
Omsorgstjenestene omfatter en rekke tjenester og tilbud i kommunene. Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet har oppdragsgiver presisert at oppdraget er avgrenset til (1) ulike former for hjemmetjenester, herunder hjemmesykepleie og praktisk bistand, og (2) opphold i institusjon, herunder sykehjem.

I studie 1 har vi gjennom analyser av registerdata studert variasjons- og kvalitetsaspekt ved:

- Sykehjemdekning
- Hjemmetjenestedekning
- Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens
- Ressursbruk i omsorgstjenestene
- Liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter
- Forskjeller mellom yngre og eldre brukere av hjemmetjenester
- Forskjeller mellom kommunalt og privat drevne sykehjem for kvalitetsindikatorene årlig legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging på sykehjem

I studie 2 analyserer data fra innbyggerundersøkelsene om innbygger- og brukeroppfatninger av tjenestene hjemmesykepleie og sykehjem som uttrykk for såkalte subjektive kvalitetsindikatorer. Vi ser også på sammenhenger mellom subjektive oppfatninger og kommunens dekningsgrad av omsorgstjenester.

I studie 3 analyserer vi rapporteringspraksiser, lokale betingelser for variasjon i tjenesteprofil og kvalitetsutfordringer basert på intervjuer med ledere innen helse- og omsorgstjenestene i 12 kommuner.



METODE

DELSTUDIENE

Variasjonsstudium 1: Registerdata-analyser basert på data fra alle norske kommuner

Her har vi analysert registerdata basert på kommunenes innrapportering om sine pleie- og omsorgstjenestebrukere. Det dreier seg om Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) som er del av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), samt Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA). Vi har tatt utgangspunkt i de nyeste dataene som foreligger om dette, det vil si data fra 2018. Data på individnivå ble hentet ut fra utleverte datafiler fra KPR-registeret. KPR-registeret eies og forvaltes av Helsedirektoratet. Det inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Det er de såkalte IPLOS-dataene i KPR vi har benyttet. IPLOS-registeret inneholder informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune og ble fra 2018 en del av KPR-registeret.

Rådata fra denne delen av KPR har vi «vasket» og klargjort de tilsendte dataene for at de skulle bli analyseklare for vårt formål. Vi vil her beskrive og dokumentere hvordan vi har gått fram i denne dataklargjøringsprosessen. Vi har bearbeidet tre utleverte datafiler: 'Person', 'Personopplysninger' og 'Tjenester'. I disse dataene var såkalte 'testbrukere' personer som kunne ha mange kommuner registrert. Testbrukere ble slettet fra dataene. I datafilene Personopplysninger og Tjenester ble observasjoner med ugyldige start- og sluttdatoer slettet. I Person-datafilen ble personers alder begrenset til 110 år, og duplikat observasjoner basert på person-id og kommune-id ble slettet. I datafilen Personopplysninger ble verdier som var ugyldige for den kategoriske variabelen som fanget antall timer per uke personer mottok privat ubetalt hjelp, endret til manglende data.

Denne datafilen inkluderte også følgende variabler:

- 1) vurdert av tannhelsepersonell og 2) vurdert av lege—hver med verdiene “1 = ja, gyldig 2018-dato, 0 = alle andre, dvs. ugyldig/manglende 2018-dato”; og variablene:
- 3) legemiddelgjennomgang gjennomført,
- 4) ernæringsstatus kartlagt,
- 5) ernæringsmessig risiko/underernæring og
- 6) ernæringsplan utarbeidet—hver med verdiene ja/nei/ikke relevant eller nødvendig.

For disse seks variablene ble en person ansett som å ha mottatt tjenesten/vurderingen i 2018 hvis han/hun hadde minst en observasjon med verdien ”ja”, noe som indikerte at personen mottok tjenesten/vurderingen. Duplikat observasjoner ble deretter slettet fra datafilen.

I Tjeneste-datafilen ble tjenestetimer per uke begrenset til 168 timer per uke. Tjenestevarighet ble deretter beregnet basert på tjenestens start- og sluttdato, og brukt til å beregne antall mottatte tjenestetimer per år for tjenester som det skulle registreres timer. For personer med flere observasjoner tilknyttet samme kommune og tjenestetype, men med varierende verdier for tjenestetimer, ble tjenestetimer deretter summert på tvers av observasjoner for personen. Når det gjelder tjenestetypen for personer med flere observasjoner tilknyttet samme kommune, men med varierende verdier (ja/nei) for tjenestetype, ble personen ansett som å ha mottatt tjenesten i 2018 hvis han/hun hadde minst en observasjon med en verdien av ”ja”, som indikerte at personen mottok tjenesten. Duplikat observasjoner ble deretter slettet fra datafilen. Totalt antall personer i datafilene personopplysninger og tjenester sammenslått (2018) var 280 484.

Når det gjelder variasjon antall liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter per 1000 innbyggere over 80 år i kommunen, så ble dette mottatt fra Avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon i Helsedirektoratet som ferdig bearbejdede tabeller.

Det er foretatt deskriptive analyser og flernivå regresjonsanalyser for å beskrive og forklare variasjon omsorgstjenester. I de fleste av disse analysene har vi tatt utgangspunkt i aldersgruppen over 80 år. Statistikk og tidligere forskning har vist at dette er en livsfase der mange erfarer ulike former for, og økende grad av ‘skrøpelighet’⁴, om enn i ulik grad, og det er i denne fasen det er vanlig (over 50 %) å motta omsorgstjenester fra kommunen (Ramm, 2013).

Kvaliteten på registerdata vil alltid være avhengig av felles forståelse og like registreringspraksiser fra alle de som innregistrerer dataene. For KPR/IPLOS-registreringer gjelder dette mange aktører; over 400 kommuner, der gjerne flere er involvert i hver av kommunene. Da kan både ulik forståelse og ulik nøyaktighet føre til feil. For de registreringene som kun viser status på et tidspunkt av året gir tallene dessuten kun et «øyeblikksbilde» av situasjonen og ikke et samlet uttrykk for en lengre periode. Disse forhold gjør at tallene fra registerdatastudiene må tolkes med forsiktighet.

⁴ Folkehelseinstituttet (2018) henviser til Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, og Rockwood (2013) og Rodriguez-Mañas og Fried (2015) når de beskriver skrøpelighet (frailty) som en tilstand av «reduert muskelstyrke, reduert energinivå og økt trettbarhet, utilsiktet vekttap og lav fysisk aktivitet. De fysiologiske reservene i kroppen blir reduert, og motstandskraften mot påkjenninger som sykdommer og skader blir dårligere». Forekomsten av skrøpelighet blant hjemmeboende eldre over 80 år i Europa er på om lag 50 % (<https://www.fhi.no/nyheter/2019/skrøpelighet-hos-eldre/>).

Variasjonsstudium 2: Analyse av innbyggerundersøkelsene fra 2010-2017

Der registerdata gir oss informasjon om de som mottar tjenester med implikasjoner for kommunenes tjenesteprofiler og tjenestekvalitet, kan spørreskjema-data fra kommunenes innbyggere gi oss informasjon om hvordan disse tjenestene oppfattes av innbyggerne og brukerne, som uttrykk for såkalte subjektive kvalitetsindikatorer. I denne delen har vi anvendt data fra innbyggerundersøkelsene om erfaringer og oppfatninger med omsorgstjenestene. Innbyggerundersøkelsene utgjør store undersøkelser av forvaltningen i Norge. Den har som mål å gi et bilde av innbyggernes vurdering av, og tillit til, offentlige tjenester og det å bo i kommunen. Digitaliseringsdirektoratet er ansvarlig for disse undersøkelsene som har pågått annethvert år siden 2010. Dataene er åpent tilgjengelig på Digitaliseringsdirektoratet nettside⁵.

Vi analysert dette datamaterialet om folks oppfatninger i et sammenlignende perspektiv. Vi sammenligner både grupper av individer og type kommuner. Vi skiller blant annet mellom ulike grupper av 'brukere'; de med personlig erfaring (pasienter), de med erfaringer som pårørende og de med ansatte-erfaringer (de som har jobbet i tjenestene). I tillegg har vi svar fra de som ikke er brukere i den forstand at de ikke hadde hatt erfaring med de to tjenestene siste 12 måneder.

Vi har anvendt data fra den såkalte innbyggerdelen av innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013, 2015 og 2017. Innbyggerdelen ble sendt til et representative utvalg av befolkningen (trukket fra Folkeregisteret). Tilstrekkelig fullstendige data fra 2019 var ikke tilgjengelig for vårt formål og kunne derfor ikke anvendes. Svarprosenten på innbyggerdelen har lagt på omkring 40 %.

I våre analyser har vi konsentrert oss om innbyggerens oppfatninger av hvor god *tilgangen* på hjemmetjenester og sykehjem er, og deres oppfatning av hvor *kvalitativt* gode er. Spørsmålene som ble stilt lød slik:

Hvor godt eller dårlig mener du at det følgende er i din kommune?

- *Tilgangen på hjemmesykepleie*⁶.
- *Tilgangen på sykehjemsplasser*

Hvor gode eller dårlige mener du de følgende tjenestene er?

- Sykehjem
- Hjemmesykepleie

Disse holdningsspørsmålene i innbyggerundersøkelsen har svaralternativer gradert på en sju-punkts bipolar Likert-skala fra -3 til +3, der -3 er dårligste poeng og +3 er beste poeng.

Det er gjort deskriptive bivariate analyser for å vise hvor store prosentandeler som har svart at de har et positivt inntrykk av tilgangen og kvaliteten, der +1, +2 og +3 regnes som positivt inntrykk og -3, -2, -1 og 0 regnes som negativt eller middels inntrykk av tjenesten.

Det er videre foretatt en multippel flernivå-regresjonsanalyse for å komme på sporet

⁵ Se: <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2019>

⁶ Vi har i denne rapporten i stedet valgt å anvende uttrykket 'hjemmetjenester'. Hjemmesykepleie utgjør den største delen av hjemmetjenestene. Etersom hjemmetjenestene i økende grad omfatter andre yrkesgrupper enn sykepleiere blir uttrykkene hjemmetjenester og 'helsetjenester i hjemmet' vanligvis brukt i offentlig forvaltning.

av sammenhenger og forklaringer på de subjektive inntrykkene. Vi viser resultatene for 2010, 2013, 2015 og 2017-undersøkelsen samlet fordi det er forholdsvis små forskjeller mellom måletidspunktene og for å få et større og sikrere utvalg som grunnlag for analysene.

I denne rapporten har vi analysert data fra innbyggerundersøkelsene om innbygger- og brukererfaringer med hjemmetjenester og sykehjem.

Variasjonsstudium 3: Intervjuer med ledere i helse- og omsorgstjenestene

For å bidra med merinnsikt om forhold som kan forklare variasjoner som eksisterer mellom kommuner har vi gjennomført intervjuer med sentrale representanter fra helse- og omsorgstjenestesektoren i 12 norske kommuner. På bakgrunn av fastlagte kriterier: *Variert kommunestørrelse (bykommuner, regionsentre, distriktskommuner), spredt geografisk beliggenhet (nord/sør/øst/vest i Norge) og variasjon med hensyn til dekningsgrad på helse- og omsorgstjenester, både når det gjelder institusjonsbaserte tjenester og hjemmebaserte tjenester (for befolkningen som er 80 år og eldre)* – ble 19 kommuner valgt ut som særlig interessante potensielle case-kommuner til undersøkelsen, og disse ble inndelt i fem underkategorier:

1. bykommuner (ulik størrelse og ulike tjenesteprofiler)
2. kommuner med forholdsvis høy dekning av både institusjons- og hjemmetjenester (for befolkningen over 80 år)
3. kommuner med forholdsvis lav dekning på institusjonstjenester, men forholdsvis høy dekning på hjemmetjenester (for befolkningen over 80 år)
4. kommuner med forholdsvis lav dekning på både institusjons- og hjemmetjenester (for befolkningen over 80 år)
5. kommuner med forholdsvis høy dekning på institusjonstjenester, men forholdsvis middels/lavt dekning på hjemmetjenester (for befolkningen over 80 år)

Blant de utvalgte 19 kommunene ble 12 identifisert som førstevalg, og sju som reserver ved potensielle avslag. 10 av de 12 på listen over førstevalg samtykket til deltakelse i studien, mens to kommuner ga tilbakemelding at de ikke hadde kapasitet og ble derfor erstattet av to reserve-kommuner i tilsvarende kategori. I det endelige utvalget var til sammen fire kommuner storbykommuner, og disse blir i presentasjonen av resultatene omtalt under tilhørende kategori på tjenesteprofil (høy-høy, lav-høy osv. sykehjems- og hjemmetjenestedeckning i 2018).

Gruppe	Kommune-ID	Dekningsgrad sykehjem 80+. (landsgjennomsnitt 13 %, variasjon: 2-38 %)	Dekningsgrad hjemmetjenester 80+ (landsgjennomsnitt 35%, variasjon 17-64%)	Kommune-størrelse (innbyggertall)
<i>Bykommune (Storbyer)</i>	K2	Litt over gjennomsnittet	Litt under gjennomsnittet	-
	K4	En del over gjennomsnittet	Litt under gjennomsnittet	-
	K8	Litt over gjennomsnittet	Gjennomsnittlig	-
	K10	Litt under gjennomsnittet	Gjennomsnittlig	-
<i>Høy-Høy</i>	K3	Over gjennomsnittet	Over gjennomsnittet	5 000-9 999
	K12	Over gjennomsnittet	Litt over gjennomsnittet	10 000-14 999
<i>Lav-Høy</i>	K7	Under gjennomsnittet	Over gjennomsnittet	15 000-19 999
	K6	Under gjennomsnittet	Langt over gjennomsnittet	Under 2 000
	K11	Under gjennomsnittet	Over gjennomsnittet	20 000-29 999
<i>Lav-Lav</i>	K1	Under gjennomsnittet	Under gjennomsnittet	2 000-4 999
	K9	Under gjennomsnittet	Under gjennomsnittet	15 000-19 999
<i>Høy-Middels/ Lav</i>	K5	Over gjennomsnittet	Under gjennomsnittet	Under 2 000

Kommunene og informantene som deltok i studien ble garantert anonymitet for å legge til rette for at de kunne snakke mest mulig åpent om sine betraktninger knyttet til tilstander og utfordringer i kommunen. Det er også hensynet til anonymisering som gjør at det ikke oppgis innbyggertall i bykommunene.

Alle informantene i intervjuene hadde lederposisjoner i innenfor helse- og omsorgssektoren i kommunene. Stillingsbetegnelser og ansvarsområder kunne variere. For å ivareta krav og lovnad om anonymitet blant de som deltok brukes i denne delrapporten begrepet «informant» som en samlebetegnelse.

Fokus i intervjuene var rapporteringspraksiser, lokale betingelser for tjenesteprofil og kvalitetsutfordringer i kommunene. Intervjuene ble transkribert og analysert for å skape innsikt om forhold som kan forklare variasjoner som eksisterer mellom kommuner. I resultatkapittelets innledning redegjøres det nærmere for intervjuenes spørsmål og problemstillinger.

FORSKNINGSETIKK

Vedrørende utlevering og analyse av data fra KPR/IPLOS-registeret ble det først sendt søknad om dispensasjon fra taushetsplikt til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). REK vest godkjente søknaden (referansenummer 2019/772).

Det ble deretter søkt Helsedirektoratet om tilgjengeliggjøring av opplysninger fra IPLOS-data fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Selv om dispensasjon fra taushetsplikt gitt av REK er en forutsetning for tilgjengeliggjøring av personidentifiserbare opplysninger er Helsedirektoratet ved avdeling helseregistre forpliktet til å gjøre en selvstendig vurdering av om formålet med prosjektet er i samsvar med forskrift om Kommunalt pasient- og brukerregister.

Helsedirektoratet ved avdeling helseregistre vurderte søknaden og fant at omsøkte bruk av registeropplysninger ligger innenfor KPR sitt formål, jamfør forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister § 1-1, samt at de øvrige vilkårene for tilgjengeliggjøring av opplysninger fra KPR var oppfylt. Denne rapporten har altså benyttet opplysninger fra KPR. Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de tilgjengeliggjorte opplysningene. Registerforvalter for KPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de tilgjengeliggjorte opplysningene.

Det ble også sendt meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD) vedrørende intervjuene med ledere i helse- og omsorgstjenestene. Vår behandling av personopplysninger ble vurdert å være i samsvar med personvernlovgivningen slik at datainnsamlingen kunne starte (referansenummer 656730). Se for øvrig redegjørelsen over, vedrørende vår anonymisering av disse informantene.



VARIASJONSSTUDIE 1: BASERT PÅ REGISTERDATA FRA ALLE NORSKE KOMMUNER

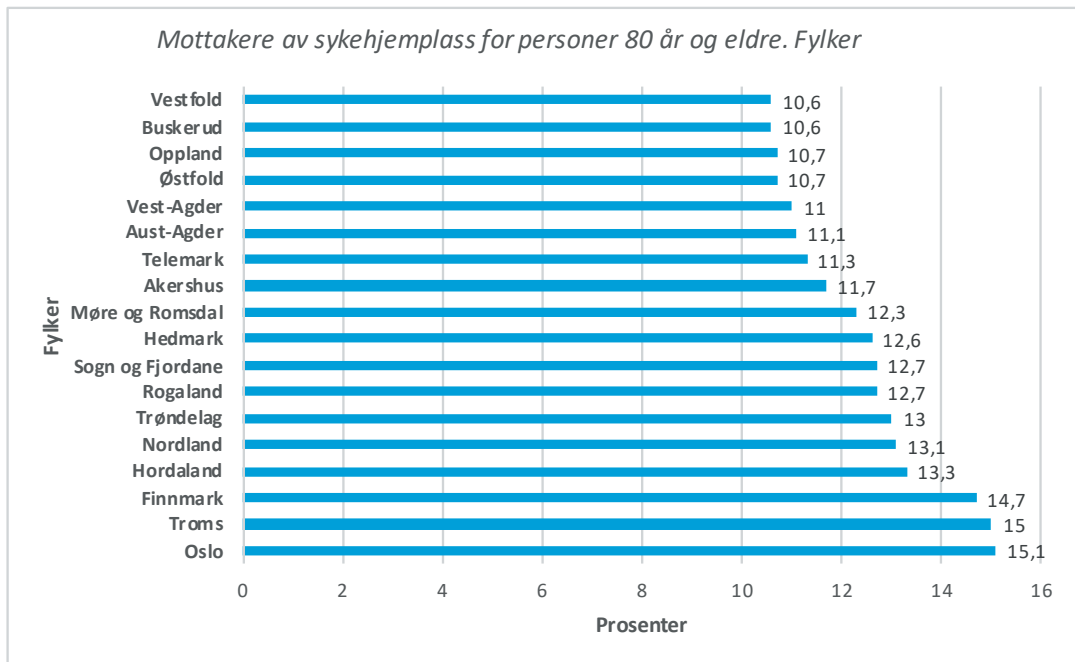
I denne delen av rapporten presenterer og diskuterer vi analyser av registerdata hentet fra IPLOS/KPR og KOSTRA. Det gjennomgående fokuset er 1) variasjon og 2) variasjon i kvalitet. Vi ser disse to sidene i sammenheng ettersom som variasjoner (for eksempel mellom kommuners dekningsgrader av bestemte tjenester) kan, men ikke nødvendigvis må, indikere variasjon i kvalitet i tjenestene.

Følgende tema berøres:

- Sykehjemdekning
- Private institusjonsplasser
- Hjemmetjenestedekning (helsetjenester i hjemmet og praktisk hjelp)
- Forskjeller mellom yngre og eldre brukere av hjemmetjenester
- Hjemmetjeneste- og sykehjemdekning samlet
- Ressursbruk i omsorgstjenestene
- Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens
- Liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter
- Forskjeller mellom kommunale og private sykehjem for:
 - Legemiddelgjennomgang
 - Legevurdering
 - Tannhelsepersonellvurdering
 - Ernæringskartlegging

SYKEHJEMDEKNING

Vi skal her ta utgangspunkt i andeler av befolkningen over 80 år som er beboere på sykehjem, her omtalt som sykehjemdekning. Når vi ser landet under ett bodde 12,4 % i denne aldersgruppen på sykehjem i 2018. Det har vært en svak nedgang i andelen gjennom mange år og nedgangen fra 2015 til 2018 var på 1,2 %. Det er betydelig variasjon mellom fylker og kommuner. Bruk av sykehjem var i 2018 størst i Oslo (15,1 %) og lavest i Buskerud og Vestfold (10,6 %).

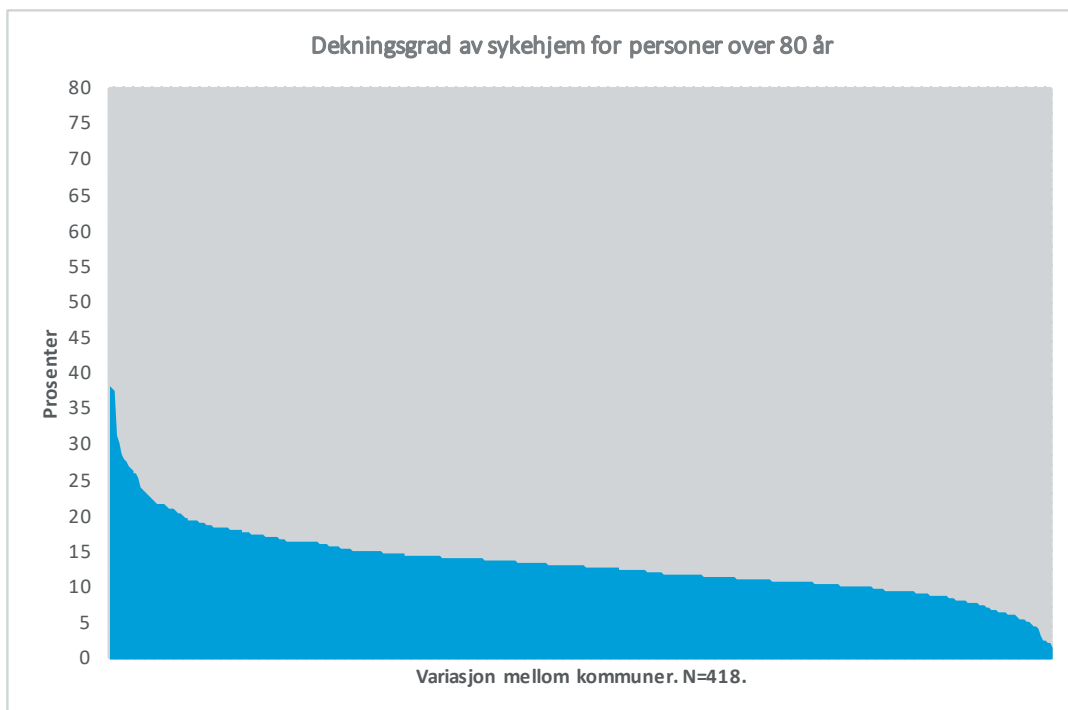


Figur 2: Fylkesvis variasjon i mottakere av sykehjemsplass for aldersgruppen 80 år og eldre i 2018.⁷

Gjennomsnittlig dekningsgrad mellom kommunene var på 13,4 %, når hver kommune teller likt⁸. Gjennomsnittverdier for sykehjemdekning kamouflerer imidlertid den store variasjonen mellom kommunene som framgår av tabellen under. Kommunen i Norge med lavest sykehjemdekning for aldersgruppen over 80 år hadde en dekningsgrad på kun 1,5 %. I ti kommuner var andelen mottakere under 5 %. Kommunen med høyest sykehjemdekning hadde en dekningsgrad på 38,1 % og 14 kommuner hadde over 25 % dekning. Like fullt hadde 50 % av kommunene dekningsgrader innenfor intervallet 10,5 - 15,5 %. I de ti prosent av kommunene med lavest dekning for denne aldersgruppen var andel mottakere under 8 %, mens den i de ti prosentene med høyest dekning var på over 19 %. Se figur og tabell under for kommunevariasjon.

⁷ Basert på data fra IPLOS. SSB: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/> Med sykehjemsplass menes både langtidsopphold og tidsbegrenset opphold på sykehjem og aldershjem, eksklusive avlastningsopphold.

⁸ Som referert over var den på 12,4 % når enheten ikke er kommunene, men befolkningen over 80 år.



Figur 3: Kommunevariasjon i dekningsgrad av sykehjemsplasser for personer over 80 år i 2018.

Tabell 1: Statistiske variasjonsmål i kommunenes dekningsgrad av sykehjemsplasser for personer over 80 år i 2018. N=418.

Statistiske variasjonsmål	Variasjon mellom kommuner ⁹
Minimum	1,5
Maksimum	38,1
Variasjonsbredde	36,6
10 %-persentil	8,1
25 %-persentil	10,5
50 %-persentil/median	12,9
75 %-persentil	15,5
90 %-persentil	19,0
Gjennomsnitt	13,4
Standardavvik	5,0

⁷ Basert på data fra SSB: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>

DISKUSJON

Vi kan illustrere den beskrevne kommunevariasjonen for en tenkt kommune med 10 000 innbyggere og 420 innbyggere over 80 år¹⁰ slik: I en kommune på 25 % persentil-nivå vil 44 personer over 80 år ha sykehjemsplass. I en annen kommune på 75 % persentil-nivå vil 65 personer over 80 år vil være på sykehjem. I en kommune på 10 % persentil-nivå vil 34 personer over 80 år ha sykehjemsplass. I en annen kommune på 90 % persentil-nivå vil 80 personer over 80 år bo på sykehjem, altså over dobbelt så mange. En slik eksemplifisering illustrerer konsekvensene av ulik dekningsgrad for tjenestetilbud og ressursbruk i en kommune av en slik størrelse.

Data vedrørende dekningsgrad bygger som nevnt på individbaserte data fra IPLOS summert opp til andel mottakere i aldersgruppen. Når det gjelder sykehjem er nok «andel mottakere» mer presist enn «dekningsgrad», ettersom noen kommuner kan ha ubrukte sykehjemsplasser. I denne sammenheng presiserer vi derfor at uttrykket dekningsgrad bygger på andel beboere på sykehjem i kommunene.

Analysen i dette kapittelet illustrer den reelle variasjonen i dekningsgrader av sykehjemsplasser for den gruppen som oftest får fast plass på sykehjem, nemlig de over 80 år. Det har lenge vært diskutert hva som er riktig dekningsnivå for denne gruppen i norske kommuner. I den daværende regjeringens handlingsplan for eldreomsorgen fra 1997 ble det foreslått en dekningsgrad på 25 % av befolkningen over 80 år, under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester, men presisert at det reelle behovet i hver enkelt kommune vil kunne variere rundt dette gjennomsnittet (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 16). NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» avviste dette anslaget og omtalte det som «25 %-myten» og skrev at det er «behovet i befolkningen i den enkelte kommune til enhver tid som er avgjørende for hvor mange som skal gis et heldøgnsstilbud i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem» (NOU 2011:11, s. 26). Også et oppdragsprosjekt for KS i 2016 avviser en nasjonal norm, men anbefaler i stedet lokale kommunale veiledende normer som tar utgangspunkt i det samlede tilbudet av sykehjem og andre boliger til eldre (Sørbye, Schanche, Sverdrup, & Brunborg, 2016). Den lokale normen vil være avhengig av kontekstuelle forhold som levealder, kulturelle forhold, geografiske avstander, utviklingen av resten av omsorgstrappen, hjemmetjenestenes kompetanse og den generelle boligpolitikken for eldre. Spørsmålet om behovet for heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger vil øke eller reduseres i framtiden er omdiskutert. Mange faktorer vil spille inn, herunder blant annet antallet i de eldste aldersgruppene og deres helse- og funksjonsnivå, tilbudet fra hjemmetjenestene og befolkningens holdninger til det å motta omsorgstjenester i slike institusjoner. Statistisk sentralbyrå antar likevel at behovet for sykehjem og andre boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet vil øke i årene som kommer, og stiller spørsmål om omsorgstjenestens kapasitet i kommunene vil holde tritt med den demografiske utviklingen i befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2019).

Variasjonen mellom kommunene vi har vist kan ha sammenheng med flere forhold. Som det vises til i rapportens studie basert på intervjuer med ledere i kommuner er det i noen kommuner uklart hva som skal klassifiseres som sykehjem (institusjon) kontra heldøgns omsorgsboliger (knyttet til hjemmetjenestene). Av denne grunn har vi i denne

¹⁰ Det vil si at 4,2 % av innbyggerne er over 80 år. Dette representerer landsgjennomsnittet.

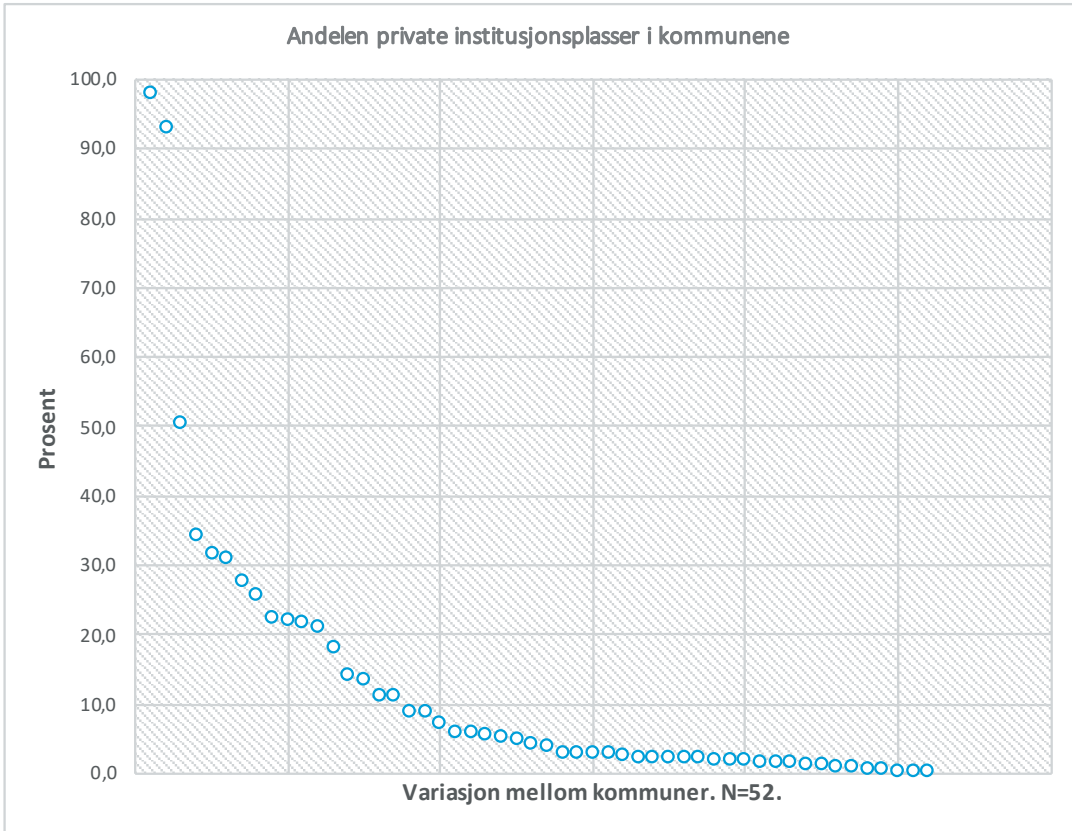
omgang valgt å ikke foreta en egen regresjonsanalyse knyttet til sykehjemdekning for å utforske statistiske sammenhenger som kan gi forklaringer. Like fullt vil vi peke på funn fra intervjuene med lederne som viser til betydningen av kommunenes egne prioriteringer og «omsorgstjenestefilosofi» når det gjelder sykehjemdekning og tjenesteprofil for øvrig (se kapittelet om intervju med ledere i kommuner lenger bak). I stedet vil vi her foreta en drøfting av forklaringer på sykehjemdekning basert på tidligere forskning.

Når det gjelder sannsynlighet for sykehjeminnleggelse på individnivå så er litteraturen ganske entydig på at fysisk og kognitiv funksjonsnivå er blant de mest sentrale forklaringsvariablene. Fries et al. (1994) var blant de første som så på variasjoner mellom sykehjemspatientene på tvers av sykehjem. De fant at funksjonsnivået til pasientene kunne forklare det meste av forskjellene. Arling, Kane, Mueller, og Lewis (2007) fant også at funksjonsnivå var den mest sentrale forklaringsfaktoren til forskjeller mellom sykehuspasienter, men i tillegg så observerte de en betydelig forskjell mellom sykehjem. Det var altså ikke bare de individuelle behovene som kunne forklare forskjellene i tjenestenivået. Hvilket sykehjem man bodde på hadde også stor betydning. En norsk studie av Døhl, Garåsen, Kalseth, og Magnussen (2014) fant som Fries et al. (1994) og Arling et al. (2007), at pasientens bistanndsbehov var den mest sentrale faktoren for variasjonen i hjelpen man får. Videre fant Døhl et al. (2014), som Arling et al. (2007), betydelige forskjeller mellom sykehjem innad i samme kommune. Det nye i Døhl et al. (2014) sin studie var at deler av variasjonen kunne forklares med hvem man bor sammen med. De som bodde sammen med de mest «skrøpelige» pasientene fikk mindre hjelp ved samme funksjonsnivå sammenlignet med de som bodde sammen med mer «friske» pasienter. En mulig forklaring som ble pekt på var at finansieringsmodell (rammevilkår) hadde betydning. Med en finansieringsmodell med lik pris per pasient for alle pasienter så ble resultatet at den hjelpen man fikk ikke bare var avhengig av personens funksjonsnivå, men også av funksjonsnivået til dem man bodde sammen med.

¹¹ Se også SSB: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>

PRIVATE INSTITUSJONSPLASSE

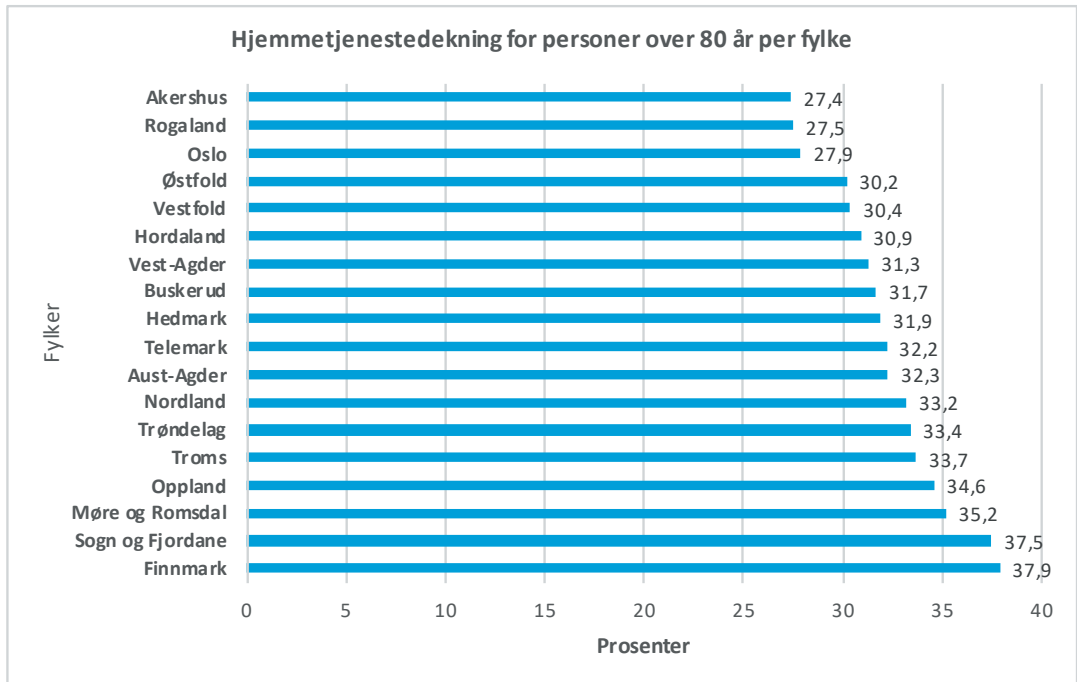
I 2015 var andelen av private institusjonsplasser i kommunene på 11,6 %. Den har siden dette sunket svakt hvert år og var i 2018 på 10,2 %¹¹. Det var i 2018 til sammen 52 kommuner med innslag av private plasser, både små og store kommuner. Av store kommuner hadde Oslo 51 % private plasser, Stavanger 34 % og Bergen 31 %. Det var kun 17 kommuner som hadde en andel på over 10 %. Over halvparten (28 kommuner) hadde en andel på under 5 %. Ettersom de store kommunene er overrepresentert, representerer de 52 kommunene med private innslag en stor del av befolkningen.



Figur 4: Kommuner med private institusjonsplasser i 2018. Andelen av private plasser i disse kommunene.

HJEMMETJENESTEDEKNING (HELSETJENESTER I HJEMMET OG PRAKTISK HJELP)¹²

Også her tar vi utgangspunkt i andeler av befolkningen over 80 år. Når vi ser landet under ett, var det 31 % av befolkningen som brukte hjemmetjeneste i 2018, en nedgang på 2 % fra 2015. Det var variasjon mellom fylker og kommuner. Bruk av hjemmetjenester var lavest i Akershus (27,4), Rogaland (27,5) og Oslo (27,9) og høyest i Finnmark (37,9 %) og Sogn og Fjordane (37,5 %).



Figur 5: Fylkesvis variasjon i dekning av hjemmetjenester for aldersgruppen 80 år og eldre i 2018.¹³

Gjennomsnittlig hjemmetjenestedeckning mellom kommunene var på 34,6 %, når hver kommune teller likt, uten vekting for befolkningsstørrelse¹⁴. Slike gjennomsnittverdiene

¹² Andel av innbyggerne i aldersgruppen 80 år og over som mottar hjemmetjenester til hjemmeboende.

Teller= Mottakere av hjemmetjenester i hjemmet 80 år og over registrert pr 31.12.2018. Data er hentet fra IPLOS-

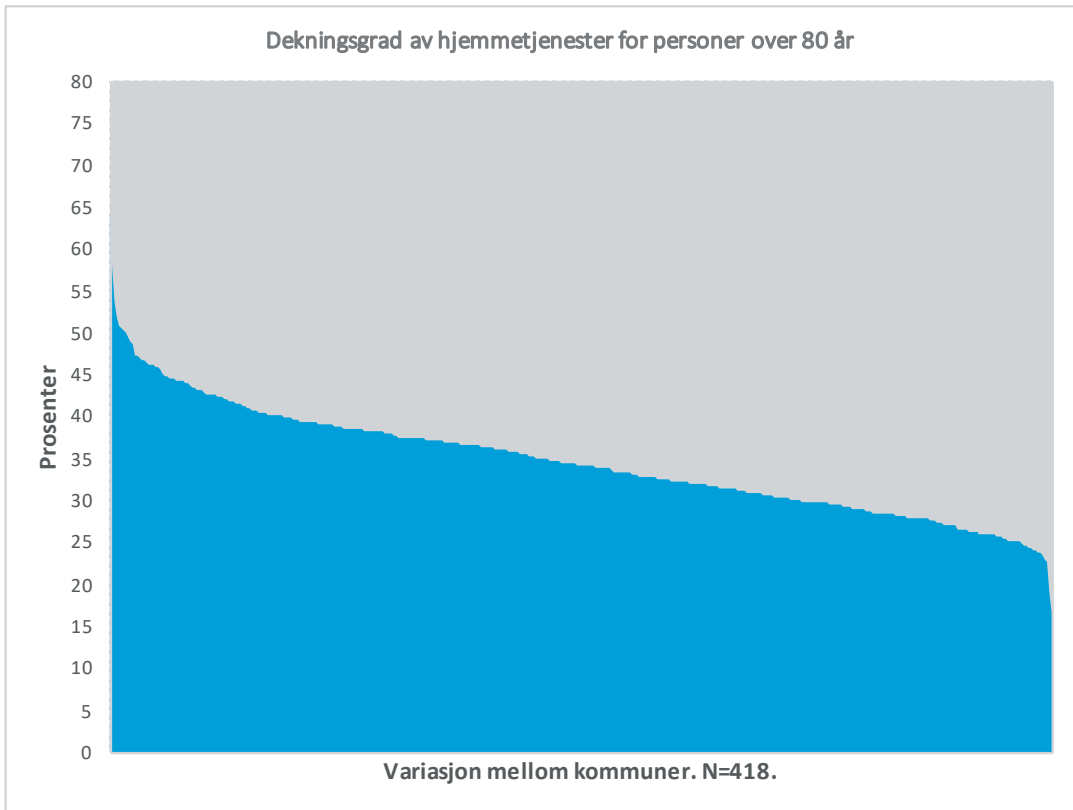
registeret. Nevner= Innbyggere 80 år og over år pr 31.12.2018. Data er hentet fra SSBs befolkningsstatistikk.

Med hjemmetjenester i hjemmet menes følgende tjenester i IPLOS: Praktisk bistand: daglige gjøremål, Praktisk bistand - opplæring: daglige gjøremål, Praktisk bistand: brukerstyrt personlig assistent, Avlastning - utenfor institusjon, Omsorgslønn, Pleie og omsorg utenfor institusjon (hjemmesykepleie). <https://www.ssb.no/343172/pleie-og-omsorg-nokkeltall-tabell-07800>

¹³ Basert på data fra SSB: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>

¹⁴ Gjennomsnittsverdien var som nevnt på 31 % når enheten er befolkningen over 80 år og ikke kommunene.

kamufferer imidlertid den betydelige variasjonen mellom kommunene som framgår av figuren og tabellen under. Kommunen i Norge med lavest dekning av hjemmetjenester for aldersgruppen over 80 år hadde en dekningsgrad på 16,7 %. Kommunen med høyest dekning hadde en dekningsgrad på 64,2 %. Tre av fire kommuner (75 %) hadde dekningsgrader innenfor intervallet 29,7 – 38,7 %. Det var åtte kommuner med en dekning på over 50 % og 13 kommuner med dekningsrate på under 25 %. I de ti prosent av kommunene med lavest dekningsgrad for denne aldersgruppen var andel mottakere under 27 %, mens den i de ti prosentene med høyest dekning var på over 42 %. Se figur og tabell under for kommunevariasjon.



Figur 6: Kommunevariasjon i dekningsgrad av hjemmetjenester for personer over 80 år i 2018.

Tabell 2: Statistiske variasjonsmål i dekningsgrad av hjemmetjenester for personer over 80 år i 2018. N=418.

Statistiske variasjonsmål	Variasjon mellom kommuner ¹⁵
Minimum	16,7
Maksimum	64,2
Variasjonsbredde	47,5
10 %-persentil	26,6
25 %-persentil	29,7
50 %-persentil/median	34,3
75 %-persentil	38,7
90 %-persentil	42,9
Gjennomsnitt	34,6
Standardavvik	6,4

Figuren og tabellen viser betydelige forskjeller mellom kommunene for dekning av hjemmetjenester. Otnes og Haugstveit (2015, s. 4) fant at små kommuner hadde høyest dekning av hjemmesykepleie, mens Oslo og kommunegruppen som består av storbyene Bergen, Trondheim og Stavanger hadde lavest dekning av hjemmesykepleie for eldre 80 år og over. De fant også at små og middels store kommuner gav betydelig flere timer hjemmesykepleie til mottakere med omfattende bistandsbehov sammenlignet med Oslo og de andre storbyene.

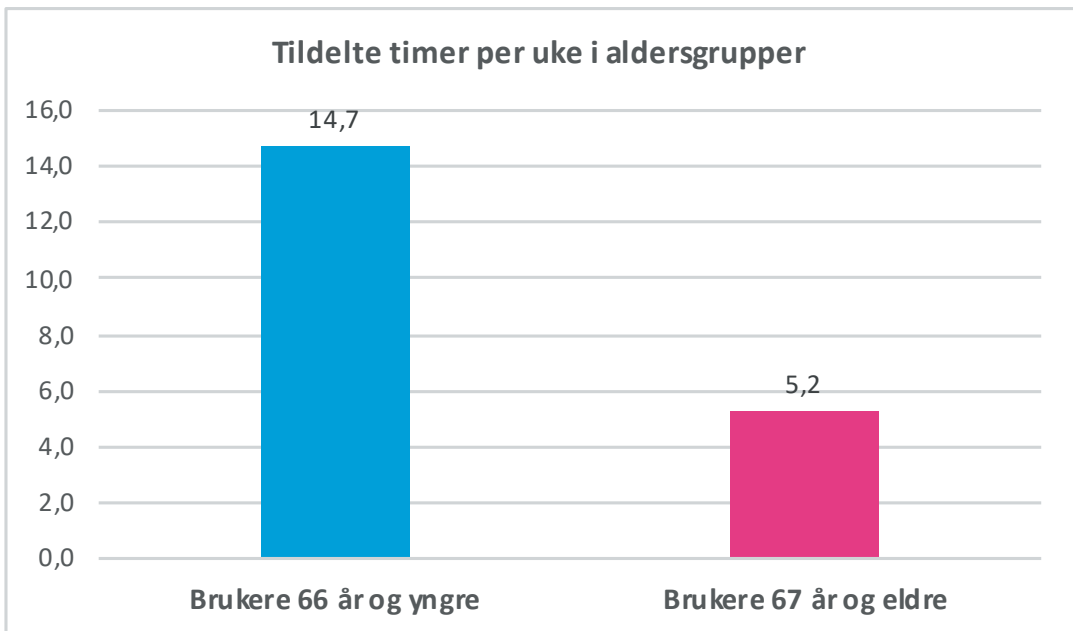
Døhl, Garåsen, Kalseth, og Magnussen (2016) fant, basert på data fra Trondheim kommune, at ukentlige timer med hjemmetjenester varierte med karakteristika ved brukerne, nærmere bestemt 1) antall samtidige sykdommer (komorbiditet) brukeren hadde, 2) om brukeren bodde alene og 3) om brukeren bodde i omsorgsbolig og 4) om brukeren hadde trygghetsalarm. Å bo sammen med noen, innebar en reduksjon i bruk av hjemmetjenester, men denne reduksjonen var betydelig større for menn enn for kvinner, hvilket kan tyde på at kvinnelige ektefeller og samboere bidrar med mer uformell hjelp enn mannlige. Fysisk funksjonsnedsettelse og kognitiv svikt/nedsatte kognitive ferdigheter var også sterke prediktorer for bruk av hjemmetjenester både for eldre og for personer med psykisk utviklingshemming (Døhl et al., 2016).

En studie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015 viser til at bruk og ikke-bruk av hjemmetjenestene kan forklares på bakgrunn av fire hovedforhold 1) individuelle forhold (som alder, fysisk og kognitiv funksjon og holdninger til å ta imot hjelp), 2) sosiale relasjoner og mulighet for hjelp fra andre, 3) fysiske omgivelser i hus og nærmiljø og 4) trekk ved kommunene og deres tjenestetilbud (Førland & Folkestad, 2016).

¹⁵ Basert på data fra SSB: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>

FORSKJELLER MELLOM YNGRE OG ELDRE BRUKERE AV HJEMMETJENESTER

Vi skal i tillegg se på forskjellene mellom yngre og eldre brukere av hjemmetjenester¹⁶. Mens gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere 0-66 år var på 14,7 % var gjennomsnittstallet for dem over 67 år på 5,2 timer. Yngre brukere (under 67 år) tildeles nesten tre ganger så mange timer per uke som eldre over 67 år.



Figur 7: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere 0-66 år og 67 år og eldre i 2018. Nasjonale tall.

For personer 67 år og yngre varierte gjennomsnittlig antall tildelte timer per uke i kommunene fra under 1 time til 64 timer. For gruppen over 67 år var kommunevariasjonen mellom under 1 time til 37 timer.

¹⁶ SSB tabell 12292: Omsorgstjenester - supplerende grunnlagstall (K): <https://www.ssb.no/statbank/table/12292/>

Tabell 3: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken for hjemmetjenestebrukere 0-66 år og 67 år og eldre i 2018. N=419 kommuner.

Statistiske variasjonsmål	Gjennomsnittlig antall tildelte timer til personer 0-67 år	Gjennomsnittlig antall tildelte timer til personer over 67 år
Minimum	,7	,6
Maksimum	63,9	36,8
Variasjonsbredde	63,2	36,2
25 %-persentil	10,2	3,4
50 %-persentil/median	14,3	4,4
75 %-persentil	19,7	5,6
Gjennomsnitt	16,1	5,0
Standardavvik	9,2	3,0

DISKUSJON YNGRE OG ELDRE

Brevik (2010) har sett på utviklingen i Norge og observerer at eldre får mindre tjenester relativt sett sammenlignet med yngre. Brevik antydte at det i større grad har vært en *vridning* i tjenester i Norge til de yngre, enn at eldre i absolutt forstand har fått mindre tjenester. Tingvold og Romøren (2015) fant at sykehjemstilbudet er blitt mer heterogent, det vil si at det er flere brukergrupper i ulike aldre som nå får sykehjemtilbud enn tidligere; mennesker som mottar palliativ omsorg, som har psykiske lidelser, alvorlige nevrologiske lidelser, er rusmisbrukere, eller har andre kroniske eller akutte helseproblemer. Denne utviklingen har først og skjedd i de store kommunene. En mulig forklaring på dette er volum; at spesialisering fordrer volum.

Det har ikke bare vært en stor vekst i antall yngre brukere, i hjemmetjenestene i særdeleshet. Det har også skjedd en utvikling som tyder på ulikt tjenestenivå mellom yngre og eldre brukergrupper. Romøren (2012) argumenterer for at «yngre og eldre er underlagt ulike omsorgsregimer». Funnene hans tyder på at forskjellene er knyttet til praktisk bistand. Ifølge Romøren kan ikke forskjellene mellom eldre og yngre forklares i ulikt funksjonsnivå. Yngre brukere får mer praktisk bistand enn eldre for samme funksjonsnivå. Det er de helsemessige årsakene som forklarer forskjellene; utviklingshemmede mottar langt mer bistand enn de med somatiske og psykiske helseproblemer, etter at det er korrigert for funksjonsnivå, alder og kjønn.

Det foreligger ingen politiske vedtak som sier at det skal vris ressurser fra eldre og over til yngre. Tjenester fattes med utgangspunkt i samme lovverk for yngre og eldre. Det er riktignok noen unntak når det gjelder lovverket mellom yngre og eldre, for eksempel kravet om «tilpasset opplæring»¹⁷. Tilpasset opplæring er ikke en helse og omsorgstjeneste, men

¹⁷ Personer med funksjonshemming har krav på tilpasset opplæring som kan medføre mer hjelp til praktisk bistand.

kan medføre økt behov for praktisk bistand. Dessuten er det to andre rammevilkår som er ulike for eldre og yngre brukere; finansieringsordning ressurskrevende tjenester, og ordningen med Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA), som begge kun gjelder personer under 67 år. Like fullt er det usikkert om ulikheter i lover, forskrifter og ordninger kan forklare forskjellene. En mulig forklaring kan være ulike opptrappingsplaner med tilhørende stimuleringsstilskudd. Opptrappingsplanen for psykisk helse kan trekkes frem som en omfattende og svært viktig reform, og som har medført en økning i antall yngre brukere i hjemmetjenesten, men etter hvert også på sykehjem.

Ulikheter i sosiale normer i befolkningen og blant helsepersonell knyttet til alder *kan* ha vel så stor betydning for mønsteret vi så i figuren foran. Studien til Hamran og Moe (2012) peker på to forhold som skiller yngre og eldre mottakere av helse og omsorgstjenester. Det ene er forhandlingssituasjonen og forståelse av sine rettigheter. Yngre og deres pårørende kan synes å være i en mye sterkere forhandlingssituasjon enn eldre. Det andre går på hva som er 'livets gang'; om hvilke utfordringer som er del av livet, for eldre versus yngre. «Yngre mottakere skal ha et hverdagsliv så likt som mulig sine jevnaldrende». Det vil si at yngre tjenestemottakere sammenlignes med friske unge når tjenestebehovet utmåles. Det samme gjelder ikke for eldre, eldre sammenlignes ikke med friske eldre når tjenestebehovet utmåles. Dermed oppstår det forskjeller. Videre påpeker Hamran og Moe (2012) at denne forskjellen ikke oppfattes som forskjellsbehandling blant de ansatte. Det er ikke problematisert at tildelingen ikke er aldersuavhengig «for slik må det jo være». Fra de ansattes side så trenger man ikke begrunne dette. Dette tyder på rotfestede normer. Videre så påpekes det at det i liten grad eksisterer arenaer i kommunene hvor det kan diskuteres praksisforskjeller. I følge Hamran og Moe framstår normer og holdninger hos de ansatte som en sentral forklaring på ulikheter mellom brukergrupper.

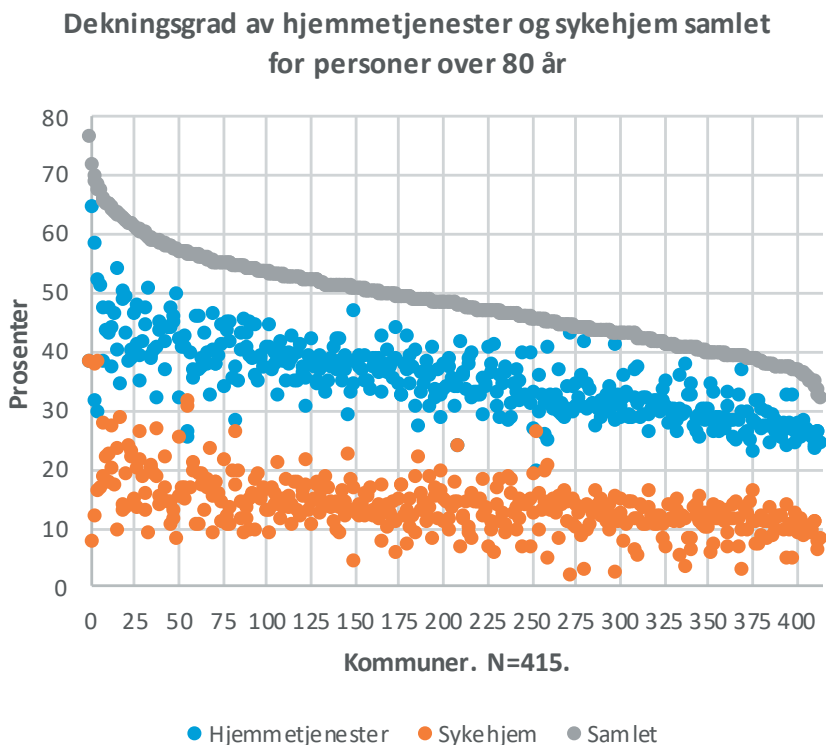
HJEMMETJENESTE- OG SYKEHJEMDEKNING SAMLET

Det er vesentlig å se omsorgstjenestene i sammenheng når man skal vurdere kommuners tjenesteprofil og tilbud. Særlig gjelder dette hjemmetjenester og sykehjem som er de to største og mest ressurskrevende omsorgstjenestene. Det kan argumenteres for at høy og lav dekningsgrad for disse tjenestene kan fungere gjensidig kompenserende og derfor bør sees i sammenheng, se også omtale om dette i Førland og Rostad (2019, s. 37).

Vi har derfor undersøkt om de betydelige forskjellene for hjemmetjenester og sykehjem for personer over 80 år hver for seg, som vi så foran, utligner hverandre når vi ser dem i sammen. Vi finner imidlertid at variasjonen også samlet er stor. For hjemmetjenestene og sykehjem samlet er den totale variasjonsbredden mellom kommunene på 44 prosentpoeng fra høyeste (76 %) til laveste (32 %) kommune. Standardavviket (som uttrykk for verdienes gjennomsnittlige avstand fra gjennomsnittet) er større for tjenestene samlet enn hver for seg (se tabell under).

Medianen, tallet som står i midten dersom resultatene settes opp i synkende (eller stigende) rekkefølge, er på 48, og dette er også er gjennomsnittprosenten. I de ti kommunene med lavest samlet dekning mottok om lag en av tre personer over 80 år hjemmetjeneste eller sykehjem. I de ti kommunene med høyest samlet dekning var to av tre mottakere av slike tjenester.

I de ti prosent av kommunene med lavest samlet dekning for denne aldersgruppen var andel mottakere under 39 %, mens den i de ti prosentene med høyest dekning var på over 58 %. Se figur og tabell under for kommunevariasjon.



Figur 8: Kommunevariasjon i dekning av hjemmetjenester og sykehjem samlet for personer over 80 år i 2018.

Tabell 4: Kommunevariasjon i dekning av hjemmetjenester og sykehjem samlet for personer over 80 år i 2018.

Statistiske variasjonsmål	Dekningsgrad hjemmetjenester (N=418)	Dekningsgrad sykehjem (N=418)	Dekningsgrad hjemmetjenester og sykehjem samlet (N=415)
Minimum	16,7	1,5	31,8
Maksimum	64,2	38,1	76,2
Variasjonsbredde	47,5	36,6	44,4
10 %-persentil	26,6	8,1	38,7
25 %-persentil	29,7	10,5	42,1
50 %-persentil/median	34,3	12,9	47,9
75 %-persentil	38,7	15,5	52,9
90 %-persentil	42,9	19,0	58,1
Gjennomsnitt	34,6	13,4	48,1
Standardavvik	6,4	5,0	7,7

DISKUSJON HJEMMETJENESTE - OG SYKEHJEMSDEKNING SAMLET

Et sentralt funn er i denne rapporten er at kommunevariasjonen er stor, ikke bare for sykehjem og hjemmetjenester separat, men også for disse to hovedtjenestene samlet. Basert på den beskrevne variasjonen i dekningsgrader av hjemmetjenester og sykehjem separat og samlet vil det imidlertid ikke på *generelt* grunnlag være mulig å konkludere med at den representerer uønsket variasjon eller medfører uønsket variasjon i kvalitet i tjenestene, til tross for de betydelige kommuneforskjellene. Det finnes ingen forskningsbasert gullstandard for riktig dekningsnivå på tvers av kommunale kontekster. Variasjonene vi har beskrevet kan sies å representere lokale og kontekstuelle tilpasninger til ulikheter i kommunenes befolknings sammensetning, sosiale normer, historiske og faglige tradisjoner, politisk ideologi, geografi og avstander, økonomiske rammebetingelser og strategiske prioriteringer. Sett i et lokaldemokratisk perspektiv kan man anta at variasjonsbildet i hovedsak er en følge av kontekstuelle tilpasninger og valg. Slik sett kan man si at variasjonsbildet er uttrykk for ulikheter både i rammebetingelser og politiske prioriteringer.

Men prioriteringer kan og bør alltid diskuteres. Det er etter vår oppfatning grunn til å stille spørsmål ved om kommuner med en *særlig lav samlet omsorgstjeneste-dekningsgrad*, uten at dette kan forklares med befolkningsmessige eller andre strukturelle forhold, har en for lav dekning av disse tjenestene, til ugunst for innbyggerne i målgruppene. Lenger bak i denne rapporten viser vi til at kommuner med lav dekningsgrad av både

helsetjenester i hjemmet og ulike typer opphold på sykehjem, har større sannsynlighet for å ha høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter, sammenlignet med andre kommuner (Helsedirektoratet, 2017c, s. 10). Helsedirektoratet (2017a, s. 7) har påpekt at det er grunn til å følge kommunene med lavt nivå av omsorgstjenester ekstra nøye framover. Kommuner med lavt nivå av hjemmetjenester og sykehjem trekkes også fram i Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen (Riksrevisjonen, 2018, s. 96). I kapitlet lenger bak, med data fra innbyggerundersøkelsene, viser vi resultater om sammenhenger mellom lav dekning av omsorgstjenester og innbyggernes oppfatning av dårlig tilgang på disse tjenestene. Sammenhengen kan tolkes som en indikasjon på at lav dekning bidrar til usikkerhet omkring omsorgstjenestenes tilgjengelighet.

RESSURSBRUK I OMSORGSTJENESTENE

Vi skal i det følgende undersøke variasjonen mellom kommunene i ressursbruk på omsorgstjenestene knyttet til fire variabler:

1. Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger
2. Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter
3. Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon
4. Brutto driftsutgifter per kommunal plass til institusjon per år

1. UTGIFTER KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER PER INNBYGGER

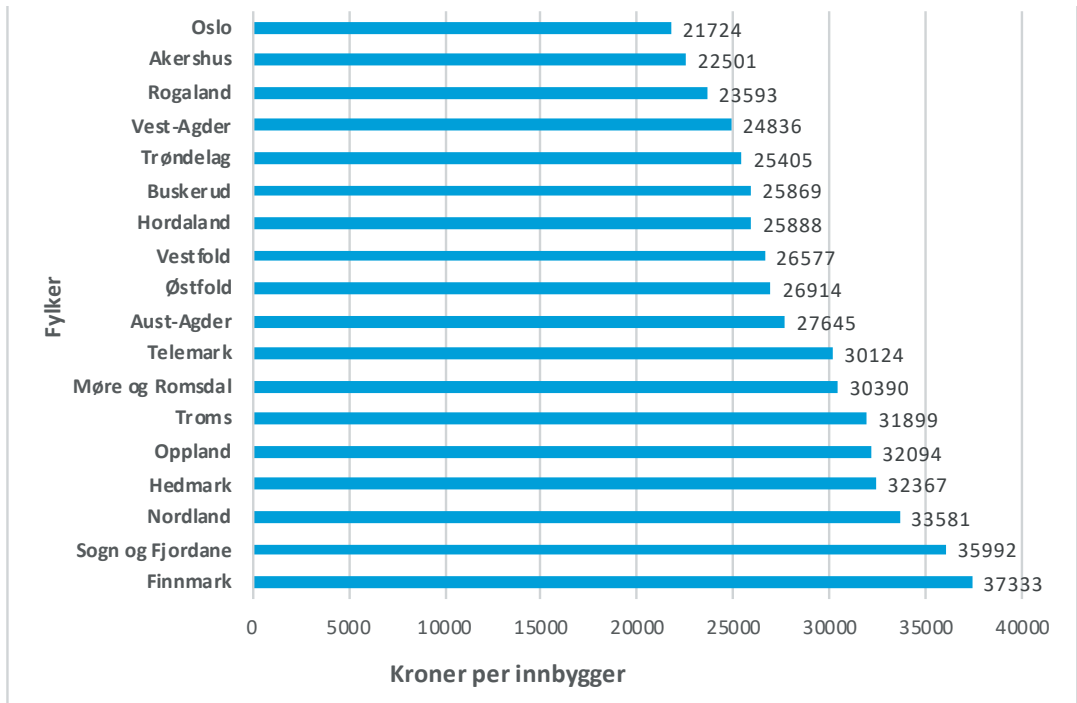
Våre deskriptive analyser basert på tall fra statistikkbanken i SSB¹⁸ for landet under ett viser at det i 2018 ble brukt 26 539 kroner per innbygger på kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er en økning på 3 940 kroner (14,8 %) fra 2015. Variasjonen i utgifter mellom fylkene og kommunene var betydelig. Kommunen med minst utgifter per innbygger brukte 17 417 kroner mens det i den andre enden av skalaen var en kommune som brukte 77 030 kroner per innbygger. Tolv kommuner brukte under kr. 20 000 mens 30 kommuner brukte over kr. 50 000. De ti prosent av kommunene med lavest kostnader per innbygger brukte under 24 000 kr., mens de ti prosentene med høyest kostnad brukte over 48 000 kroner. Se tabell under for kommunevariasjon og figur for fylkesvariasjon.

Tabell 5: Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger i 2018. Kommuner. N= 421.

Statistiske variasjonsmål	Utgifter i kroner
Minimum	17417
Maksimum	77030
Variasjonsbredde	59613
10 %-persentil	23186
25 %-persentil	26995
50 %-persentil/median	33561
75 %-persentil	41155
90 %-persentil	48055
Gjennomsnitt	34895

¹⁸ SSB 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg (K): Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>

Av fylkene brukte Oslo og Akershus minst og Finnmark og Sogn- og Fjordane mest midler per innbygger, se figur under.



Figur 9: Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger i 2018. Fylker.

Hva kan så forklare de betydelige forskjellene mellom kommunene i deres utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger? Gjennom en regresjonsanalyse (se tabell neste side), der vi har kontrollert for alderssammensetning, kommunesentralitet, KOSTRA-gruppe og fylke, finner vi at høy ressursbruk har statistisk signifikant sammenheng med:

- andel innbyggerne som er over 80 år
- andel innbyggere over 80 år som bruker omsorgstjenester, i særlig grad sykehjem
- tilhørighet til kommunegruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) og kommunegruppe 5 og 6 (små kommuner med høye bundne kostnader og middels og høye frie disponible inntekter per innbygger).

I tillegg har Finnmark statistisk signifikant høyere utgiftsnivå når det kontrolleres for de nevnte bakgrunnsforholdene.

Tabell 6: Sammenheng mellom kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger og kommunekarakteristika i 2018. Regresjonsanalyse.

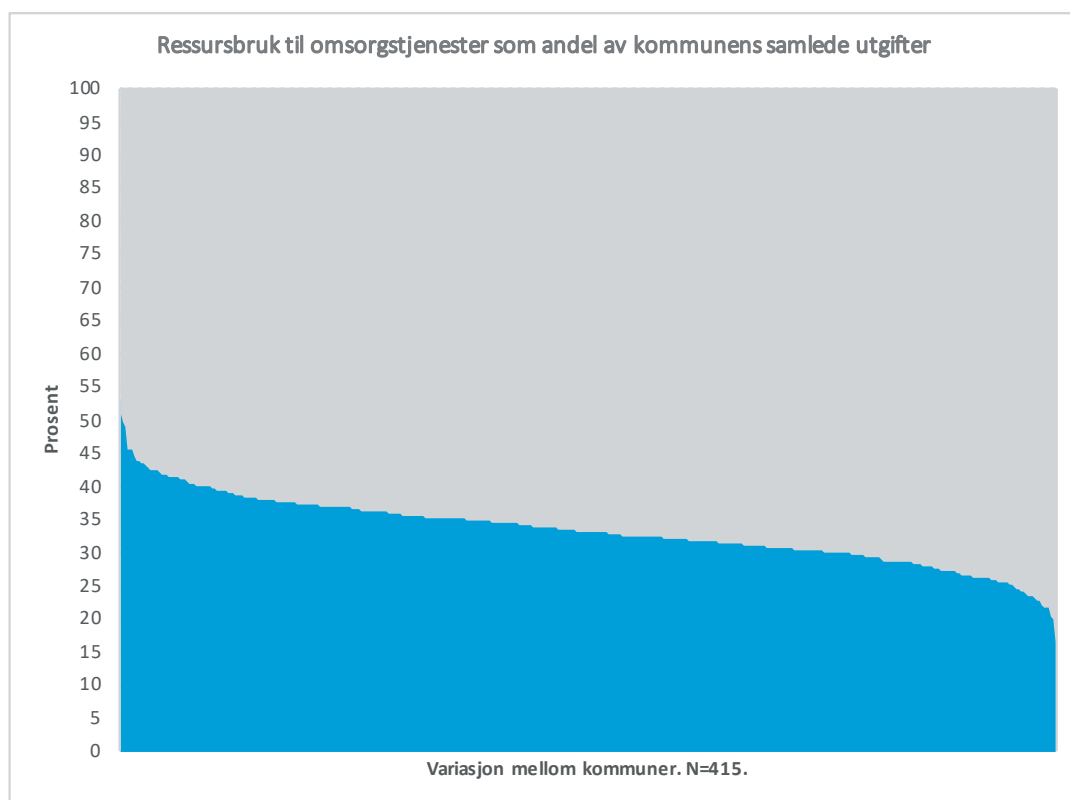
		Helse- og omsorgsutgifter per innbygger
Befolknings sammensetning	Andel over 80 år som mottar hjemmetjenester	107.963*
	Andel over 80 år som er beboer på sykehjem	180.650**
	Innbyggertall (log)	-1349.987
	Andel befolkning 67-79 år	302.838
	Andel befolkning over 80 år	2326.229***
Kommunesentralitet a	Kommune-sentralitet:2	-409.353
	Kommune-sentralitet:3	-912.533
	Kommune-sentralitet:4	-1279.466
	Kommune-sentralitet:5	-1300.081
	Kommune-sentralitet:6	-1630.061
KOSTRA-gruppe b	Kostragruppe=2	564.178
	Kostragruppe=3	2163.215
	Kostragruppe=4	1877.298
	Kostragruppe=5	5846.716***
	Kostragruppe=6	8911.668***
	Kostragruppe=7	-2669.948
	Kostragruppe=8	-1337.092
	Kostragruppe=10	-632.909
	Kostragruppe=11	802.080
	Kostragruppe=12	3378.314
	Kostragruppe=13	-727.062
	Kostragruppe=14	751.868
	Kostragruppe=15	2680.883
	Kostragruppe=16	13655.159***

		Helse- og omsorgsutgifter per innbygger
Fylke c	Akershus	-981.749
	Hedmark	1707.305
	Oppland	1945.839
	Buskerud	1059.982
	Vestfold	968.643
	Telemark	1803.625
	Aust Agder)	1334.711
	Vest Agder	1183.946
	Rogaland	-113.382
	Sogn og Fjordane	1989.394
	Møre og Romsdal	-72.487
	Trøndelag	-856.164
	Nordland	2804.674
	Troms	3451.503
	Finnmark	4661.571*
	Konstant	21860.521**
	Antall kommuner	417

a referansekategori: Kommunesentralitet 1; b referansekategori kostragruppe 1; c referansekategori: Østfold (Oslo ikke med i variabel). * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

2. NETTO DRIFTSUTGIFTER TIL OMSORGSTJENESTER I PROSENT AV KOMMUNENS SAMLEDE NETTO DRIFTSUTGIFTER

Våre deskriptive analyser, basert på tall fra SSB statistikkbanken¹⁹ viser, når vi ekskluderer de fem kommunene som var med i forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenester (SIO) fra analysen, at gjennomsnittsandelen av netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunenes samlede netto driftsutgifter var på 33,2 % i 2018. Kommunene bruker i gjennomsnitt om lag 33 % av sine utgifter til omsorgstjenester. Halvparten av kommunene brukte mellom 30,1 og 36,5 % til omsorgstjenester. Kommunen med lavest andel brukte 16,5 % mens kommunen med høyest andel brukte vel halvdelen av kommunebudsjettet på omsorgstjenestene (53 %), hvilket utgjør en variasjonsbredde på vel 36 prosentpoeng. Til sammen 36 kommuner brukte over 40 % av kommunebudsjettet på omsorgstjenester, mens 20 brukte under 25 %.



Figur 10: Kommunevariasjon i netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent) i 2018.

¹⁹ SSB 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg (K): Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter/: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>

Tabell 7: Statistiske variasjonsmål i netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter i 2018. N=415.

Statistiske variasjonsmål	Prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter
Minimum	16,5
Maksimum	53
Variasjonsbredde	36,5
25 %-persentil	30,1
50 %-persentil/median	33,3
75 %-persentil	36,5
Gjennomsnitt	33,2
Standardavvik	5,05

3. UTGIFTER PER OPPHOLDSDØGN I INSTITUSJON

Vi skal nå se på et annet deskriptivt mål for variasjon i ressursbruk mellom kommunene, nemlig knyttet til utgifter per oppholdsøgn i institusjon²⁰. Også her finner vi variasjon mellom kommunene. Kommunen med minst ressursbruk brukte om lag 2 000 kroner per oppholdsøgn mens kommunen som brukte mest har en gjennomsnittlig døgnpris på over 8 000 kroner²¹. Halvparten av kommunene hadde et døgnutgiftsnivå mellom 3 371 – 4 278 kroner. Ni kommuner hadde døgnutgifter på over 7 000 kroner mens 35 hadde utgifter på under 3 000 kroner.

Tabell 8: Kommunevariasjon i utgifter per oppholdsøgn i institusjon i 2018. N=414.

Statistiske variasjonsmål	Kroner
Minimum	2094
Maksimum	8343
Variasjonsbredde	6249
25 %-persentil	3371
50 %-persentil/median	3770
75 %-persentil	4278
Gjennomsnitt	3960
Standardavvik	938

²⁰ Se: <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>. Brutto driftsutgifter per beboerdøgn for alle institusjoner som utgiftsføres på KOSTRA funksjon 253+261 (sykehjem, aldershjem og barnebolig, ekskl. avlastningsbolig). Gjelder både kommunale og private institusjoner, også opphold kjøpt utenfor egen kommune. Beregning: ("Brutto driftsutg., institusjon, funksjon 253+261, konsern")*1000/ ("Antall beboerdøgn totalt"). Se også: <https://www.ssb.no/343172/pleie-og-omsorg-nokkeltall-tabell-07800>

²¹ Vi har her og i tabellen under ekskludert én kommune ettersom denne hadde et betydelig høyere utgiftsnivå enn alle de andre. Dette er gjort på grunn av potensiell feilrapportering fra denne kommunen.

4. BRUTTO DRIFTSUTGIFTER PER KOMMUNAL Plass TIL INSTITUSJON PER ÅR

Vi skal nå se på kommunenes driftsutgifter per institusjonsplass per år basert på tall fra statistikkbanken i SSB.²² Gjennomsnittskostnaden for kommunene sett under ett var i 2018 på kr. 1,22 millioner kroner. Dette er en økning på kr. 145 274 (11,9 %) siden 2015. Kommunen med høyeste driftsutgifter hadde en årlig utgift på kr. 1,98 millioner kroner, mens med den lavest kostnad brukte 0,73 millioner kroner per år²³. Halvparten av kommunene hadde en plasskostnad på mellom 1,076 og 1,338 millioner kroner.

Tabell 9: Brutto driftsutgifter per kommunal plass til institusjon per år i 2018. N=419.

Statistiske variasjonsmål	Kroner
Minimum	739 727
Maksimum	1 985 818
Variasjonsbredde	1 246 091
25 %-persentil	1 076 298
50 %-persentil/median	1 205 514
75 %-persentil	1 338 867
Gjennomsnitt	1 224 592
Standardavvik	209834

²² SSB 12293: Omsorgstjenester - supplerende nøkkeltall (K): Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass (kr): <https://www.ssb.no/statbank/table/12293/> Se også: <https://www.ssb.no/343172/pleie-og-omsorg-nokkel-tall-tabell-07800>: Indikatoren viser driftsutgifter i kr., inkludert avskrivninger ved egen tjenesteproduksjon korrigert for viderefordeling av utgifter/internkjøp pr plass registrert ved utgangen av året i institusjoner med kommunal drift. Indikatoren viser dermed enhetskostnadene eller produktiviteten ved tjenesten.

²³ Vi har her og i tabellen ekskludert tre kommuner med ekstremverdier på grunn av potensiell feilrapportering; to som hadde betydelig høyere årskostnad og en som hadde betydelig lavere.

SAMLET DISKUSJON VEDRØRENDE RESSURSBRUK

Avslutningsvis i dette kapittelet skal vi diskutere noen sider ved ressursbruk, med vekt på generell ressursbruk til omsorgstjenester. Tallene i kapittelet viser til variasjoner mellom kommunene i ressursbruk på ulike nivå. Først har vi vist utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger og utgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede utgifter. Dernest har vi sett på sykehjem spesielt; utgifter per oppholdsdøgn i institusjon og utgifter per kommunal plass til institusjon per år. I disse tallene er det ikke korrigert for ulikheter i befolknings sammensetning eller pasientsammensetning på sykehjemmene. Likevel gir det en illustrasjon på kostnadsvariasjoner innenfor helse- og omsorgstjenestene. Vi har imidlertid gjort en analyse som viser at høye utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger er betinget av:

- andel innbyggerne som er over 80 år
- andel innbyggere over 80 år som bruker omsorgstjenester, i særlig grad sykehjem
- tilhørighet til kommunegruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) og kommunegruppe 5 og 6 (små kommuner med høye bundne kostnader og middels og høye frie disponible inntekter per innbygger).

Innen rammen av dette prosjektet så har det ikke vært mulig å analysere på mer detaljerte kostnadstall for å finne mulige forklaringsfaktorer for forskjellene. Det finnes imidlertid en relativt stor forskningslitteratur som har sett på variasjoner i tjenesteforbruk, kommunale kostnader og forklaringer. I en studie fra 2016 forklares bruk av hjemmetjenester i Norge på bakgrunn av en kombinasjon av fire hovedforhold 1) individuelle forhold (som alder, fysisk og kognitiv funksjon og holdninger til å ta imot hjelp), 2) sosiale relasjoner og mulighet for hjelp fra andre, 3) fysiske omgivelser i hus og nærmiljø og 4) trekk ved kommunene og deres tjenestetilbud (Førland & Folkestad, 2016). Med hensyn til faktorer som kan forklare kommunenes variasjon i *ressursbruk* i pleie- og omsorgstjenestene viser Hagen, Negera, Godager, Iversen, og Øien (2011, s. 45 og 65) til Borge-utvalget (NOU 2005:18) om inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner, som konkluderte med at utgiftsvariasjoner mellom kommunene primært kan forklares av andel innbyggere i aldergruppene over 67 år, reiseavstander i kommunen, andel med psykisk utviklingshemming over 16 år og ikke-gifte 67 år og over. Analysene til Hagen et al. (2011, s. 65) bekrefter disse forklaringene. SAMDATA-analysen for 2015 viste at kommuner med høye frie disponible inntekter hadde høyere ressursbruk til omsorgstjenestene i hjemmet og på institusjon enn det som beregnet utgiftsbehov skulle tilsi (Helsedirektoratet, 2017c, s. 10).

Basert på tidligere studier fra Sverige vet vi en del om mulige forklaringsfaktorer på individuelt nivå for kommunale kostnader til omsorg. Fysisk og kognitiv funksjonsnivå, sammen med alder og sivilstatus, er de mest sentrale forklaringsfaktorene for bruk av hjemmetjenester og kommunens kostnader (Lindholm, Gustavsson, Jönsson, & Wimo, 2013; Meinow, Kåreholt, & Lagergren, 2005). Meinow et al. (2005) fant at de med svekket kognitiv funksjonsevne mottok om lag 25 prosent mer tjenester enn de som var kognitivt friske, når andre forhold var kontrollert for. Videre kan komplekse helsetilstander (komorbiditet) medføre opp mot 20 % høyere ressursbruk, etter at andre forklaringsfaktorer er kontrollert for (Døhl, 2016).

Familien (samboer, ektefelle og/eller barn) sin rolle i omsorgstjenesten er omfattende blant alle OECD land (OECD, 2011). Sivilstatus har derav stor betydning for hvor mye tjenester en person mottar og dermed kommunens kostnader. Personer som bor alene mottar mer hjemmetjenester enn personer som bor sammen med noen (Blomgren,

Martikainen, Martelin, & Koskinen, 2008; Hammar, Rissanen, & Perälä, 2008; Kadushin, 2004; Stoddart, Whitley, Harvey, & Sharp, 2002). På den annen side; i en del tilfeller opptrer pårørende som «advokater» i møte med kommunen, hvilket kan føre til flere tjenester. Blomgren et al. (2008) fant at eldre som mottok hjelp fra sine barn også fikk mer hjemmetjenester samlet sett. Når det gjelder andre sosioøkonomiske forhold, så er litteraturen ikke entydig. Tjenester til personer med psykisk utviklingshemming er også en del av hjemmetjenesten og her er adferds-utfordringer det som forklarer mesteparten av variasjonen mellom tjenestemottakerne, og dermed kommunenes kostnader (Hallam et al., 2002; Knapp, Comas-Herrera, Astin, Beecham, & Pendaries, 2005; Stancliffe & Lakin, 2004).

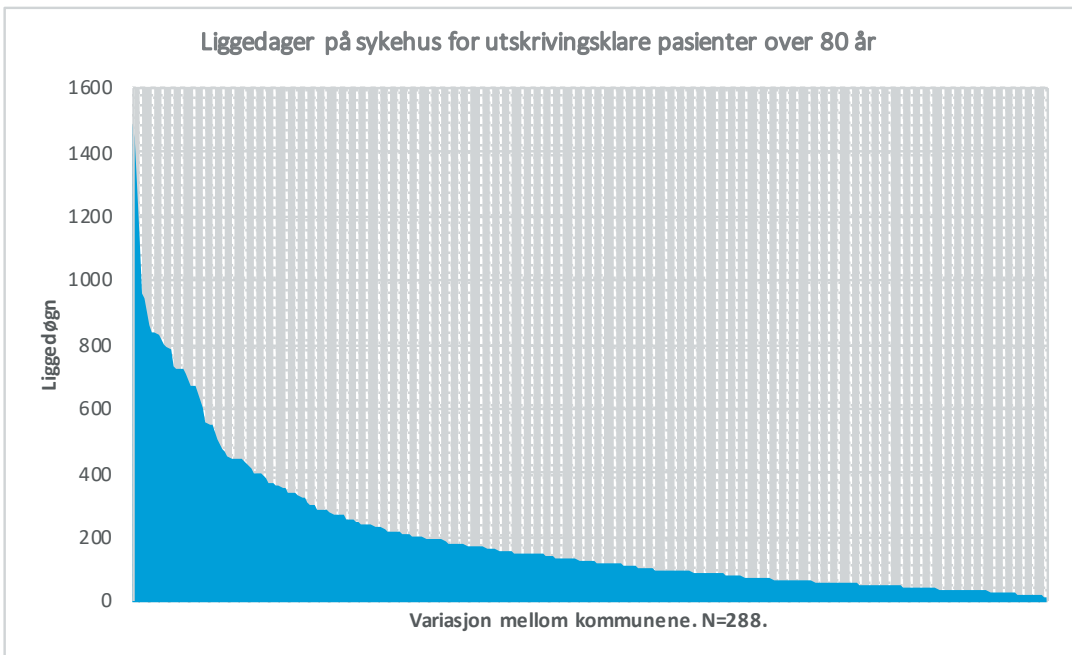
Disse individuelle forklaringsfaktorene kan likevel ikke fullt ut forklare forskjellene mellom kommunene i utgifter til omsorgstjenester. PWC og KS Storbynettverk (2015) så på variasjonen i kostnader mellom fem av Norges største kommuner. De fant at forskjellene i stor grad kunne forklares med 1) Tjenesteprofil, 2) Enhetskostnader og 3) Forvaltningspraksis. Utvalget er for lite til å kunne generalisere, likevel var det en del interessante funn. Kommuner med høy ressursbruk på hjemmetjenester og lav ressursbruk på institusjonstjenester kom ut med lav ressursbruk samlet sett. Videre hadde byene med konsistent og enhetlig forvaltningspraksis lavest kostnader. Sammenhengene mellom ressursbruk og tjenestekvalitet ble ikke undersøkt.

Hvordan kan vi så forstå de betydelige forskjellene mellom kommunene vi så av tabellene over for drift av sykehjem; *Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon og Brutto driftsutgifter per kommunal plass til institusjon per år*. De mest ekstreme utslagene kan være et utslag av feilregistreringer, men som vi ser så lå halvparten av kommunene med en plasskostnad mellom 1,076 og 1,338 millioner kroner. Siden den største kostnadsdriveren er årsverk-kostnaden, er det grunn til å anta at variasjonene i kostnader i sterk grad er relatert til variasjoner i bemanning. Noe av variasjonen kan skyldes variasjon i institusjonsstørrelse med tilhørende smådrifts/stordrifts-ulemper/fordeler. Farsi, Filippini, og Lunati (2008) fant at den optimale størrelsen på sykehjem lå på 75-95 senger. I norsk sammenheng er sykehjem med 75-95 senger å betrakte som store sykehjem. Som vi har skrevet tidligere vil en tenkt kommune med 10 000 innbyggere og med 420 innbyggere over 80 år, ha en dekningsgrad på 22,6 % med et sykehjem på 95 senger. Uten at vi har tall på sykehjemstørrelsen i Norge så er det grunn til å anta at det kun er større kommuner som har sykehjem med over 75 senger. Christensen (2004) fant at det særlig var fra små til mellomstore sykehjem at de største stordriftsfordeler var å finne.

Norske kommuner står også ganske fritt til å sette sine egne bemanningsnormer på sykehjem. I rapporten fra PWC, & KS Storbynettverk (2015) ble store kommuner sine enhetskostnader i sykehjem sammenlignet. Dette var alle store kommuner som skulle ha mulighet til å bygge sykehjem med mindre grad av smådriftsulemper. Også mellom storbykommunene var det store variasjoner i enhetskostnader. Denne studien viste at årsverk per plass ikke alene kunne forklare variasjonene. Noe kunne forklares med ulik kompetansesammensetning og ulikt lønnsnivå. Sammensetningen mellom korttidsplasser og langtidsplasser hadde betydning. Generelt har korttidsplassene høyere kostnader per plass enn langtidsplassene. Dette kan være relatert til at korttidsplassene i større grad har et innslag av behandling enn langtidsplasser, for eksempel rehabilitering. Dette innebærer at variasjoner i andelen langtidsplasser og korttidsplasser vil kunne spille inn på variasjoner i kostnader per plass mellom kommuner.

LIGGEDAGER PÅ SYKEHUS FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Kommunene må betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Fra 2019 omfattet ordningen også pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, mens den tidligere bare omfattet somatiske pasienter. Døgnprisen i 2019 var 4885 kroner. Kommuneforskjeller i liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter som trenger kommunal oppfølging kan blant annet sees som et uttrykk for ulikheter i kommunenes oppfølgingskapasitet og delvis for variasjoner i utskrivelsespraksiser mellom sykehusene. Datamaterialet²⁴ vi presenterer i dette kapittelet dreier seg om forskjeller i antall liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter per 1000 innbyggere over 80 år i kommunene. Det er kun 288 kommuner som med i dette materialet ettersom kommuner med færre enn fem utskrivningsklare pasienter er tatt ut. Figuren og tabellen under viser forskjeller mellom kommunene, varierende fra 13 til 1487 liggedager per 1000 innbyggere over 80 år i kommunen i 2018, med et gjennomsnitt på 207.



Figur 11: Variasjon antall liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter per 1000 innbyggere over 80 år i kommunen i 2018.

²⁴ Disse dataene ble mottatt fra Avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon i Helsedirektoratet som ferdig bearbejdede tabeller og ikke som rådata.

I tabellen under vises statistiske spredningsmål for variasjonen mellom kommunene.

Tabell 10: Statistiske variasjonsmål for antall liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter per 1000 innbyggere over 80 år i kommunen i 2018. N=288.

Statistiske variasjonsmål	Antall liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter per 1000 innbyggere over 80 år i kommunen
Minimum	13
Maksimum	1487
Variasjonsbredde	1474
25 %-persentil	61
50 %-persentil/median	126
75 %-persentil	246
Gjennomsnitt	207
Standardavvik	231

DISKUSJON LIGGERDAGER

Figuren og tabellen over viser store forskjeller mellom kommunene. Det bør forskes videre på hvor mye av kommunevariasjonen i utskrivningsklare pasienter som skyldes ulikheter i pasientsammensetningen, sykehusenes utskrivningspraksiser, kommunenes oppfølgingskapasitet og andre faktorer.

Det er imidlertid flere norske studier om utskrivningsklare pasienter i et sykehusperspektiv. Melberg og Hagen (2016) fant at pasienter som ble meldt utskrivningsklare, hadde høyere reinnleggelsesrater enn de som ikke ble meldt utskrivningsklare. Samdata kommune-prosjektet har studert forskjeller i liggetiden for utskrivningsklare pasienter i et sykehusperspektiv og fant store geografiske forskjeller mellom foretaksområdene. I sykehuset med lengst gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar, lå pasientene i gjennomsnitt nesten tre ganger så lenge som i sykehuset med kortest liggetid. De fant videre at det var sammenheng mellom liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter og andel reinnleggelser i sykehusene. Sykehus med lengre gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter hadde lavere andeler med reinnleggelse (Myrli, Mortensen, & Aufles, 2019). En mulig tolkning av dette kan være at disse pasientene profiterte på forlenget opphold ettersom de i mindre grad ble re-innlagt. Bjorvatn (2013) fant at pasienter som ble utskrevet til sykehjem hadde større sannsynlighet for å bli re-innlagt i sykehus sammenliknet med de som ble utskrevet til eget hjem. Vi har ikke hatt tilgang på data fra Norsk pasientregister som har gjort det mulig å utforske slike sammenhenger på individnivå.

Det kan se ut som at høy dekning av sykehjemsplasser reduserer liggedager i sykehus for eldre. I en analyse fra Samdata kommune fant man at kommuner med et lavt nivå av

både korttid- og langtidsopphold på institusjon for eldre, har flere liggedager på sykehus per eldre innbygger enn kommuner med høyere dekning , og at dette særlig gjelder for kategorien 'utskrivningsklare pasienter' (Helsedirektoratet, 2017c, s. 75). Man fant også at kommuner med lav dekningsgrad av både helsetjenester i hjemmet og ulike typer opphold på sykehjem, har større sannsynlighet for å ha høyere nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter, sammenlignet med andre kommuner (Helsedirektoratet, 2017c, s. 10). Basert på kunnskapsoppsummeringen *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene* ble dette tolket som en indikasjon på at disse kommunene kan ha et uberettiget lavt nivå av omsorgstjenester (Førland & Rostad, 2019, s. 46).

DAGAKTIVITETSTILBUD TIL HJEMMEBOENDE PERSONER MED DEMENS

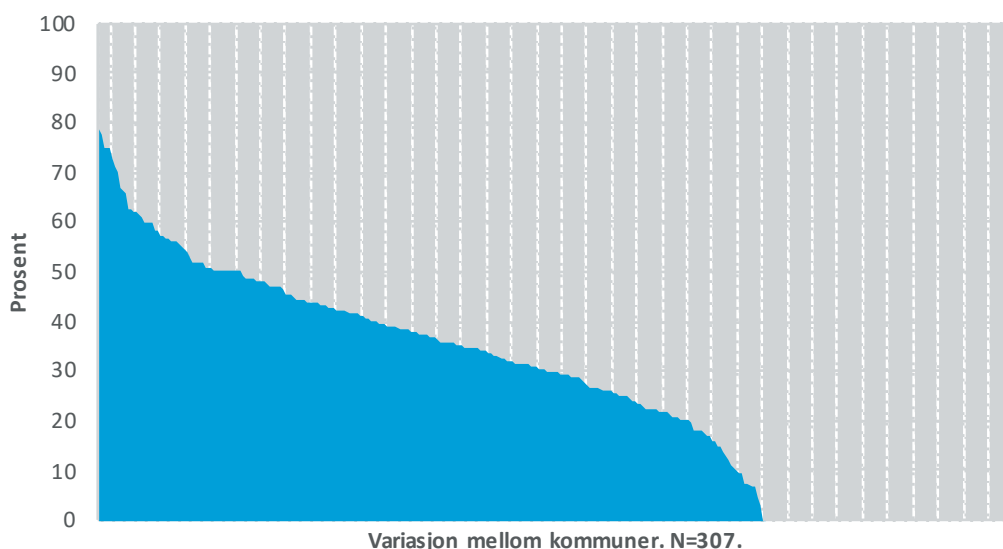
Ifølge tall fra IPLOS-registeret publisert av Helsedirektoratet var til det til sammen 21 774 mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester som var registrert med demensdiagnose i 2018. I underkant av en tredjedel (29 %) av disse mottok et dagaktivitetstilbud²⁵. En rekke kommuner har ikke rapportert mottakere i 2018, eller har rapportert om færre enn fem brukere. Kommuner der antallet hjemmeboende med diagnose med vedtak om dagaktivitetstilbud var under 5, er av personvern hensyn ikke tatt med. I mange kommuner er dagaktivitetstilbudet for personer med demens lokalisert i samme bygg som sykehjem. Dette kan føre til at vedtak om dagaktivitetstilbud blir registrert som vedtak om dagopphold. Antallet med reelt tilbud om dagaktivitet kan i enkelte kommuner derfor være høyere enn tallene som er registrert i IPLOS/KPR. Antall kommuner i figuren under er 307.

Figuren under viser variasjonen mellom de 307 kommunene i hvor store andeler med demensdiagnose som mottok dagaktivitetstilbud. I kommunen med høyest andel hadde 79 % av brukerne med demensdiagnose et dagaktivitetstilbud. Til sammen 49 kommuner hadde en dekningsgrad på 50 % eller mer.

²⁵ Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt>

Se for øvrig Helsedirektoratet pkt. 15-18 om hvordan dette er beregnet: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demensog-kognitiv-svikt/Dagaktivitetstilbud%20hos%20personer%20med%20demens%20og%20eller%20kognitiv%20svikt.pdf/> /attachment/inline/216223fa-b777-463b-a597-d47e2fce42d:fcdb962887c5a41d430415b9f2a35c6e2414da28/Dagaktivitetstilbud%20hos%20personer%20med%20demens%20og%20eller%20kognitiv%20svikt.pdf

Andel hjemmeboende med demens som har dagaktivitetstilbud per kommune i 2018



Figur 12: Variasjon i andel av hjemmeboende personer med demens med dagaktivitetstilbud per kommune i 2018.

I tabellen under vises statistiske spredningsmål for variasjonen. Grunnen til at gjennomsnittsverdien i vårt materiale er på 27 %, mens Helsedirektoratets estimat var på 29 %, er at vårt materiale er basert på data på kommunenivå mens Helsedirektoratet har benyttet data på individnivå.

Tabell 11: Statistiske variasjonsmål for andel av hjemmeboende personer med demens med dagaktivitetstilbud i kommuner i 2018. N=307.

Statistiske variasjonsmål	Andel
Minimum	0
Maksimum	79
Variasjonsbredde	79
25 %-persentil	0
50 %-persentil/median	30
75 %-persentil	43
Gjennomsnitt	27
Standardavvik	21

DISKUSJON DAGAKTIVITETSTILBUD

Fra 1. januar 2020 er det i henhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012) blitt en lovmessig plikt for kommunene å ha dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Det er nå en *kommunal plikt*, men ikke en *individuell rett*, til dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Som vi så hadde 29,1 prosent av brukerne med demensdiagnose vedtak om slikt dagaktivitetstilbud i 2018, men variasjonen var stor. Dette til tross for forsknings-evidens for betydningen av slike tilbud (Tretteteig, Vatne, & Rokstad, 2016) og til tross for at Nasjonal faglig retningslinje om demens har henstilt kommunene om tilby slike dagaktivitetstilbud til personer med demens (Helsedirektoratet, 2017b). Det er i tillegg sannsynlig at en betydelig andel av personer med demenssykdommer ikke er diagnostisert (Bergh, Holmen, Saltvedt, Tambs, & Selbaek, 2012) og derfor ikke regnes med i de nevnte tallene. Det kan medføre at antall brukere med et reelt behovet for dagaktivitetstilbud er høyere. Det er imidlertid rimelig å anta at det i mange kommuner finnes 'lavterskel' tilbud der personer med demens kan delta på aktivitet uten avtale. Lavterskeltilbud er en måte å innrette ulike tjenester på, og oppfølging av kvalitet, innhold og forsvarlighet skal gjøres uavhengig av kommunens organisering av tjenestene. Hvordan tjenestene er organisert skal ikke ha noen betydning for krav til dokumentasjon og rapportering (Helsedirektoratet, 2018): Helsedirektoratet viser i en publikasjon fra 2019 også at det er stor kommunal variasjon i dagaktivitetstilbudet til personer med demens. De fant at små og lite sentrale kommuner hadde lavere dekningsgrad enn større, mer sentrale kommuner (Helsedirektoratet, 2019b).

Det foreligger ikke tall for kommunenes dagaktivitetstilbud til personer med demens i 2020, etter at tilbudet er blitt lovhjemlet. Kommuner som eventuelt fortsatt ikke har, eller som har et svært lavt nivå av dagaktivitetstilbud for personer med demens, har et mangelfullt tjenestetilbud i forhold til lov og forskrift, med potensielt negative konsekvenser for de demensrammedes livskvalitet og muligheter til å fortsette å bo i eget hjem. I tillegg kan et slikt lavt tjenestenivå også ha potensielt negative konsekvenser for pårørendes livskvalitet. Det vil være vesentlig å følge med på kommunenes tilbud på dette feltet framover, både med hensyn på hvor høye andeler av de demensrammede som får vedtak om dette tilbudet og om tilbudenes kvalitet i kommunene. Behovet for et slikt dagtilbud vil kunne variere fra person til person, avhengig av egne preferanser, sosialt nettverk og andre kommunale og frivillige tilbud. Likevel vil det kunne være viktig at det i faglige retningslinjer på feltet angis veiledende normer for god kommunal dekning. Det har tidligere vært forholdsvis lite forskning på dette tilbudet. Det vil derfor være vesentlig å få igangsatt forsknings- og utviklingsprosjekter som kan bidra til å

videreutvikle kvaliteten på disse tilbudene nå når de er blitt lovpålagt.

FORSKJELLER MELLOM KOMMUNALT OG PRIVAT DREVNE SYKEHJEM FOR UTVALGTE KVALITETSINDIKATORER

Helsedirektoratet publiserer landsoversikter og fylkesoversikter som viser status og variasjon innenfor en rekke kvalitetsindikatorer innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunene²⁶. Det er også mulig å hente ut tall på kommunenivå. Legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging på sykehjem inngår blant disse kvalitetsindikatorene. I kunnskapsoppsummeringen *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene* er det gjort rede for variasjonsaspekt ved disse og andre kvalitetsdimensjoner i omsorgstjenestene (Førland & Rostad, 2019). I dette kapitlet skal vi konsentrere oss om analyser av forskjeller mellom kommunalt og privat drevne institusjoner for kvalitetsindikatorene legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging.

Vi starter med å vise hvor store prosentandeler av beboerne over 80 år med langtidsopphold på sykehjem som har fått legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging i 2018. Resultatene skiller seg fra tallene som er publisert på Helsedirektoratets nettside dels på grunn av at vi i klargjøringen av IPLOS-dataene har beregnet oss fram til et noe annet individgrunnlag (se dokumentasjon av våre valg under metodedelen) og dels at vi har valgt en annen aldersgruppe av sykehjemsbeboere (alle over 80 år, mens Helsedirektoratet viser alle over 67 år).

Tabell 12: Andel beboerne over 80 år med langtidsopphold på sykehjem som fikk legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging i 2018.

Kvalitetsindikatorer	Prosent-andeler	Standardavvik	N
1. Legemiddelgjennomgang	84	36	31 808
2. Vurdert av tannhelsepersonell	38	49	34 030
3. Vurdert av lege	62	49	34 030
4. Kartlagt ernæringsstatus	80	40	31 039
5. Foreligger risiko for underernæring	42	49	29 229
6. Etablert ernæringsplan	49	50	27 250

Vi skal så vise hvordan prosentandeler som har fått vurdering/gjennomgang/kartlegging for de fire første kvalitetsindikatorene varierer etter eierformene privat kommersielle, privat ideelle og offentlige (kommunale) sykehjem.

²⁶ Se: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Tabell 13: Variasjon i andeler beboerne over 80 år med langtidsopphold på sykehjem som fikk legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging i 2018, etter eierform.

	Kommunale			Privat ideelle			Privat kommersielle		
	N	Prosent	SD	N	Prosent	SD	N	Prosent	SD
Legemiddelgjennomgang	28 068	84	37	1 701	85	36	2 039	93	26
Vurdert av tannhelsepersonell	30 068	36	48	1 839	51	50	2 123	53	50
Vurdert av lege	30 068	60	49	1 839	73	45	2 123	79	41
Kartlagt ernæringsstatus	27 284	79	41	1 728	89	31	2 027	93	26

N i tabellen angir antall beboere som er grunnlag for analysen og SD angir standardavviket rundt gjennomsnittet for de tre eierformene. Vi ser av de bivarierte sammenhengene i tabellen at det gjennomgående er høyere prosentandeler som fikk de nevnte gjennomganger i 2018 i de private kommersielle og de private ideelle sykehjemmene sammenlignet med de kommunale.

Resultatene her er kun en deskriptiv beskrivelse av situasjonen og før vi hensyntar kommunetilhørighet til de private kommersielle og ideelle sykehjemmene. Som nevnt tidligere er de fleste private sykehjemmene i de store byene. Som regresjonsanalysene under viser så er det viktig å hensynta kommunetilhørighet før det konkluderes i substansielle forskjeller mellom private og kommunale sykehjem.

For å analysere dette nærmere gjennomførte vi en logistisk multivariat flernivåregresjons-analyse der vi kontrollerer for flere bakgrunnsvariabler. Disse dataene, som bygger på individdata fra KPR/IPLOS-registeret, muliggjør en flernivå (individ/kommune) analyse. Vi opererer her med såkalte logistiske avhengige variabler som varierer mellom 0 og 1 (har/har ikke hatt gjennomgang). I tabellen under gjør vi rede for de uavhengige variablene i modellen. Laveste verdi er referanse-kategorien (for eksempel mann=0). Foruten kjønn og alder som er individvariabler, er de uavhengige variablene hentet fra Statistisk sentralbyrå (Kostratall).

Tabell 14: Kvalitetsindikatorer i sykehjem. Uavhengige variabler i regresjonsmodellen.

Variable	N	Gj.sn.	SD	Min	Max
Kjønn: 0=mann, 1=kvinne	35 714	0.7	0.5	0	1
Alder i 2018	35 714	89.2	5.3	80	109
Årsverk til helse og omsorg i kommunen per 10 000 innbyggere	36 065	312.8	93.5	176	1049
Driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede driftsutgifter	36 065	31.5	5.7	-3.3	53
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning	36 065	74.4	4.6	48.2	93
Legetimer per uke per beboer i sykehjem	36 062	0.56	0.20	0	2.63
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)	36 057	13.2	3.1	1.5	38.1
Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kr)	36 065	3634	617	0	13878
Antall innbyggere i 2018 (log)	36 065	10.5	1.8	5.3	13.4
SSBs Sentralitetsindeks	36 065	2.9	1.5	1	6
KOSTRA gruppe	36 065	11.1	3.8	1	16
Andel innb. over 80 år i kommunen	36 065	4.4	1.2	2.3	9.3
Sykehjemets eierform:					
1=privat, 2=kommunal, 3=ideell	36 055	2.0	0.3	1	3

LEGEMIDDELGJENNOMGANG

I den første regresjonsanalysen skal vi studere sammenhengene mellom årlig *legemiddelgjennomgang* og *ulike individuelle og organisatoriske kjennetegn*.

Tabell 15: Sammenhengen mellom individuelle og organisatoriske kjennetegn for legemiddelgjennomgang for beboere over 80 år med langvarig plass på sykehjem. 2018. Flernivå regresjonsanalyse.

Bakgrunnsvariabler	Coef.	St.err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Kvinne (mann er referansekategori)	0.307***	0.037	8.360	0.000	0.235	0.380
Alder	0.003	0.003	0.850	0.398	-0.004	0.009
Årsverk helse per 10 000 innb.	0.002	0.001	1.500	0.134	-0.001	0.004
Driftsutg. omsorg av total i kommunen	-0.011	0.016	-0.690	0.491	-0.043	0.020
Brukerårsverk med helseutdanning	0.033*	0.014	2.440	0.015	0.007	0.060
Legetimer per uke per beboer sykehjem	0.613	0.351	1.750	0.081	-0.075	1.300
Over 80 år sykehjem	0.000	0.022	0.010	0.996	-0.043	0.043
Utgift per institusjonsdøgn	-0.000*	0.000	-2.390	0.017	0.000	0.000
Kommunestørrelse (log)	-0.116	0.225	-0.520	0.606	-0.557	0.325
Kommunesentralitet:2	0.181	0.594	0.300	0.761	-0.983	1.345
Kommunesentralitet:3	0.108	0.565	0.190	0.848	-0.999	1.216
Kommunesentralitet:4	0.545	0.622	0.880	0.382	-0.675	1.765
Kommunesentralitet:5	0.363	0.673	0.540	0.590	-0.956	1.682
Kommunesentralitet:6	0.409	0.727	0.560	0.574	-1.015	1.833
Kostragruppe:2	0.117	0.426	0.270	0.784	-0.718	0.952
Kostragruppe:3	-0.129	0.458	-0.280	0.779	-1.027	0.770
Kostragruppe:4	-0.444	0.622	-0.710	0.475	-1.663	0.775
Kostragruppe:5	-0.389	0.536	-0.730	0.468	-1.440	0.661
Kostragruppe:6	-0.057	0.524	-0.110	0.913	-1.085	0.970
Kostragruppe:7	0.458	0.544	0.840	0.400	-0.609	1.524
Kostragruppe:8	0.530	0.547	0.970	0.333	-0.542	1.601
Kostragruppe:10	0.407	0.528	0.770	0.442	-0.629	1.442
Kostragruppe:11	0.504	0.452	1.120	0.265	-0.382	1.391
Kostragruppe:12	0.003	0.537	0.010	0.996	-1.050	1.055

Bakgrunnsvariabler	Coef.	St.err.	z	P>z	[95% Conf.	Intervall]
Kostragruppe:13	0.475	0.654	0.730	0.468	-0.807	1.756
Kostragruppe:14	-0.083	1.246	-0.070	0.947	-2.526	2.360
Kostragruppe:15	2.098	1.803	1.160	0.245	-1.436	5.632
Kostragruppe:16	-0.339	0.689	-0.490	0.623	-1.690	1.011
Andel innb. over 80 år i kommunen	0.047	0.091	0.520	0.605	-0.131	0.226
Kommunale sykehjem (priv.kom.ref.)	-0.174	0.109	-1.600	0.110	-0.387	0.039
Ideell sykehjem (priv.kom.ref.)	-0.180	0.127	-1.420	0.156	-0.429	0.069
Konstant	-0.111	2.615	-0.040	0.966	-5.236	5.014
N, Individ	31546					
N, Kommune	409					
ICC	28.7					

Regresjonsanalysen viser at kvinner har høyere sannsynlighet for å få legemiddelgjennomgang, når det er kontrollert for bakgrunnsvariablene i modellen.

Av kommunekjennetegn finner vi at:

- Høyere andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning gir større sannsynlighet for få legemiddelgjennomgang.
- Høyere utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kr) gir mindre sannsynlighet for legemiddelgjennomgang.
- Det er ikke statistisk signifikante forskjeller mellom kommunale og private institusjoner.

ICC= 36,9²⁷ hvilket betyr at 36,9 prosent av variasjonen skyldes kommunale kjennetegn. Dette betyr at det også er andre vesentlige kommunale kjennetegn som kan forklare variasjonen.

²⁷ ICC (såkalt intra-klasserelasjons-analyse) viser her hvor mye av variasjonen som kan tilskrives kommunen.

TANNHELSEPERSONELL-VURDERING

I den andre regresjonsanalysen skal vi studere sammenhengene det å ha blitt vurdert av tannhelsepersonell og ulike individuelle og organisatoriske kjennetegn.

Tabell 16: Sammenhengen mellom individuelle og organisatoriske kjennetegn for det å ha blitt vurdert av tannhelsepersonell for beboere over 80 år med langvarig plass på sykehjem. 2018. Flernivå regresjonsanalyse.

	Coef.	St.err.	z	P>z	[95%Conf.	Interval]
Kvinne (mann er referansekategori)	0.168***	0.027	6.180	0.000	0.115	0.222
Alder	-0.024***	0.002	-10.210	0.000	-0.029	-0.019
Årsverk helse per 10 000 innb.	0.001	0.001	1.300	0.193	-0.001	0.003
Driftsutg. omsorg av total i kommunen	-0.006	0.013	-0.480	0.630	-0.033	0.020
Brukerårsverk helse	0.017	0.011	1.480	0.139	-0.006	0.040
Legetimer per uke per beboer sykehjem	0.340	0.286	1.190	0.235	-0.221	0.902
Over 80 år sykehjem	0.030	0.018	1.640	0.100	-0.006	0.066
Utgift per inst.døgn	0.000	0.000	-0.640	0.522	0.000	0.000
Kommunestørrelse (log)	0.144	0.187	0.770	0.443	-0.223	0.511
Kommunesentralitet:2	0.266	0.511	0.520	0.602	-0.736	1.269
Kommunesentralitet:3	-0.220	0.486	-0.450	0.651	-1.173	0.733
Kommunesentralitet:4	0.045	0.532	0.080	0.933	-0.999	1.088
Kommunesentralitet:5	0.268	0.573	0.470	0.640	-0.855	1.391
Kommunesentralitet:6	-0.247	0.615	-0.400	0.688	-1.452	0.959
Kostragruppe:2	-0.044	0.351	-0.130	0.899	-0.733	0.644
Kostragruppe:3	-0.024	0.379	-0.060	0.950	-0.767	0.719
Kostragruppe:4	-1.285*	0.544	-2.360	0.018	-2.351	-0.218
Kostragruppe:5	-0.345	0.447	-0.770	0.441	-1.222	0.532
Kostragruppe:6	-0.498	0.436	-1.140	0.253	-1.352	0.356
Kostragruppe:7	0.327	0.458	0.710	0.475	-0.571	1.226
Kostragruppe:8	-0.161	0.458	-0.350	0.725	-1.059	0.737
Kostragruppe:10	-0.113	0.443	-0.260	0.798	-0.981	0.754
Kostragruppe:11	0.010	0.375	0.030	0.979	-0.725	0.745
Kostragruppe:12	-0.232	0.446	-0.520	0.604	-1.106	0.643

	Coef.	St.err.	z	P>z	[95%Conf.	Intervall]
Kostragruppe:13	-0.078	0.550	-0.140	0.887	-1.156	1.000
Kostragruppe:14	-0.711	1.059	-0.670	0.502	-2.786	1.364
Kostragruppe:15	0.674	1.540	0.440	0.662	-2.344	3.691
Kostragruppe:16	-1.303*	0.615	-2.120	0.034	-2.508	-0.098
Andel innb. over 80 år i kommunen	-0.029	0.075	-0.380	0.705	-0.176	0.119
Kommunale sykehjem (priv.kom.ref.)	0.178*	0.059	3.010	0.003	0.062	0.293
Ideell sykehjem (priv.kom.ref.)	0.509***	0.073	6.930	0.000	0.365	0.653
Konstant	-1.935	2.177	-0.890	0.374	-6.202	2.331
N, individ	33744					
N, kommuner	410					
ICC	28,4					

Regresjonsanalysen viser at kvinner har større sannsynlighet for å ha blitt vurdert av tannhelsepersonell enn det menn har. For alder ser vi at jo eldre en blir jo mindre er sannsynligheten for å bli vurdert.

Beboere i kommuner kategorisert i kostragruppe 4 og 16 har en lavere sannsynlighet for å bli vurdert av tannhelsepersonell. I sammenlikningen av kommunale og private institusjoner, finner vi at sannsynligheten for å vurderes av tannhelsepersonell er større i kommunale og private ideelle institusjoner sammenliknet med private kommersielle. Det kan synes overaskende ettersom vi i den bivariate tabellen foran fant at det var høyere andeler som ble vurdert av tannhelsepersonell på de private kommersielle sammenliknet med de kommunale. Dette kan muligens skyldes en samspillseffekt mellom eierform og kommunestørrelse, da større kommuner har flere private kommersielle og ideelle sykehjem (se også kapittelet 'private institusjonsplasser' foran). Vi har testet dette (tabell ikke vist her), og våre analyser tyder på at det er en slik samspillseffekt mellom kommunestørrelse og eierform, knyttet til at vurdering av tannhelsepersonell i større grad forekommer i større kommuner, se også Helsedirektoratet (2020)²⁸.

ICC på 28,4 % hvilket betyr at i underkant av 30 prosent av variasjonen skyldes kommunale kjennetegn. Dette betyr at det også er andre vesentlige kommunale kjennetegn som kan forklare variasjonen.

²⁸ Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/beboere-pa-sykehjem-vurdert-av-tannhelsepersonell-siste-12-maeder>

LEGE-VURDERING

I den tredje regresjonsanalysen skal vi studere sammenhengene mellom det å ha blitt vurdert av lege og ulike individuelle og organisatoriske kjennetegn.

Tabell 17: Sammenhengen mellom individuelle og organisatoriske kjennetegn for det å ha blitt vurdert av lege for beboere over 80 år med langvarig plass på sykehjem. 2018. Regresjonsanalyse.

Bakgrunnsvariabler	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Kvinne (mann er referansekategori)	0.097***	0.028	3.510	0.000	0.043	0.151
Alder	-0.022***	0.002	-9.290	0.000	-0.027	-0.018
Årsverk helse per 10 000 innb.	0.000	0.001	-0.200	0.845	-0.002	0.002
Driftsutg. omsorg av total i kommunen	0.008	0.013	0.640	0.525	-0.018	0.034
Brukerårsverk helse	0.026*	0.011	2.270	0.023	0.004	0.048
Legetimer per uke per beboer sykehjem	0.631*	0.282	2.240	0.025	0.078	1.184
Over 80 år sykehjem	-0.021	0.018	-1.150	0.251	-0.055	0.014
Utgift per inst.døgn	0.000*	0.000	-2.030	0.043	0.000	0.000
Kommunestørrelse (log)	-0.129	0.186	-0.690	0.490	-0.494	0.237
Kommunesentralitet:2	0.097	0.515	0.190	0.850	-0.912	1.106
Kommunesentralitet:3	-0.249	0.489	-0.510	0.611	-1.208	0.710
Kommunesentralitet:4	-0.102	0.536	-0.190	0.848	-1.153	0.948
Kommunesentralitet:5	0.105	0.576	0.180	0.855	-1.025	1.235
Kommunesentralitet:6	-0.173	0.617	-0.280	0.780	-1.383	1.038
Kostragruppe:2	0.124	0.348	0.360	0.722	-0.558	0.806
Kostragruppe:3	0.317	0.378	0.840	0.401	-0.423	1.058
Kostragruppe:4	-1.282*	0.517	-2.480	0.013	-2.295	-0.268
Kostragruppe:5	-0.413	0.439	-0.940	0.348	-1.274	0.449
Kostragruppe:6	0.335	0.428	0.780	0.433	-0.504	1.175
Kostragruppe:7	0.746	0.458	1.630	0.103	-0.152	1.645
Kostragruppe:8	0.478	0.455	1.050	0.294	-0.415	1.370
Kostragruppe:10	0.202	0.439	0.460	0.646	-0.658	1.061
Kostragruppe:11	0.496	0.372	1.330	0.182	-0.233	1.225
Kostragruppe:12	0.118	0.443	0.270	0.790	-0.751	0.987

Bakgrunnsvariabler	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Intervall]
Kostragruppe:13	0.563	0.548	1.030	0.304	-0.511	1.636
Kostragruppe:14	0.538	1.059	0.510	0.611	-1.538	2.615
Kostragruppe:15	2.713	1.545	1.760	0.079	-0.315	5.740
Kostragruppe:16	-0.479	0.579	-0.830	0.409	-1.614	0.656
Andel innb. over 80 år i kommunen	-0.017	0.074	-0.230	0.820	-0.163	0.129
Kommunale sykehjem (priv.kom.ref.)	0.282***	0.076	3.690	0.000	0.132	0.432
Ideell sykehjem (priv.kom.ref.)	0.533***	0.093	5.740	0.000	0.351	0.715
Konstant	1.405	2.167	0.650	0.517	-2.843	5.653
N, individ	33744					
N, kommune	410					
ICC						

Regresjonsanalysen viser at kvinnelige langtidsbeboere på sykehjem har større sannsynlighet for å bli vurdert av lege når det er kontrollert andre bakgrunnsvariabler. De eldste har mindre sannsynlighet for legevurdering sammenliknet med de yngre. Ser vi på de kommunale kjennetegnene, ser vi at:

- Dess høyere andel brukerrettede årsverk med helsefagutdannede dess større sannsynlighet for legevurdering.
- Dess høyere utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kr) dess mindre sannsynlighet for legemiddelgjennomgang.
- Det er en ikke overraskende positiv sammenheng mellom legetimer per uke per beboer sykehjem og det å bli vurdert av lege.
- Beboere som holder til i kommuner fra Kostragruppe 4 har mindre sannsynlighet for å bli vurdert av lege enn beboere i andre kommuner.
- Det er større sannsynlighet for å bli vurdert av lege på kommunale og ideelle institusjoner sammenliknet med private kommersielle. Det kan synes overraskende ettersom vi i den bivarierte tabellen foran så at det var noe høyere andeler som fikk slik legevurdering i de private kommersielle sykehjemmene. Dette kan henge sammen med tilsvarende samspillseffekter som vi har omtalt foran (at private kommersielle og ideelle sykehjem i større grad finnes i store byer der det generelt er høyere andeler av sykehjemsbeboerne som blir vurdert av lege), se også beskrivelse av dette på Helsedirektoratet (2020)²⁹

ICC på 28,6 % hvilket betyr at i underkant av 30 prosent av variasjonen skyldes kommunale kjennetegn. Dette betyr at det også er andre vesentlige kommunale kjennetegn som kan forklare variasjonen.

²⁹ Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Sykehjemsbeboere%20vurdert%20av%20lege%20siste%2012%20måneder>

ERNÆRINGSKARTLEGGING

I den fjerde regresjonsanalysen har vi studert sammenhengene mellom ha fått kartlagt sin ernæringsstatus og ulike individuelle og organisatoriske kjennetegn.

Tabell 18: Sammenhengen mellom individuelle og organisatoriske kjennetegn å ha fått kartlagt sin ernæringsstatus for personer over 80 år med langvarig plass på sykehjem. 2018. Regresjonsanalyse.

Bakgrunnsvariabler	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Kvinne (mann er referansekategori)	0.309***	0.036	8.710	0.000	0.240	0.379
Alder	0.001	0.003	0.460	0.646	-0.005	0.008
Årsverk helse per 10 000 innb.	0.001	0.001	0.680	0.496	-0.002	0.004
Driftsutg. omsorg av total i kommunen	-0.006	0.018	-0.310	0.758	-0.041	0.030
Brukerårsverk helse	0.022	0.015	1.450	0.146	-0.008	0.053
Legetimer per uke per beboer sykehjem	0.771*	0.388	1.990	0.047	0.011	1.530
Over 80 år sykehjem	0.027	0.024	1.090	0.277	-0.021	0.075
Utgift per inst.døgn	0.000	0.000	-1.030	0.301	0.000	0.000
Kommunestørrelse (log)	0.209	0.256	0.820	0.414	-0.293	0.710
Kommunesentralitet:2	-0.005	0.705	-0.010	0.994	-1.386	1.376
Kommunesentralitet:3	-0.397	0.670	-0.590	0.553	-1.709	0.916
Kommunesentralitet:4	-0.178	0.734	-0.240	0.809	-1.615	1.260
Kommunesentralitet:5	-0.073	0.790	-0.090	0.927	-1.621	1.476
Kommunesentralitet:6	-0.259	0.846	-0.310	0.759	-1.916	1.398
Kostragruppe:2	0.120	0.474	0.250	0.801	-0.809	1.048
Kostragruppe:3	0.569	0.517	1.100	0.271	-0.444	1.582
Kostragruppe:4	-0.298	0.687	-0.430	0.664	-1.643	1.048
Kostragruppe:5	-0.414	0.591	-0.700	0.484	-1.574	0.745
Kostragruppe:6	-0.040	0.583	-0.070	0.946	-1.182	1.103
Kostragruppe:7	0.474	0.621	0.760	0.446	-0.743	1.691
Kostragruppe:8	-0.176	0.619	-0.280	0.776	-1.390	1.037
Kostragruppe:10	-0.136	0.595	-0.230	0.819	-1.303	1.030
Kostragruppe:11	0.294	0.506	0.580	0.561	-0.697	1.286
Kostragruppe:12	-0.338	0.602	-0.560	0.575	-1.518	0.842

Bakgrunnsvariabler	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Intervall]
Kostragruppe:13	0.061	0.747	0.080	0.934	-1.402	1.525
Kostragruppe:14	-0.838	1.447	-0.580	0.562	-3.675	1.998
Kostragruppe:15	0.427	2.112	0.200	0.840	-3.712	4.567
Kostragruppe:16	-0.729	0.785	-0.930	0.353	-2.267	0.809
Andel innb. over 80 år i kommunen	0.038	0.101	0.380	0.705	-0.160	0.236
Kommunale sykehj. (priv.kommers. ref.)	-0.285**	0.109	-2.620	0.009	-0.499	-0.072
Ideell sykehj. (priv.kom.ref.)	0.011	0.132	0.080	0.936	-0.249	0.270
Konstant	-2.762	2.956	-0.930	0.350	-8.555	3.031
N, individ	30782					
N, kommune	409					
ICC	42,9					

Resultatene viser at kvinner har større sannsynlighet for ernæringskartlegging. Jo flere legetimer per uke per beboer på sykehjem, jo større er sannsynligheten for at en får kartlagt sin ernæringsstatus. Til slutt viser tabellen at de som bor på kommunale sykehjem har mindre sannsynlighet for å få kartlagt ernæringsstatusen sin sammenliknet med de som bor på private institusjoner. Dette viser til statistisk signifikante forskjeller når det er kontrollert for bakgrunnsvariablene i modellen.

ICC på 42,9 antyder en betydelig variasjon som skyldes kommunenivået, og at en her trolig må undersøke sammenhengen ytterligere for å avklare hva variasjonen skyldes.

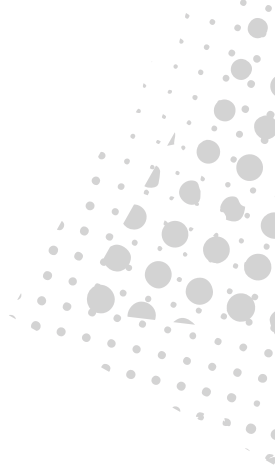
DISKUSJON OM FORSKJELLER I KVALITET MELLOM OFFENTLIGE OG PRIVATE SYKEHJEM

Helsedirektoratet publiserer tall som viser at det er store forskjeller mellom fylker og kommuner for de nasjonale kvalitetsindikatorerne knyttet til kommunenes helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2020). Kunnskapsoppsummeringen fra Førland og Rostad (2019) har gjort nærmere rede for forskning knyttet til flere av disse, blant annet for legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging på sykehjem. Disse kvalitetsindikatorerne er uttrykk for noen anerkjente og til dels forskriftsfestede faglige forutsetninger for forsvarlige og gode tjenester. Et av våre oppdrag i dette prosjektet har vært å studere variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene mellom *offentlige og private tjenesteytere*. Vi fant i de bivariate analysene at det i 2018 gjennomgående var høyere andeler som fikk årlig legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging på sykehjem i de private, og særlig i de private kommersielle sykehjemmene, sammenlignet med de kommunale. For å komme på sporet av mulige forklaringer på dette gjennomførte vi en logistisk multivariat flernivåregresjonsanalyse der vi kontrollerte for flere bakgrunnsvariabler. Oppsummert fant vi da at det var større sannsynlighet for å bli vurdert av lege og tannhelsepersonell på de private ideelle og kommunale sykehjemmene sammenlignet med de kommersielle. Det var større sannsynlighet for få ernæringskartlegging på de private ideelle og kommersielle sykehjemmene sammenlignet med de kommunale. For legemiddelgjennomgang var det ingen statistisk signifikante forskjeller. Vi ser sannsynligvis her såkalte samspill-effekter knyttet til sykehjemmenes kommunebeliggenhet. Det er betydelig større andeler private sykehjem i de store byene. I disse kommunene foregår det generelt noe hyppigere legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging på sykehjem, jfr. Helsedirektoratets nettside for kvalitetsindikatorer i kommunene (Helsedirektoratet, 2020).

Det er ikke tidligere gjort studier fra Norge som har undersøkt forskjeller på de nasjonale kvalitetsindikatorerne mellom kommunale og private sykehjem på et nasjonalt nivå. I Oslo kommune er det foretatt flere kvantitative kartlegginger. Den siste var et oppdrag fra NHO Service og Handel der rådgivningsselskapet Rambøll ikke fant noen vesentlig forskjeller i 'samlet' kvalitet på tvers av eierformene (de studerte da pleiefaglige kvalitetsindikatorer fra kommunen knyttet til kvantitative målinger av tannhelse, fall, infeksjoner og ernæring), men de fant at de private hadde bedre skår på kartlegging av ernæringsmessig risiko. De gjennomførte også en kvantitativ pårørendeundersøkelse med spørsmål knyttet til kategoriene trygghet og trivsel, kvalitet i pleien, respektfull og verdig behandling, kommunikasjon og samarbeid, aktiviteter, miljø og mat og generell tilfredshet. De private ideelle sykehjemmene i 2018 hadde høyst skår (76), etterfulgt av de private kommersielle sykehjemmene (72) og de kommunale sykehjemmene (68) (Rambøll, 2019).

I de få svenske og danske forskningsstudiene som er gjort på denne tematikken, skårer de private kommersielle best på prosessuelle indikatorer som individualisert omsorg, legemiddelgjennomgang, fall- og ernæringscreening, mens de offentlige skårer best på strukturindikatorer som faglig bemanning (Hjelmar, Bhatti, Petersen, Rostgaard, & Vrangbæk, 2018; Stolt, Blomqvist, & Winblad, 2011; Winblad, Blomqvist, & Karlsson, 2017). Våre resultater fra regresjonsanalysene er til dels i tråd og dels forskjellig fra studiene

fra Sverige og Danmark. Vi fant som nevnt større sannsynlighet for å bli vurdert av lege og tannhelsepersonell ved de private ideelle og kommunale sykehjemmene sammenlignet med de private kommersielle. Selv om vurdering av lege og tannhelsepersonell regnes som prosessuelle kvalitetsindikatorer er de sannsynligvis forbundet med strukturelle bemanningsforhold. Vi fant som også nevnt større sannsynlighet for ernæringskartlegging (prosessuell indikator) på private ideelle og kommersielle sykehjem sammenlignet med kommunale sykehjem. For legemiddelgjennomgang (prosessuell indikator) fant vi ingen statistisk signifikante forskjeller mellom private og kommunale sykehjem.





VARIASJONSSTUDIE 2: BASERT PÅ SPØRRESKJEMADATA FRA INNBYGGERUNDERSØKELSENE

INNLEDNING

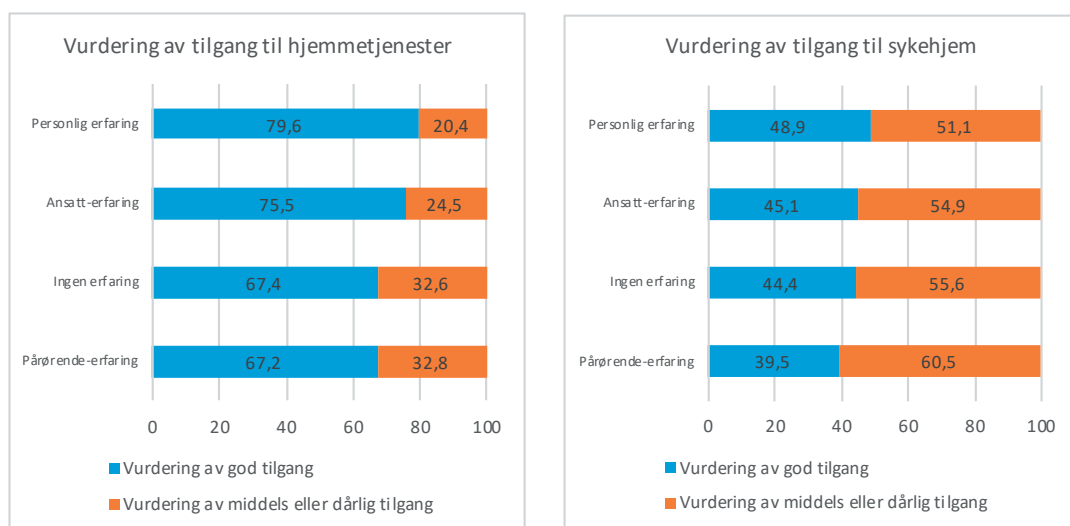
I denne delen av rapporten skal vi se nærmere på såkalte ‘subjektive’ eller ‘relasjonelle’ kvalitetsindikatorer knyttet til omsorgstjenester. Det skal dreie seg om innbyggerens oppfatninger av hvor god *tilgangen* på slike tjenester er og om hvor *kvalitativt* gode de vurderes som. Da må man bygge på undersøkelser som etterspør innbyggernes og brukernes erfaringer med og vurderinger av tjenestene, enten mellom første- eller annenhåndskjennskap til tjenestene. Der registerdata kan gi oss detaljert informasjon om de som mottar tjenester og kjennetegn ved selve tjenestene, kan spørreskjema-data fra kommunenes innbyggere gi oss informasjon om hvordan disse tjenestene oppfattes.

Vi skal analysere folks oppfatninger i et sammenlignende perspektiv. Er det for eksempel slik at tilgangen til hjemmesykepleie oppleves bedre i mindre kommuner, mens det i større kommuner er større tilfredshet med kvaliteten på tjenestene? Har pårørende et annet syn enn personlig brukere?

Vi fokuserer i kapitlet på tjenestene hjemmesykepleie og sykehjem, og vi analyserer hvordan tilgangen på disse tjenestene oppleves og hvordan kvaliteten vurderes.

VURDERINGER AV TILGANG PÅ HJEMMETJENESTE OG SYKEHJEM

Vi starter med å vise hvor store andeler av innbyggerne som oppfatter tilgangen på hjemmesykepleie og sykehjem som god. Det er innen selvfølge at dette oppfattes likt i befolkningen. Vi skiller derfor mellom ulike grupper av 'brukere'; de med personlig erfaring (pasienter), de med erfaringer som pårørende og de med ansatte-erfaringer (de som har jobbet i tjenestene). I tillegg har vi svar fra de som ikke er brukere i den forstand at de ikke hadde hatt erfaring med de to tjenestene siste 12 måneder. Deres inntrykk kan basere seg på tidligere erfaringer med tjenestene eller på generelle inntrykk via andre personer og media. I figurene under vises disse gruppenes oppfatning av hvor god eller dårlig tilgangen til hjemmetjenester og sykehjem er³⁰.



Figur 13: Innbyggernes vurdering av hvor god tilgangen hjemmetjenestene er. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017. Prosent.

Figur 14: Innbyggernes vurdering av hvor god tilgangen sykehjem er. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017. Prosent.

Antall svar hjemmetjenester: 22958, antall svar sykehjem: 23987

Vi ser av figurene at tilgangen til hjemmetjenester vurderes som betydelig bedre enn tilgangen til sykehjem for alle gruppene. Åtte av ti med personlig erfaring med hjemmetjenesten opplevde at tilgangen til denne tjenesten var god. På den annen side opplevde fem av ti med pasienterfaring fra sykehjem at tilgangen til sykehjem var god. Sykehjem oppleves av mange, både de med og uten erfaring, som et knapphetsgode. Det

³⁰ Spørsmålet som ble stilt lød slik: Hvor godt eller dårlig mener du at det følgende er i din kommune?

- Tilgangen på hjemmesykepleie.
- Tilgangen på sykehjemsplasser.

er ikke usannsynlig at inntrykket man har av tilgangen på sykehjem har sammenheng med hvor trygg eller utrygg man er på om det offentlige vil gi den hjelpen man trenger ved alderdom (sjekk korrelasjon).

For begge tjenestene framgår det at de med personlig erfaring har bedre inntrykk av tilgjengeligheten sammenlignet med det pårørende og de uten erfaring med tjenesten har. En mulig forklaring til at pårørende vurderer tilgangen som dårligere kan være at de gjerne har en 'advokatrolle' overfor personlige brukere, for eksempel overfor sine foreldre, for at de skal tilbys tilstrekkelig offentlig hjelp. Det å være pårørende til omsorgstjenestemottakere kan oppleves belastende. Man kan oppleve å være en tids- og samtidighetsklemme mellom jobb og omsorgsforpliktelser, med behov for tilgang på offentlig hjelp.

At de med personlig erfaring vurderer tilgangen som bedre enn de uten erfaring kan underbygge en antakelse om at førstehåndserfaring med tjenestetilgang gir mer positive resultater for inntrykket man sitter igjen med sammenlignet et annenhåndsinntrykk basert på et mer generelt omdømme (Førland & Folkestad, 2016, s. 53-54).

Viskalkulering på sammenhengen mellom vurdering av tilgjengelighet og bakgrunnsfaktorer ved personene som har svart og deres bokommune (bakgrunnsvariabler). Dette gjør vi ved hjelp av en flernivå (individ- og kommunenivå) regresjonsanalyse der vi kontrollerer for effekten av de ulike bakgrunnsvariablene samlet.

Tabell 19: Beskrivelse av uavhengige variabler i regresjonsanalysene for innbyggerundersøkelsene.

Variabelnavn	Forklaring	N	Gjennomsnitt	Standard avvik	Minimums verdi	Maksimums verdi
Alder	Kontinuerlig	43 717	50	19	18	101
Kjønn	0=mann, 1=kvinne	43 717	1	0	0	1
Sivil status	0=ikke gift/ samboende 1=gift/ samboende	43 156	1	0	0	1
Utdanning	0=grunnskole, VGS, Yrkesskole 1=Høyere utdanning	42 810	2	2	0	4
Erfaringsgrunnlag: Hjemme-sykepleie	1= ingen erfaring, 2=pårørende, 3=ansatt, 4 = personlig	41 677	1	1	1	4
Erfaringsgrunnlag: Sykehjem		41 674	1	1	1	4
Årstall	Årstall for undersøkelse	43 717	2013	3	2010	2017
Frie inntekter per innbygger	Kontinuerlig	43,567	54	6	42	159
Kommune-størrelse	1= mindre enn 5000 innb, 2= 5-20.000 innb, 3 = 20.000-110.000 innb, 4=110.000 eller flere innb	43,567	3	1	1	4
Utgifter til helse- og omsorg per innbygger	Kontinuerlig	38,484	27	7	17	77
Sentralitet	1= mest sentrale kommuner, 6 =minst sentrale kommuner	38,484	3	1	1	6

Laveste verdi (0 for kjønn, sivilstatus og utdanning, og 1 for erfaringsgrunnlag kommunestørrelse og sentralitet) er satt til referansekategori i regresjonsanalysen.

Tabell 20: Flernivå regresjonsanalyse for sammenhengen mellom oppfattelse av tilgjengelighet til hjemmetjenester/sykehjem og bakgrunnsfaktorer. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.

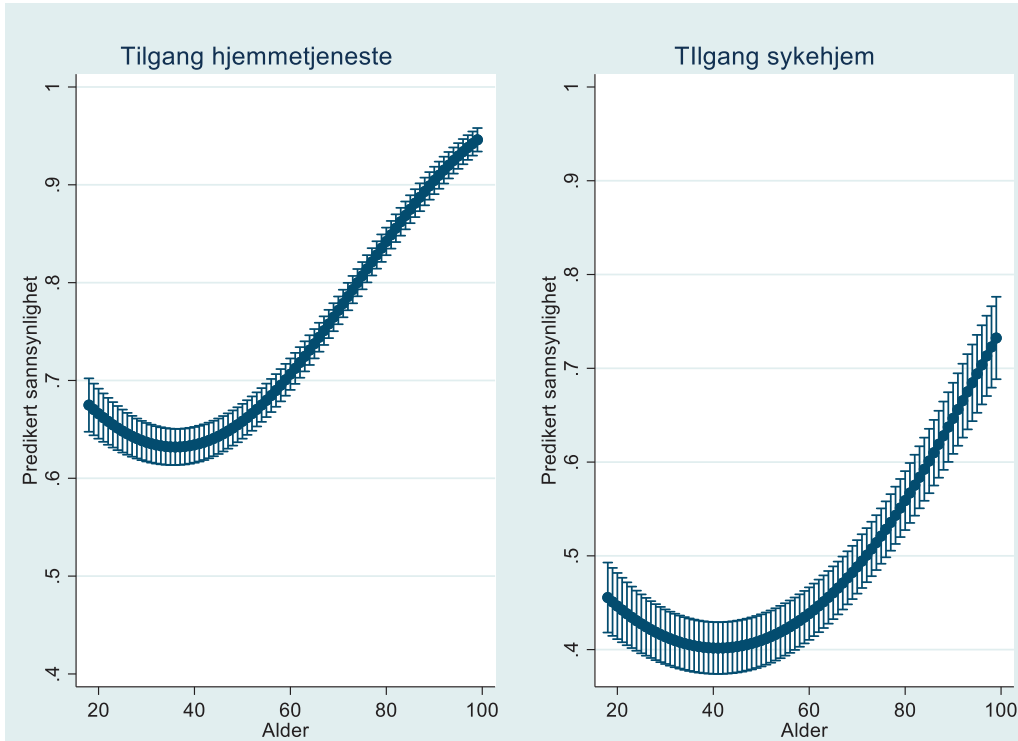
	Tilgang på hjemmetjenester	Tilgang på sykehjem
Alder	-0.046***	-0.034***
Alder*alder	0.001***	0.000***
Kjønn	0.244***	-0.052
Sivil status	-0.075	-0.041
Utdanning	-0.013	0.050
Erfaring: pårørende	0.086*	-0.238***
Erfaring: ansatt	0.556***	0.010
Erfaring: personlig	0.374***	-0.047
Undersøkelsesår: 2013	0.071	0.057
Undersøkelsesår: 2015	0.194***	0.307***
Undersøkelsesår: 2017	-0.003	0.142**
Andel over 80 år som mottar hjemmetjenester	0.013*	
Andel over 80 år som er beboer på sykehjem		0.003
Frie inntekter	0.027**	0.049***
Helseutgifter per innb.	-0.007	-0.012
Kommune-størrelse: 5-20.000 innb.	-0.413***	-0.428***
Kommune-størrelse: 20.000-110.000 innb.	-0.790***	-1.008***
Kommune-størrelse: 110.000 eller flere innb.	-1.115***	-1.299***
Kommune-sentralitet:2	0.041	0.099
Kommune-sentralitet:3	-0.070	-0.108
Kommune-sentralitet:4	-0.142	-0.292
Kommune-sentralitet:5	-0.157	-0.376
Kommune-sentralitet:6	-0.239	-0.481
Konstant	0.194	-1.244*
N, individ	18625	19571
N, kommune	367	366
ICC	0.03	0.07

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tabellen viser resultat fra en multivariat logistisk flernivåregresjon. Tabellen kan tolkes slik for *hjemmetjenester*: De eldre vurderte tilgangen bedre enn de yngre. Kvinner vurderte i tilgjengeligheten bedre enn menn. Ikke-gifte/samboende og de som har lavere utdanning vurderte tilgjengeligheten som bedre enn de som var gift/samboende og hadde høyere utdanning, men utdanningsvariabelen ikke viser signifikante forskjeller. De med personlig erfaring opplevde at tilgangen til hjemmetjenester var bedre enn pårørende og de uten erfaring. De som bor i små kommuner oppfattet tilgjengeligheten som bedre enn de som bor i store kommuner. Jo høyere andel som mottar hjemmetjenester over 80 år (høy dekningsgrad i kommunen), jo bedre oppleves tilgangen på hjemmetjenester.

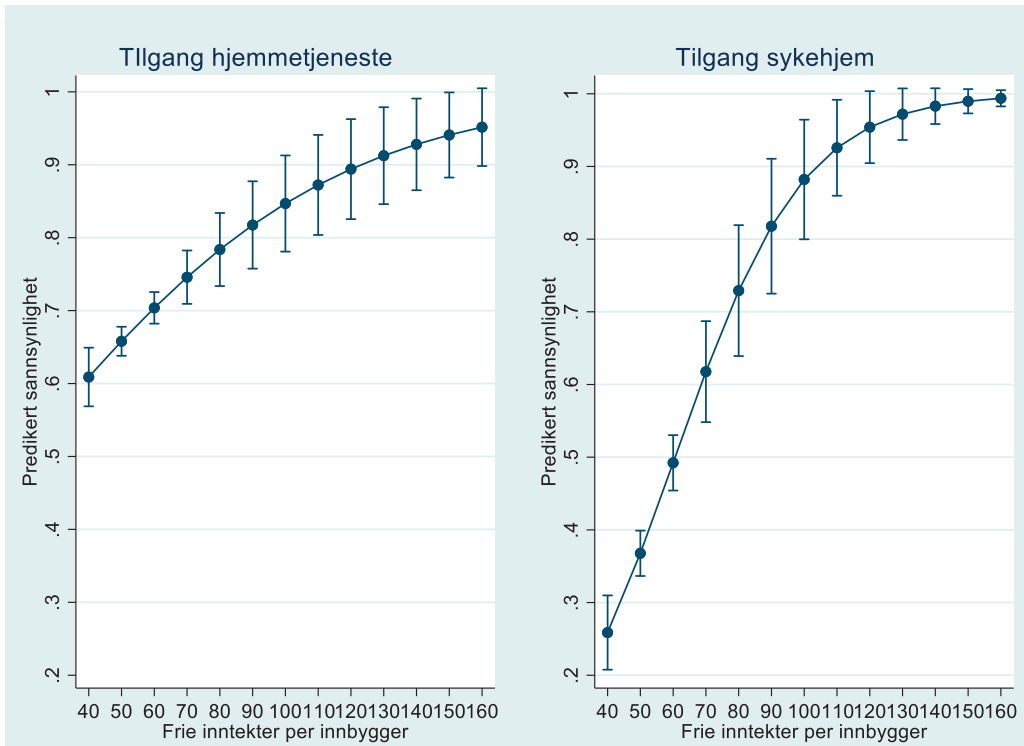
Tallene i tabellen for *sykehjem* tolker vi slik: De eldre vurderte tilgangen til sykehjem som bedre enn de yngre. Pårørende er mest negative, som vi også så av den bivariate sammenhengen gjengitt i figuren i starten av kapitlet. Kjønn, sivilstatus og utdanning viser ikke signifikant forskjeller her, men fortegnene kan tyde på at menn, ikke-samboende og de med høyere utdanning vurderer tilgangen til sykehjem som bedre enn kvinner, samboende og de med lavere utdanning. Respondenter i kommuner med høye frie inntekter og i små kommuner vurderer tilgangen til sykehjem som bedre enn i kommuner med lavere frie inntekter og i store kommuner.

Av figurene under ser vi at det er en kurvelineær sammenheng mellom alder og vurdering av tilgjengelighet til hjemmetjenester og sykehjem, når det er kontrollert for de andre bakgrunnsvariablene. Tilgangen oppfattes som noe bedre blant de aller yngste for så å synke, før den stiger fra slutten av 30-årene. Den vurderes best blant de eldste. Figuren illustrerer også at tilgang til hjemmetjenester vurderes som bedre enn tilgang til sykehjem.



Figur 15: Predikert sannsynlighet for sammenhengen mellom alder og vurdering av tilgjengeligheten på hjemmetjenester. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.

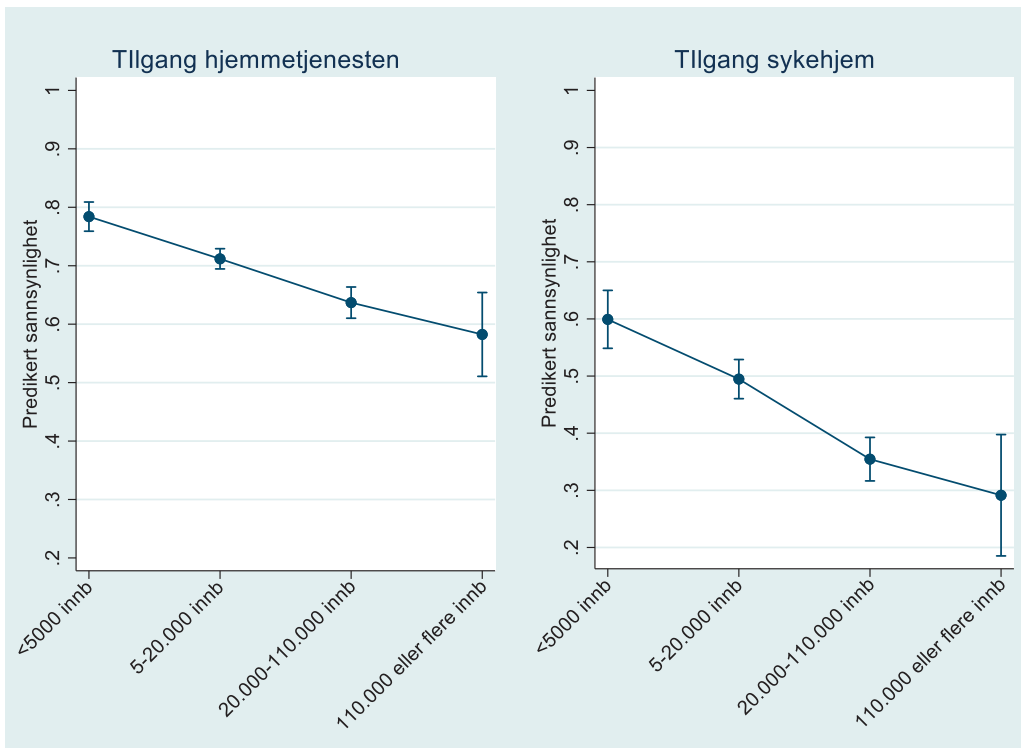
Innbyggerne fra kommuner med høyere frie inntekter per innbygger mente i større grad at tilgjengeligheten til hjemmetjenester var god sammenlignet med innbyggere i kommuner med lavere frie inntekter. Figuren under viser predikert sannsynlighet for denne sammenhengen:



Figur 16: Predikert sannsynlighet for sammenheng mellom kommunenes frie inntekter per innbygger og vurdering av tilgjengeligheten på hjemmetjenester og sykehjem. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.

Som figuren viser, er det relativt stor forskjell mellom kommuner med høye frie inntekter per innbygger og kommuner med lave når det gjelder innbyggernes vurdering av tilgang til hjemmetjenester og sykehjem. Riktignok er det også betydelig variasjon innenfor disse kommunene (se de vertikale strekene), men forskjellen mellom rike og fattige kommuner er tydelig. En naturlig tolkning av sammenhengen er at forskjeller i kommunenes økonomi indirekte virker inn på innbyggernes oppfattelse av tilgjengeligheten til hjemmesykepleie og sykehjem. Dess bedre økonomi, dess bedre oppfattelse av tilgang til hjemmetjeneste og sykehjem. Sammenhengen er særlig sterk når det gjelder sykehjem.

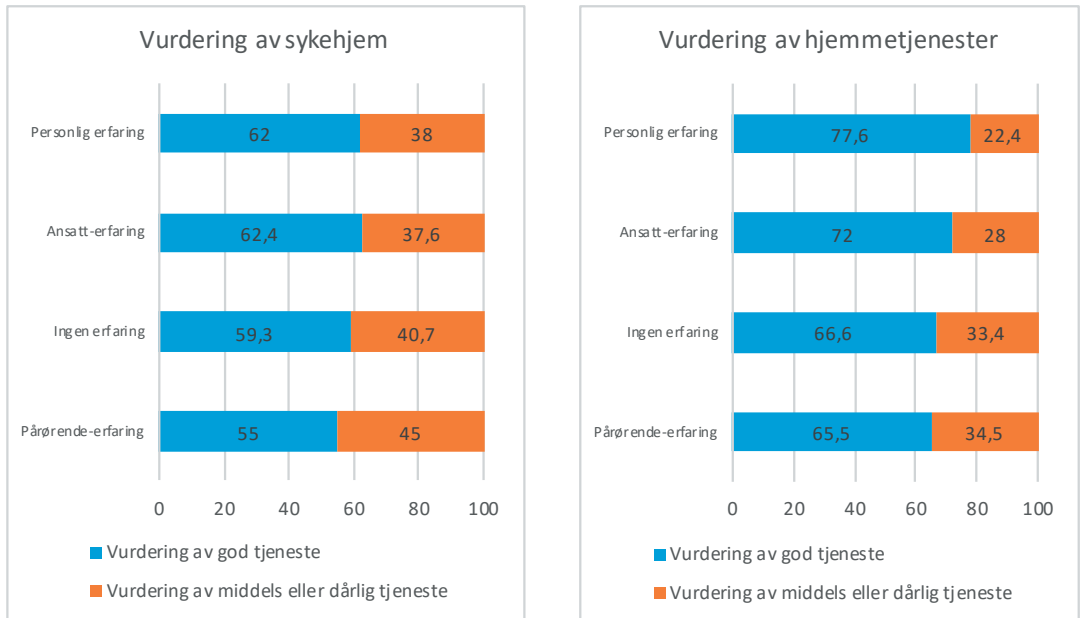
Vi så fra tabellen foran at de som bor i små kommuner oppfatter tilgjengeligheten som bedre enn de som bor i store kommuner, når det er kontrollert for de andre bakgrunnsvariablene. Denne sammenhengen vises visuelt i figuren under.



Figur 17: Predikert sannsynlighet for sammenhengen mellom kommunenes innbyggertall og vurdering av tilgjengeligheten på hjemmetjenester. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.

VURDERINGER AV KVALITETEN PÅ HJEMMETJENESTER OG SYKEHJEM

Hvordan vurderes så kvaliteten på omsorgstjenestene? Figurene under viser andelen som har svart at kvaliteten er god etter hva slags erfaring de har med sykehjem og hjemmetjeneste³¹.



Figur 18: Innbyggernes vurdering av hvor gode eller dårlige sykehjem er. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017. Prosent.

Figur 19: Innbyggernes vurdering av hvor gode eller dårlige hjemmetjenestene er. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017. Prosent.

Antall svar hjemmetjenester: 23 702, antall svar sykehjem: 26 774

Kvaliteten på hjemmetjenester vurderes som bedre enn kvaliteten på sykehjem for alle gruppene, men forskjellene mellom de to tjenestene er noe mindre enn det vi så for spørsmålet om tilgangen. Sykehjemmene kan synes ha en større utfordring enn hjemmetjenestene med hensyn til omdømme i befolkningen. De med personlig erfaring er mer positive enn pårørende og de som ikke har erfaring, hvilket underbygger antakelsen om at førstehåndserfaring med en tjeneste gir mer positive inntrykk sammenlignet med erfaringer mer på avstand (Førland & Folkestad, 2016, s. IX). Videre kan man også her anta at pårørendes 'advokatrolle' overfor personlige brukere, for eksempel foreldre, gjør dem mer kritiske vedrørende tjenestenes kvalitet.

³¹ Spørsmålet som ble stilt lød slik: Hvor gode eller dårlige mener du de følgende tjenestene er?

- Sykehjem
- Hjemmesykepleie (i 2019: Helse- og omsorgstjenester i hjemmet (Hjemmesykepleie og hjemmehjelp))

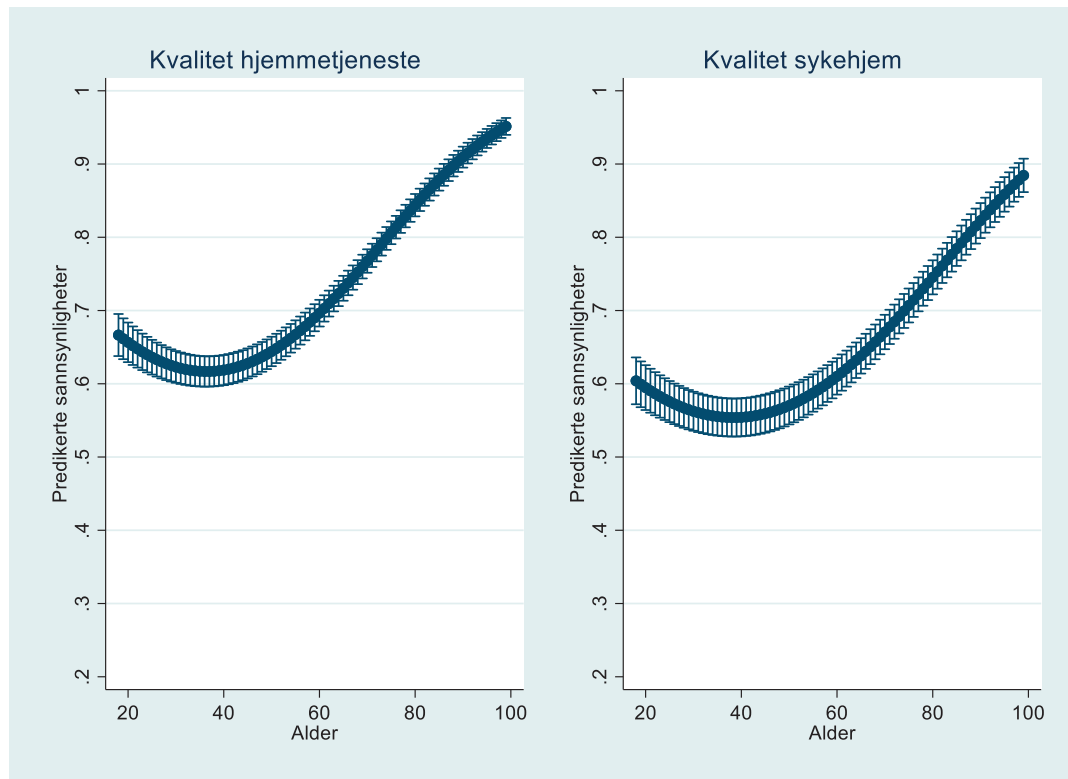
Vi skal nå se på sammenhengen mellom oppfattelsen av tjenestenes kvalitet og ulike bakgrunnsfaktorer. Dette gjør vi også her ved hjelp av en flernivå (individ- og kommunenivå) regresjonsanalyse der vi kontrollerer for effekten av de ulike bakgrunnsvariablene samlet.

Tabell 21: Flernivå regresjonsanalyse for sammenhengen mellom vurdering av kvalitet til hjemmetjenester/ sykehjem og bakgrunnsfaktorer. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.

	Kvalitet på hjemmetjenester	Kvalitet på sykehjem
Alder	-0.046***	-0.038***
Alder*alder	0.001***	0.000***
Kjønn	0.179***	0.063*
Sivil status	-0.059	-0.010
Utdanning	0.015	0.035
Erfaring: pårørende	0.017	-0.216***
Erfaring: ansatt	0.439***	0.041
Erfaring: personlig	0.260***	-0.167*
Undersøkelsesår: 2013	0.054	0.013
Undersøkelsesår: 2015	0.179***	0.106**
Undersøkelsesår: 2017	-0.006	0.016
Andel over 80 år som mottar hjemmetjenester	-0.017	-
Andel over 80 år som er beboer på sykehjem		-0.006
Frie inntekter	0.029***	0.041***
Helseutgifter per innb	0.000	-0.003
Kommune-størrelse: 5-20.000 innb	-0.325**	-0.326**
Kommune-størrelse: 20.000-110.000 innb	-0.791***	-0.859***
Kommune-størrelse: 110.000 eller flere innb	-1.127***	-1.291***
Kommune-sentralitet:2	0.079	0.083
Kommune-sentralitet:3	0.070	-0.026
Kommune-sentralitet:4	0.056	-0.147
Kommune-sentralitet:5	-0.105	-0.298
Kommune-sentralitet:6	-0.244	-0.506*
Konstant	0.374	-0.420
N, individ	20238	22969
N, kommune	367	366
ICC	0.03	0.04

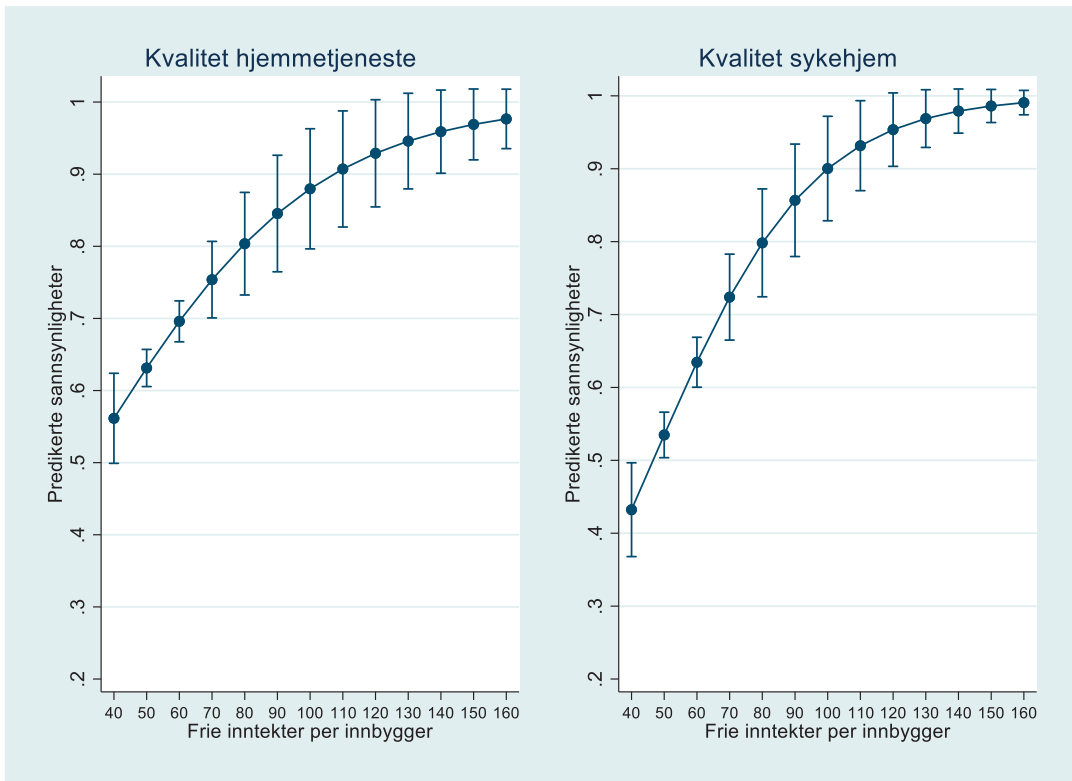
Sammenhengene i tabellen illustreres i de påfølgende figurene.

Først vises sammenhengen mellom oppfattelse av kvalitative gode tjenester og alder:



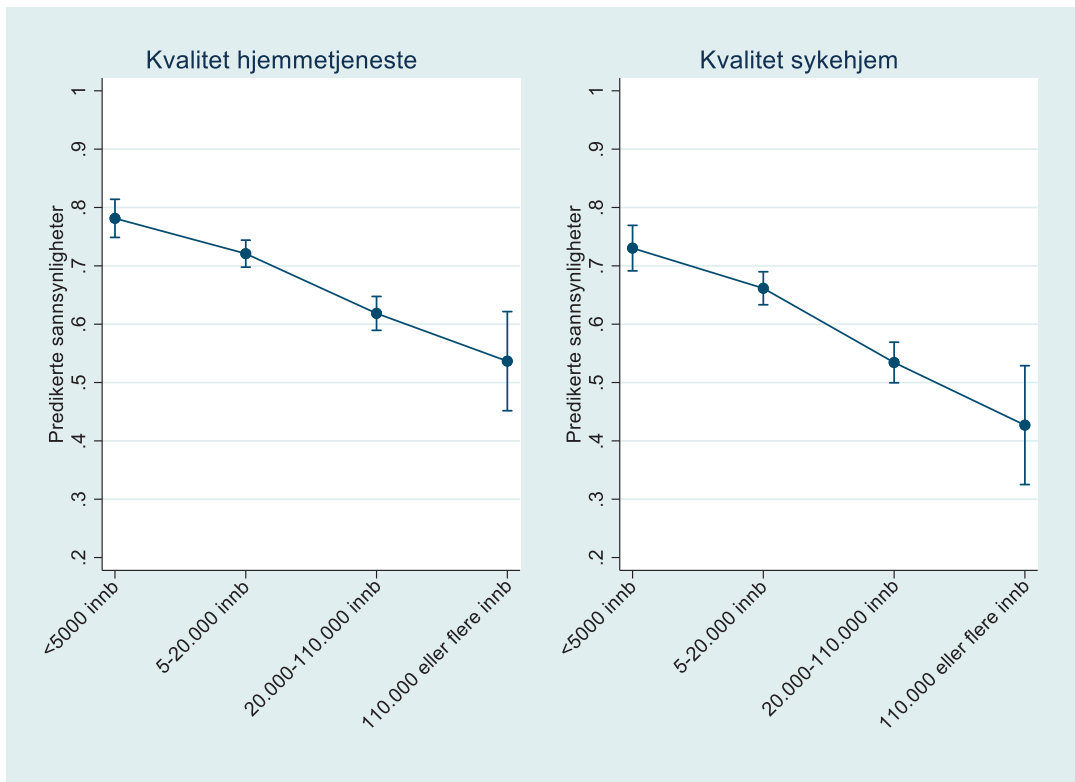
Figur 20: Sammenhengen mellom oppfattelse av kvalitative gode tjenester og alder. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.

Så vises sammenhengen mellom oppfattelse av kvalitative gode tjenester og kommunens frie inntekter per innbygger:



Figur 21: Sammenhengen mellom oppfattelse av kvalitative gode tjenester og kommunens frie inntekter per innbygger. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.

Til slutt vises sammenhengen mellom oppfattelse av kvalitative gode tjenester og kommunestørrelse:

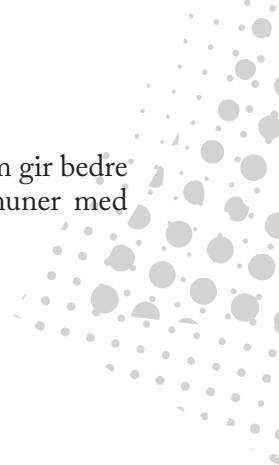


Figur 22: Sammenhengen mellom oppfattelse av kvalitative gode tjenester og kommunestørrelse. Innbyggerundersøkelsene 2010-2017.

Funnene når det gjelder *kvalitetsvurdering* er i tråd med analysen av tilgangen til disse tjenestene, når det kontrolleres for bakgrunnsvariabler. Det er en kurvelinær sammenheng kvalitetsvurderingen av hjemmetjenester/sykehjem og alder. De yngste har mer positiv vurdering, så synker det for deretter å stige med alderen. At eldre er mer fornøyde enn yngre har lenge vært et vanlig funn i brukerundersøkelser (Crow et al., 2002; Førland & Folkestad, 2016). Yngre brukergrupper kan ha høyere forventninger til tjenestene fordi de gjerne sammenligner seg med standarder og velferdsnivå som er vanlig i egen aldersgruppe. Vi ser videre at kvinner er mer positive enn menn. Ansatte i tjenestene og de med personlig erfaring er mer positive enn de uten erfaring og de med pårøndererfaring. Rike og små kommuner gir høyere tilfredshet. At hjemmetjenestene har best omdømme i små kommuner kan grunne seg i at det kan være lettere å få oversikt og å oppleve nærhet og kontinuitet i mindre enheter (Førland & Folkestad, 2016).

Også for kvalitetsvurderingen av sykehjem finner vi en kurvelinær alderssammenheng tilsvarende som for hjemmetjenester. Kvinner vurderer også her kvaliteten bedre enn menn. Det er ingen signifikante forskjeller på sivil status og utdanning. Pårørende har mindre positivt inntrykk av kvaliteten enn de andre gruppene. De minste kommunene

og kommunene med høyest frie inntekter per innbygger har respondenter som gir bedre vurdering av kvaliteten sammenlignet med de større kommuner og kommuner med lavere frie inntekter, når det er kontrollert for bakgrunnsvariabler.





VARIASJONSSTUDIE 3: BASERT PÅ INTERVJUER MED LEDERE I KOMMUNER

INNLEDNING

Målet med denne delstudien er å gi merinnsikt til beskrevet variasjon både når det gjelder tilbud og kvalitet innen kommunale helse- og med grunnlag i hvordan sentrale kommunale aktører beskriver og begrunner sin kommunes tjenesteprofil. Datagrunnlaget for analysen er dybde-intervjuer med sentrale representanter fra kommunale helse- og omsorgssektoren i tolv ulike kommuner., (se metodedel). Sentrale spørsmål i intervjuene var:

1. Hvilke rutiner, praksiser, erfaringer og eventuelle utfordringer har de ulike kommunene knyttet til tjenesterapportering til sentrale myndigheter?
2. Er det, etter informantenes skjønn, et samsvar mellom det som fremstår som kommunens tjenesteprofil (innrapporterte opplysninger) og deres egne beskriver om sin kommunes tjenesteprofil?
3. Hvordan beskrives de lokale betingelsene og prioriteringene som ligger til grunn for kommunens tjenesteprofil (innrapportert og/eller opplevd)?
4. Er det noen særlige tjenesteområder der informantene uttrykker bekymring for kvaliteten på tjenestene?
5. Hvilke andre utfordringer trekkes fram, relatert til å levere et godt og likeverdig tjenestetilbud?

Sentrale spørsmål i analysen av materialet har vært: Hvordan beskriver informantene tjenestetilbudet for befolkningen i sin kommune? Vurderer de det som godt (nok) for innbyggere som har behov for helse- og omsorgstjenester? Gir informantene uttrykk for at det er forskjeller på omfang og kvalitet i tilbudet til ulike brukergrupper (f.eks yngre vs. eldre), innad i kommuner, så vel som mellom kommuner? Hva opplever kommunenes informanter som de største utfordringene når det gjelder utforming og opprettholdelse av tjenestetilbud, for å imøtekomme både lovpålagte krav, og politisk vedtatte forventninger? Videre – hvordan påvirker økonomiske forhold kommunens handlingsrom til å utvikle og bygge opp helse- og omsorgstjenester? Og sist, men ikke minst, gir informantenes beskrivelser av praksiser knyttet til rapportering, grunnlag for å anta at de registrerte opplysningene gir et realistisk bilde av kommunens tjenester og omfang?

Det blir først presentert en gjennomgang av informantenes beskrivelser og betraktninger knyttet til rapportering av data til sentrale myndigheter. Disse lar seg sammenfatte i tre kategorier – utsagn om 1) praksiser, 2) utfordringer og 3) dilemmaer.

Vi presenterer videre funn som handler om opplevd samsvar mellom det som fremgår som kommunens tjenesteprofil i statistikker (fra rapporteringen) og hvordan kommunene selv betrakter sin tjenesteprofil, samt årsaker til kommunens tjenesteprofil, pågående endringsprosesser og eventuelle opplevde utfordringer med å levere (likeverdige) helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Presentasjonene av disse funnene foregår gruppevis – der vi har kategorisert kommunene etter hvordan deres tjenesteprofil fremstår basert på innrapporterte registerdata (se metodedel). I siste delkapittel følger så en diskusjon av funnene, fulgt av en kort avslutning.

RAPPORTERING AV DATA TIL SENTRALE MYNDIGHETER: PRAKSISER, UTFORDRINGER OG DILEMMAER

RAPPORTERINGS PRAKSISER

Kommunene som deltok i den kvalitative delen av denne studien var, som beskrevet i metodedelene, svært ulike, ikke bare med hensyn til deres tjenesteprofil (dekningsgrad på institusjons- vs. hjemmetjenester), men også i størrelse innbyggertall, areal og befolkningssammensetning. Funn fra denne studien antyder at større kommuner, i større grad enn mindre kommuner, for eksempel deltar aktivt i kommunenettverk bestående av mange kommuner og bruker disse foraene til å diskutere og bli bedre på rapporteringspraksis. Det kom frem at nettverk er betydningsfullt for storbyene for å forstå og avklare spørsmål om rapportering. Noen av de mindre kommunene som deltok i studien fortalte om at de også var del i og brukte aktivt nettverk på denne måten (K6, for eksempel), men fra våre funn kan det virke som at storbyene/store kommuner gjør det i større grad (K2, K4, K8, K10), uten at vi har gjort en systematisk analyse for å overprøve om dette stemmer i forhold til det store antallet av små kommuner som ikke er del av denne studien. En tydelig forskjell, som skiller mindre og større kommuner i vårt utvalg (og særlig bykommuner, fra de mindre kommunene) er at de store (by-)kommunene har mer personalressurser, bedre kompetanse og kapasitet (og kontrollfunksjoner) til rapporteringsarbeid (særlig KOSTRA-rapportering). Det er ikke dermed sagt at de kjenner seg trygge på at de rapporterer alt riktig, som informantene fra **K10** her gir uttrykk for:

Rapportering er det en sentral stab med stabile ansatte som tar seg av, og som jobber mye med det i periodene for rapportering. Har nå jobbet med dette i lang tid, og får etter hvert en erfaring med det, og også det at vi er med i ASSS nettverk. Det arbeidet, de samlingene har vært nyttige. Der har vi jobba for at vi skal rapportere likt. Har hatt mange diskusjoner på det i alle år vi har vært med. Selv om noen områder – altså, fortsatt er vi usikre om vi rapporterer riktig på det. For eksempel har vi lagt lavere på ressursbruk på den eldre befolkningen, enn de andre. Og høyt på kostnader for yngre. Vi fikk oppretta en egen gruppe i ASSS nettverket for å se på årsakene til det.

Det å delta og utveksle erfaringer og diskutere problemstillinger i kollegaskap internt og i nettverk eksternt beskrives som positivt og læringsrikt. Informanten fra **K6**, som ikke er blant storbykommunene, fortalte at nettverket som denne kommunen deltok i var nyttig for å lære om erfaringer med tiltak andre steder i regionen. Det ble gitt eksempler på tiltak som de anså som mer attraktive og ønsket å selv innføre etter at de hadde hørt om hvilke erfaringer andre kommuner hadde hatt med dem, for eksempel hverdagsrehabilitering og forebyggende hjemmebesøk. Det ble også nevnt at det å høre om erfaringer fra andre kommuner og deres tiltak og prosjekter også kunne ha motsatt virkning – at de ble mer bevisste på enkelte ting som de ikke ønsket å gjennomføre.

UTFORDRINGER

Flere kommuner fortalte om usikkerhet når det gjelder enkelte tall de rapporterer på og om de rapporterer på samme måte som andre kommuner, med samme forståelse av

hva som telles og registreres hvor (for eksempel **K2**). Et konkret eksempel er «heldøgns omsorgsbolig». Det er et tema der det åpenbart er stor variasjon mellom hva som telles og registreres som et tilbud kommunen har. Mens noen kommuner vurderer og registrer at de har heldøgns omsorgsbolig når de tilbyr boliger med tilgang på nattevakt i hjemmetjenesten, har andre kommuner en helt annen forståelse av hva som vil kunne kategoriseres og registres som heldøgns omsorgsbolig. De avviser at heldøgns omsorgsbolig er en omsorgsbolig der en kun har tilgang på nattevakt i hjemmetjenesten, og legger til grunn at heldøgns omsorgsbolig er en omsorgsbolig med stasjonert bemanning på huset døgnet rundt, også på natt. Kommunerepresentanten fra **K6** forteller at de har diskutert denne definisjonen i nettverket, og kommet frem til, og blitt enige om en praksis der de ikke registrerer omsorgsboliger med tilgang på nattevakt i hjemmetjenesten som heldøgns omsorgsbolig – mens andre kommuner, i andre deler av landet, altså gjør det.

Spekteret av hva som skaper usikkerhet i rapporteringsarbeidet, og dermed usikkerhet også om noen av de innrapporterte tallene fremstår som korrekte, er nokså bredt. Det handler som nevnt om hvordan selve tjenestetilbudet registreres, og også om hvordan for eksempel noen typer senger/plasser som befinner seg på andre lokasjoner blir registrert, og videre, om de er registrert (riktig) (utfordring omtalt i intervju med **K3**). Det nevnes også at det kan være dobbeltregistreringer av plasser/ brukere. Også når det gjelder rapportering som handler om tjenestemottakeres funksjonsnivå (IPLOS-data), ble det nevnt flere utfordringer, som utfordringer med å holde registreringene oppdaterte (generelt, **K4**, og særlig på sykehjem: **K6**) uklarhet rundt «score» (**K4** og **K11**), altså hvordan tjenestemottakeres funksjonsnivå bedømmes i form av tallfesting. For eksempel knyttet til tolkningen av hva det vil si å ha demens (**K11**). «*Hva du kan, er en ting. Hva en skal kunne forvente av en person, er en annen*», og her svarer kommunene rundt omkring forskjellig, sier informanten fra **K11**. Informanten fra **K6** forteller at de helt bevisst setter to personer til å utføre iplos-registreringen, «slik at de ikke tolker det forskjellig». «*Folk er folk og derfor er vi usikre på hvor gode tallene er*», sa informanten fra **K11** og tematiserte at usikkerheten i tallene må ses i lys av at ansatte i tjenestene over de siste tiårene nå må jobbe annerledes enn før og har et stort press på seg til å rapportere og holde ulike systemer oppdaterte.

«*De administrativt byråkratiske arbeidsoppgavene er blitt mye mer, og mindre klinisk arbeid. Alle ledere sier det, og vi ser det dokumentert.*» Selv om hun synes at det er bra at en har fått disse systemene, fordi de «gir muligheter til å sammenligne», og «skape systematikk i ting», så er det den del utfordringer også knyttet til det, mener hun. «*Det fordrer at du har input der*», og hun anser det som en medvirkende årsak til høyt sykefravær og høye kostnader for overtid fordi en ikke rekker å dokumentere i løpet av arbeidstiden. Informanten legger til at hun observerer at det har blitt bedre i løpet av de siste 10 årene, men at utfordringene fortsatt er der.

DILEMMAER

Dette avsnittet som omhandler dilemmaer beskriver temaer som informantene tar opp i samtalene, som påpeker at de opplever at det som rapporteres blir brukt og analysert på en slik måte at informasjonen kan virke misvisende eller ikke god og detaljert nok. En dimensjon av dette er for eksempel at sammenfattede tall som gjelder tjenstedekning

inneholder mange forskjellige tjenester og ulike nivå og intensitet. Informantene beskriver dilemmaer knyttet til at analyser av innrapporterte data om tjenestedeckning ofte er på et overfladisk nivå som ikke skiller mellom tjenester som er mer intensive og kostnadskrevende og lettere, sjeldnere tjenester. Om en ikke går i dybden og ser nærmere på hvordan tallene på dekningsgrad er satt sammen, og hvilke tjenester som ligger til grunn, vil man få et feilaktig inntrykk av hvor høyt eller hvor lavt en gitt kommune ligger på tjenestenivået sitt, og hvilken økonomisk belastning dette innebærer. Informanten fra **K6** sier følgende om dette dilemmaet med å skape ny kunnskap som har behov for å tolkes i detalj, for at det skal bli forstått riktig:

Dekningsgraden på hjemmetjenestene er så høy fordi at veldig mange kun har trygghetsalarm, uten andre tjenester. Men i statistikken dukker de da opp som tjenestemottakere. Vi har ikke mer enn 50 alarmer ute, men rundt 10 av dem har ingen andre tjenester. Og så er det noen som bare får multidose utlevert for eksempel hver 14. dag. De har jo sånn sett også tjenester. Det er altså et bredt spekter og store forskjeller på hva som ligger i disse tallene.

Informanten fra **K7** er også inne på denne tematikken når samtalen dreier seg rundt rapportering, og legger til at det at en ikke har høy terskel på tildeling av alarmer, gjør at dekningsgraden på hjemmetjenestene fremstår som særlig høy og dermed kan det virke som om eldre får mer tjenester (på daglig basis) enn det de egentlig får.

Informanten fra **K6** trekker frem et annet dilemma som gjelder iplos- registreringen og hvilken funksjonsevner tjenestemottakere har, og endringer i disse. Hun forteller at når en bruker mottar et hjelpemiddel som kommunen tildeler og påkoster, så gir det inntrykk av at brukeren har en bedre funksjon enn det vedkommende i utgangspunktet har, uten at denne innsatsen av hjelpemidler blir synliggjort noe sted:

Når noen får et hjelpemiddel, så blir konsekvensen at de er registrert som tilsynelatende mer funksjonsfriske enn de er. De får bedre score. For da er de selvhjulpne. Så det gir bedre score å få et hjelpemiddel. Men en kan ikke synliggjøre at en har gjort en tilrettelegging for å få det til. Dette dilemmaet kan en ikke unngå i rapporteringen.

Informanten peker her på et dilemma som handler om at brukeres egentlige funksjonsnivå og behov for bistand fra offentlige tjenester kamoufleres når de rapporterer på funksjonsnivå etter innsats av hjelpemidler. Det skaper et dilemma for kommunen fordi at konsekvensen er at ressursene som kommunen setter inn ikke kommer til syne, og verken kommunen som helhet, og heller ikke de ansatte i tjenestene får anerkjennelse for den innsatsen som er gjort.

Også når det gjelder KOSTRA-data og analyser fundert på disse gir flere av våre samtalepartnere i denne studien (informanten fra **K9** og **K4** for eksempel) uttrykk for at de er skeptiske til hvordan det forstås og brukes. Informanten fra **K9** formulerer det slik:

Vi sliter med KOSTRA som verktøy og er spørrende til hvor godt det er og hva det faktisk måler. Måler det epler og pærer? Det er en del vi føler at det ikke fanger opp godt nok.

Uttrykket om at det å sammenligne kommuner basert på KOSTRA tall er som å sammenligne «epler og pærer» er det flere informanter fra ulike kommuner som bruker (for eksempel **K3** og **K4**). Det ble flere ganger påpekt at KOSTRA data og analyser av disse ikke gir et godt og fullstendig bilde av hva som er viktig og relevant å vite når en sammenligner kommuner. Informanten fra **K3** trekker fram:

KOSTRA sier ingenting om kvalitet, men om hvordan du klarer å drifte økonomisk per innbygger, for eksempel. Vi kjøper løsninger og analyser av privat leverandør som har noen analysemoduler [mener at det gir et bedre grunnlag for å sammenligne kommuner, fordi at de har flere komponenter av informasjon, og flere/andre måter å vekte ulike datakilder på]. Vi bruker det nokså aktivt, for å se hvordan vi ligger an sammenlignet med andre kommuner, bruker det også i økonomiplan, se hvordan vi ligger an - vi ser at vi ligger 30 millioner over de andre i vår KOSTRA-gruppe. Vi bruker det også overfor politikere, for å rettferdiggjøre grep vi gjør. Jobbet i en periode med NN [navn på person anonymisert] fra NN [navn på privat foretak anonymisert] og som har bakgrunn fra NN [navn på privat foretak anonymisert], kall ham gjerne en guru innen kommuneøkonomi, og han fant da fram en gruppe kommuner som vi kunne sammenligne oss med.

Denne informanten viser til at det finnes bedre og mer meningsfulle måter å gjøre sammenligninger mellom kommuner på, men at disse metodene ikke er noe de selv har grep på, men kjøper inn som en tjeneste fra private konsulentselskaper.

Informanten fra **K9** og også fra **K6** er mer skeptisk til at man i det hele tatt kan finne gode måter å sammenligne kommuner på, fordi at kommuner har ulike økonomiske rammebetingelser og det kan være store forskjeller mellom kommunene når det gjelder andel av befolkningen som har behov for tjenester, og hvilke type tjenester (tung og dyre versus lettere og billigere tjenester). Informanten fra **K9** snakker mye om dette i løpet av samtalen. Det er et tema som han åpenbart er opptatt av og som han opplever som frustrerende. Han innleder med å si at i KOSTRA- analyser, så fremstår tjenestene i hans kommune «som veldig dyre/kostnadskrevende», og fortsetter: «*men rapporteringen gir ikke noe godt innblikk i hvorfor det er sånn. Da blir bildet feil. Konsulenter kommer og vil fortelle oss hvordan vi kan spare, men det er ikke så enkelt*». I **K9** kan han fortelle, har de svært høye ekstra kostnader til tjenester innen helse- og omsorg på grunn av at de har stor tilflytting fra nabokommunene blant befolkningsgrupper som har behov for tunge og dyre tjenester med tett oppfølging. Som en kommune med et større regionsenter, med bedre muligheter for å skjule seg og for å motta tjenester, er de et ettertraktet bosted blant visse befolkningsgrupper. Det gir også utslag i hvordan de kommunale ressursene blir brukt, og fordelt i befolkningen.

For eksempel er denne kommunen en regionkommune som får en del problemstillinger som nabokommunen ikke har. Særlig innen rus og psykisk helse. Vi har større andel personer med ROP lidelser. KOSTRA fanger ikke opp dette. Dette er veldig kostnadskrevende brukere med 2:1 bemanning. Det finner vi ikke igjen i KOSTRA-statistikken. Det blir ikke godt nok rapportert, og det henger sammen med at en tradisjonelt har vært veldig opptatt av de eldre, 80+, de har en veldig fokus på. Men våre tjenester har gått ifra å være tjenester til eldre til å være tjenester til de under 67 år: Unge, funksjonshemma, med rus og psykiatriproblematikk. Altså dit går størstedelen av ressursene. Den utviklingen gjenspeiler ikke KOSTRA-dataene, slik vi ser det.»

Informanten problematiserer at statistikken basert på KOSTRA rapportering ikke får frem hva som driver kostnadene opp eller ned, som tilstedeværelse eller fravær av tunge brukere, og at sammenligninger mellom kommuner og hvilke kostnader de har i sitt tjenestetilbud dermed gir lite mening.

Når vi da går inn, så ser vi at vi er dyrere på noen tjenester, uten at KOSTRA kan forklare det, så deler en det på 80+ og i ulike grupper. Men så ligger det ingen forklaringsmodell, hvorfor kommunene er forskjellige. Vi bruker nesten 70 prosent av ressursene våre til yngre personer. Mens andre kommuner har motsatt vinkling, kan du si. Det kommer ikke fram. Og så sitter politikerne og sammenligner så å si epler og pærer, som jeg bruker å si.

Informanten mener at det ikke er godt nok forklart i disse statistikkene, og at analysen og diskusjonen rundt dem heller ikke tar høyde for at noen kommuner har en høy andel av befolkningsgrupper med store behov for tjenester, mens andre kommuner ikke har det, fordi de er fraflyttet til et regionsenter eller til en storby, for eksempel. Ettersom statistikken ikke viser (godt nok) hva som er årsakene til at kommuner har ulike kostnader for sine tjenester, så gir det et feil bilde.

Problemet er at snittet på hjemmebaserte tjenester blir mye høyere når – altså, vi har ganske streng tildeling, for eksempel. De brukerne som har hjelpetilbud hos oss, de har da ganske høye kostnader [fordi at de har tyngre behov]. Og så ser en det i forhold til eldre, 80+, en deler på antall brukere, og så ligger det på ingen måte informasjon om hva som gjør at kommunen vår avviker på en del områder. Når en da lett bare kan gå inn og sammenligne mellom kommunene i gruppe NN [anonymisert] som vi er med i, for eksempel, så får en lett et overfladisk feil bilde når en leser det. Politikere leser det, departementet sitter og lager statistikk på det – på kommuner som er effektive. Og så har du selskap som reiser rundt og forteller om best praksis. Og da går en altså inn og ser på statistikk uten å se på de bakenforliggende årsakene til statistikken. Og da blir bildet feil. Og så plutselig kommer konsulenter og forteller at 'her kan du spare så og så mye', og det gjør regjeringen også.

Informanten gir uttrykk for at det skaper frustrasjon når konsulenter og politikere danner seg formeninger om hvilke kommuner som driver «effektivt» og på grunnlag av et feil bilde. Som antydnet i sitatet er han ikke særlig begeistret for når disse konsulentene og politikerne henvender seg til kommunene med råd om at det lar seg gjøre å spare inn penger, og videre, hvor de kan spare penger, fordi de ikke kjenner til de faktiske forholdene og hva som driver kostnadene i været. Han legger også til at han mener det er uriktig at storbyene får et tillegg for dette (at storbyfaktoren har tiltrekningskraft og samler tyngre brukere), mens regionsentre, som ikke er storbyer, ikke får det i overføringene fra staten.

SAMMENDRAG

I dette avsnittet som presenterer funn fra den kvalitative delundersøkelsen når det gjelder rapportering, ble det blant annet framhevet at kommuner praktiserer dette med ulik tilnærming, og beskriver ulike forutsetninger for å avklare for eksempel usikkerhet rundt rapportering. Mens noen kommuner utveksler erfaringer og diskuterer problemstillinger rundt hvordan opplysninger skal registreres og rapporteres gjennom interkommunale nettverk, gir andre kommuner uttrykk for at de i liten grad har samarbeid og utveksling som gjelder rapportering utenfor egen kommunegrense. Videre kom det fram at det er en del spørsmål rundt omkring i kommunene relatert til hvordan tjenester registreres, som for eksempel hva som kvalifiseres som «heldøgnsbemannet omsorgsbolig». Det tematiseres også i andre sammenhenger, relatert til IPLOS registrering, at det gjerne finnes ulike forståelser av ett og samme fenomen – som hvor stort eller lite hjelpebehov

en bruker har. Dermed kan det gjerne bli slik at en tjeneste eller en tilstand som er av samme karakter, likevel registreres ulikt i rapporteringen. Og omvendt- tjenester eller tilstander som er av ulik karakter, kan likevel ende opp med å bli registrert og rapportert under samme kategori. Informantenes beskrivelser gir uttrykk for at rapporteringen er forbundet med flere dilemmaer. Det påpekes blant annet at analyser av innrapporterte data oppleves som utilstrekkelige. Det å gå i dybden og gjøre mer detaljerte analyser av tjenester og hvor ressurskrevende de er, er viktig, fremhever noen av informantene, som har opplevd at det rettes fokus på «dekningsgrad» i analyser av tjenestene, men ikke studert nærmere hva slags tjenester det er som tilbys. Det er store forskjeller i hva som ligger innunder «dekningsgrad», og i noen kommuner kan et relativt høyt antall trygghetsalارmer være en årsak til høy dekningsgrad. Disse tjenestene er forholdsvis lite kostnadskrevende. Informanter fra denne studien forteller at de har opplevd å bli konfrontert med sammenstillinger av innrapporterte data som ikke tar høyde for at ulike tjenester har ulike kostnader, og at kommuner har ulike behov og brukergrupper å forholde seg til. Et dilemma som påpekes i den sammenhengen er at rapporteringen brukes til å produsere tall og målsettinger som ikke blir kontekstualisert, men framstilt som generelt gyldig. Det kan få fatale konsekvenser, fordi det ikke stemmer overens med virkeligheten, og da blir politikken styrt uten et godt nok kunnskapsgrunnlag, påpeker en av informantene. Et annet dilemma som påpekes er at der kommunen går inn med ressurser for å forbedre en innbyggers funksjonsnivå (gjennom hjelpemidler) så synliggjøres dette ikke i iPLOS-registreringen – med den konsekvens at innbyggeren fremstår som mer selvhjulpen enn han/hun er, og kommunens ressursinnsats usynlig gjøres.

FORSKJELLER I TJENESTEPROFILER

KOMMUNER MED LAV DEKNING BÅDE PÅ SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER (LAV-LAV PROFIL)

To av kommunene i utvalget (*K1* og *K9*) hadde en tjenesteprofil som vi har karakterisert som forholdsvis «lav» både når det gjelder dekningsgrad på institusjonsbaserte så vel som hjemmebaserte tjenester blant befolkningen over 80 år. I intervjuene beskrives svært ulike årsaker og bakgrunnsfaktorer som medvirkende til at de fremstår med en slik omsorgstjenesteprofil.

SAMSVARER INNRAPPORTERTE DATA MED DET SOM OPPLEVES SOM KOMMUNENES TJENESTEPROFIL?

Informanten fra *K1* forklarer at det først og fremst ikke stemmer med realiteten at kommunen fremstår som en kommune med lav tjenstedekning på både hjemmetjeneste og institusjon. Kommunen har, sett i forhold til kommuner i sin region som den kan sammenlignes med, «vesentlig flere hjemmeboende brukere» og «bruker veldig mye ressurser på hjemmebaserte tjenester». «De som har søkt om hjemmesykepleie har fått det». Det kommer frem at det er feil ved tallene som er innrapportert, og særlig det bildet som gis av antall og omfang på hjemmeboende brukere, på grunn av svikt i rapporteringssystemet og manglende kompetanse i sin personalstab som en nå er i ferd med å få rettet opp i. Utfra det som beskrives, ville det vært mer riktig å betegne kommunen som en kommune med lav-høy tjenesteprofil.

Informanten fra *K9*, som er fra den andre av de to kommunene som fremstår med profilen «lav-lav» basert på innrapporterte data, forteller derimot at det nok er riktig, som tallene viser, at kommunen har en slik profil når det gjelder tjenstedekningen til befolkningen over 80 år.

HVA BESKRIVES SOM ÅRSAKER TIL OG BAKGRUNN FOR KOMMUNENES TJENESTEPROFIL?

Når det gjelder *K1* blir den lave andelen av befolkningen som mottar sykehjemstjenester forklart med at på papiret, så har ikke kommunen hatt noen langtidssykeplasser på sykehjem de siste årene, på grunn av fokuset på av-institusjonalisering av tjenestene innen helse- og omsorg. Men det gir et uriktig bilde av virkeligheten, at kommunen fremstår slik, forteller informanten, fordi at de har en korttidsavdeling som i praksis fungerer som en langtidsavdeling. Det blir gjerne «en lek med ord», sier hun, når det gjelder hva som betegnes som hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester, legger hun til. Årsaken til at det har blitt slik at de på papiret ikke har langtidsplasser på sykehjem, forteller hun, er en holdning som tilsier at «man skulle gjerne hatt alt som hjemmeboende», og videre: «det har vært en bevisst strategi fra tidligere ledelse at man skal gå over til det [hjemmeboende brukere]».

«Den her hjemmebaserte omsorgen har vært veldig godt forankra i kommunen. Man har villet hatt det. det var forhenværende leder som har kjørt disse prosessene og de har vært veldig involvert, og det har vært veldig 'nei, her har vi ikke institusjon, her bor alle hjemme'.»

Informanten forteller at hun har hatt diskusjoner med de ansatte om dette, og at hun selv er kritisk til å la dette gå for langt, fordi det byr på kvalitetsutfordringer, se punkt 3.3.4.

Informanten fra **K9** forklarer at en viktig årsak til at de ligger lavt på tjenestenivået sammenlignet med landsgjennomsnittet, er ustabil kommuneøkonomi og at kommunen har mange (og økende andel) yngre brukere med behov for kostbare tjenester, som mange andre kommuner ikke har. Kommunen har «tradisjonelt vært veldig opptatt av de eldre, 80+, de har en veldig fokus på. Men våre tjenester har gått ifra å være tjenester til eldre til å være tjenester til de under 67 år. Unge, funksjonshemmede, med rus og psykiatriproblematikk; altså der går størstedelen av ressursene [...] Vi bruker nesten 70 prosent av ressursene våre til yngre personer. Mens andre kommuner har motsatt vinkling, kan du si». Informanten fra **K9** forklarer at de har utfordringer med at det ikke er nok ressurser til å bemanne opp i hjemmetjenestene for eldre, fordi «det er konkurranse mellom tjenester for yngre og eldre». Han beskriver at det er strukturelle endringer i tjenestetilbudet innen (andre) områder av helse- og omsorgstjenestene som gjør at tilbudet til eldre i kommunen blir begrenset. Det har vært en målsetting også, over tid, kan han fortelle, at man skal la (eldre) folk bo hjemme lengst mulig.

PÅGÅR DET ENDRINGSARBEID SOM VIL KUNNE FÅ BETYDNING FOR KOMMUNENES TJENESTEPROFIL?

Informanten fra **K1** forteller at det som for en tid tilbake siden hadde vært institusjon, og i en periode ble gjort om til en avdeling som huset hjemmeboende, nylig er blitt omdefinert (igjen) til institusjon. Årsaken til dette, er, forklarer hun, at «jeg er opptatt av at dette her må være redelig.»

Hun mener at fokuset på at alle eldre skal være hjemmeboende tjenestemottakere «ikke er gjennomførbart hvis man skal forholde seg til spesielt den gruppen med demente, da, som har tilbakeholdelsesvedtak», og derfor har hun sett seg nødt til å igjen gjøre en endring på dette (re-institusjonalisering). Her trekker hun frem at det er særlig lovverket som har streng regulering av bruk av tvang, og andre aspekter som styringsrett som har gjort det særlig presserende å få på plass en endring.

Informanten fra **K9** forteller at i løpet av de siste årene ser en at institusjonstjenesten har vært for lav, fordi en ikke kan ta imot pasienter fra sykehus – og derfor har de nå begynt å øke opp kapasiteten igjen. Det har dessuten vært klager og pålegg fra fylkesmannen på at tildelingen har vært for streng, i forbindelse med at folk som ikke klarer seg hjemme likevel har blitt sendt hjem.

ERFARINGER OG UTFORDRINGER KNYTTET TIL Å LEVERE TJENESTER AV GOD OG LIKEVERDIG KVALITET

Informanten fra **K1** forklarer at det å ha et for sterkt fokus på at brukere er hjemmeboende, slik det har vært i denne kommunen, og at selv brukere med tunge demenslidelser ikke er ivaretatt gjennom institusjon, fører til at noen brukere mister rettigheter. Hun legger til at det også skaper problemer for de ansatte og gjør at en må få på plass nye ordninger og rutiner for å kunne gjøre den jobben en er satt til å utføre:

Man mister rettigheter på tilsynslege, man bor hjemme og man skal sitte på fastlegekontoret når man skal til legen, man skal på apoteket og kjøpe medisinene sine, man skal handle hygieneartikler selv, for at det skal være akkurat som hjemme. Og så blir dette her så mye plunder og heft for dem som jobber med det. Fagarbeidere har vært kjempetrykkelig frustrert for at det mangler

tannkrem, Shampo og så videre – som pårørende visstnok skulle ha skaffa, og så har de ikke gjort det. Så det har vært masse meldinger i forhold til dette her.

Informanten presiserer i tilknytning til dette at hun på ingen måte er en tilhenger av institusjon, men at hun er opptatt av at brukere må få ivaretatt sine rettigheter. «Det er sikkert godt ment», sier hun, at en har prøvd å av-institusjonalisere eldreomsorgen helt, men det fungerer ikke i praksis, mener hun, og påpeker og problematiserer at kommunen ikke har hatt god kompetanse på rapportering, og heller ikke på helsejuss (som blant annet har ført til at en har organisert og definert brukere med tung demenslidelse som hjemmeboende og brukt tvang der dette ikke var holdbart).

På spørsmål om han opplever at kommunen har utfordringer med å levere tilfredsstillende kvalitet på tjenestene sine, svarer informanten fra **K9** bekreftende. Han mener at spesielt grupper innen rus og psykiatri er utsatt for dette. Informanten forklarer at avinstitusjonalisering, særlig innen omsorgs- og oppfølgingstilbud på rus og psykiatrifeltet, har fått store konsekvenser for helse- og omsorgstjenestene spesielt, og kommuneøkonomien generelt. Det har blitt *«færre plasser i somatikken, færre plasser i psykiatri, færre plasser innenfor rusomsorg. Og da har jo disse personene et krav om hjelpetilbud i kommunen»*, forteller informanten. Som følge av dette bruker kommunen 70 prosent av ressursene innenfor helse- og omsorgsfeltet på de unge, blir vi fortalt, og det er en annen gruppe enn det som har vært omtalt tidligere, som forårsaker disse kostnadene: *«Tradisjonelt sett så snakker en om personer med funksjonshemming, men det som har skjedd særlig de siste årene er at pasienter blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten innenfor somatikken, og enda verre er det innenfor psykisk helse og rus»*. Og det at terskelen for å komme inn på de eksisterende tilbudene på institusjon er (blitt) veldig høy, og at personer skrives ut mens de fremdeles er veldig syke, skaper høye kostnader for kommunen, som må stille opp med kompensierende tjenester, forteller informanten.

«Utfordringen er at det ligger ikke noe reserver noen steder. Det betyr at tilgangen til tjenester for nye brukere vil bli avhengig av avgangen til andre brukere. Og det er en ganske slitsom affære både for ledelse og ikke minst for de som sitter ute i tjenestene. Og det er klart at det vil samlet sett gå ut over tjenestetilbudet, sånn som jeg ser det»

Informanten påpeker at denne typen utfordringer som skaper en skjevhet i fordelingen mellom ressursene og tilgang på tjenester mellom generasjoner og helseutfordringer, ikke er den samme i alle kommuner. Det er nok en tilspissing i denne kommunen på grunn av at den er et regionssenter, forklarer informanten. Brukerne som har behov for tjenester og oppfølging innen rus- og psykiatri er i stor grad tilflyttet fra mindre omegnskommuner, enten fordi de ikke har tilsvarende tilbud der, eller også fordi regionssenteret tiltrekker dem, for å leve et mer anonymt liv, for eksempel, forklarer informanten. Kommunene i omegnen har ikke de samme utfordringene, kan han fortelle, mens andre tettsteder eller regionssentre andre steder derimot, gjerne opplever å ha det, mener han. Denne situasjonen får de ikke kompensasjonstillegg for, som storbyer derimot gjør, sier informanten, og videre, at slike forskjeller mellom hvilke befolkningsgrupper og deres tjenestebehov ikke fremkommer i analyser og sammenligninger mellom kommuner og deres kostnader på tjenestene (basert på KOSTRA-tall).

Informanten forklarer videre at ordninger med hvordan staten delegerer ansvar for å ivareta befolkningens behov til kommunene skaper store økonomiske utfordringer

for dem og gjør at det på sikt ikke vil være mulig å imøtekomme behovene. Det er disse ordningene som medfører at de vil få en dramatisk situasjon for personer som har behov for tjenester og oppfølging innen helse- og omsorg. De blir nødt til å gjennomføre kutt for å få balanse i budsjettet, forklarer informanten, og konsekvensen av det er en nedbygging i helse- og omsorgstjenestene. Sammenhengen mellom den situasjonen, og statens rolle i dette, forklarer han på følgende måte:

De statlige myndighetene forteller kommunene hva en skal gjøre, og vi får nye oppdrag, og veldig mye blir finansiert gjennom det jeg kaller statlige gulerøtter. Og det er øremerkede midler som kommunen får til å bygge opp tjenestetilbud. Og så, først er kommunene ganske lojale i forhold til det, og prøver å sette i gang et tilbud som da er statlig finansiert. Men så kan staten bare bestemme seg for at, og si at, 'ja, nei etter fire år, da overfører vi, da går det vekk fra øremerka midler, og over til den såkalte rammen'. Og når vi da leter etter den rammen, så finner vi at det er ikke finansiert, vi finner ikke de pengene. De er ikke farget på noen måte, da. Og når da den rammen som vi får ikke dekker lønns- og prisveksten for å videreføre budsjettet fra ene året til det andre, så er det klart at da sliter vi med ting, og da er konsekvensen at vi må bygge ned ting igjen. Og det er et dilemma. [...] En del av utfordringen er hvordan det blir kommunisert. Politikerne sier at kommunene har aldri fått mer penger. Og det er helt riktig. Kommunene har aldri fått mer penger. Men det har aldri kostet så mye heller, hvis du skjønner. Altså, lønns- og prisstigningen i kommunen nå, det er det regnestykket der som er problematisk. På en måte så har begge parter rett. Stakkars folk som sitter ute og skal prøve å forstå dette, sant? Brukere som får tjenestetilbud som hører de sentrale politikerne lover og forteller hvor svært dette skal være og så står vi, eller rådmannen da, litt i sjakk matt i forhold til at 'det er ikke finansiert, beklager'.

Kommunen får altså, ifølge informanten, et større ansvar for å gjennomføre flere oppgaver, uten at finansieringen av disse tiltakene er på plass. For dem som en kommune med ustabile og til tider svært lave inntekter betyr det at terskelen for tilbud må heves, og at kravene må strammes inn, forklarer han. «Mange kommuner har et helt annet inntektsgrunnlag. For eksempel, kommuner med kraftinntekter eller andre, det er klart at de har muligheter til et tjenestetilbud som er på et helt annet nivå enn det en industrikommune som lever veldig sann i konjunkturer». Kommunen har blant annet ikke mulighet til å rekruttere nok personer til å ha det nivået på tjenestene som en har hatt de siste årene, fortsetter han. Derfor jobber vi nå mye med et prosjekt, forteller han, «der vi går ut og ansvarliggjør innbyggerne våre og planlegge for egen alderdom. Og det gjør vi helt i fra familier som plutselig får funksjonshemma barn, eller de får tvillinger, eller det er folk som skal bygge sin første bolig, vi har samarbeid med arkitektene, med entrepenørene som bygger hus». Forventningen, eller håpet, er at med dette, så skal en kunne dempe befolkningens forventninger til at kommunen skal stille opp for dem, når de mener at de trenger det. «Folk velger å bo hjemme, men har ikke tilpasset husene sine. Folk har en holdning om at kommunen må komme inn og ordne opp, den dagen der det ikke lenger går». Prosjektet som de har igangsatt skal prøve å bøte på dette, gjennom å, som kommunalsjefen selv uttrykker det, «å ansvarliggjøre innbyggerne». Det er særlig befolkningen som har (de økonomiske) ressursene som trengs til å gjøre dette, som forventes å ta ansvar for seg selv, forteller kommunalsjefen. «De ressursvake tar vi et større ansvar for. Da bygger vi bofelleskap, der folk kan leie seg inn i hybler».

SAMMENDRAG

En av kommunene som vi utfra registerdata identifiserte som en kommune med et lavt dekningsnivå både på institusjons- og hjemmebaserte tjenester, hører ikke egentlig innunder denne kategorien, ble vi fortalt. Bakgrunnen for at de fremstår som en kommune med lav-lav profil handler om at ledelsen i denne kommunen tidligere har forsøkt å definere enhver tjenestemottaker som hjemmeboende. Dette er en praksis som nå endres. I den andre av de to kommunene i denne gruppen med lav-lav tjenstedekning forteller informanten at profilen de fremstår med utfra registerdata nok er riktig, og at den lave dekningsgraden for befolkningen over 80 år i denne kommunen skyldes mange, og en stadig økende andel, yngre brukere med tunge behov, og en trang kommuneøkonomi. Informantene forteller – gjennom ulike eksempler – om at de opplever utfordringer med å levere tjenester som ivaretar brukernes/innbyggernes rettigheter. Det vises til at den utbredte trenden om å definere demensrammede som hjemmeboende kan svekke disse personenes rettsbeskyttelse. Et annet eksempel er at (yngre) brukere med psykiatriske lidelser eller rusrelaterte utfordringer ikke får tjenester som de har krav på. Økonomisk ulikhet mellom kommuner er også et tema som ble belyst fra ulike vinkler i dette avsnittet. Et aspekt ved den økonomiske ulikheten er at tunge behov hos yngre kan slå negativt ut for eldre, i den forstand at de får et mer redusert tilbud. Et annet aspekt er at kommuner med lite økonomisk handlingsrom vil søke seg mot «statlige gulerøtter» for å finansiere tiltak de anser som viktige og nødvendige, men så vil oppleve at de ikke får mulighet til å videreføre tiltakene når tilskuddene faller bort og finansieringen blir omdannet til en del av kommunens rammebevilgning.

KOMMUNER MED LAV DEKNING PÅ SYKEHJEM, MEN HØY DEKNING PÅ HJEMMETJENESTER (LAV-HØY PROFIL)

Tre av kommunene i denne studien tilfaller denne kategorien, **K6**, **K7** og **K11**. Kommunen som vi betegner som **K6** utmerker seg ifølge innrapporterte tall som en kommune med særdeles lav dekning på institusjonstjenester for befolkningen som er 80 år og eldre, samtidig som andelen er særdeles høy på hjemmebaserte tjenester.

Samsvarer innrapporterte data med det som oppleves som kommunenes tjenesteprofil?

Lederen som vi intervjuet fra **K6** forteller at de tallene vi har hentet inn på dekningsgrad, nok stemmer med det som er realiteten i hennes kommune.

Fra innrapporterte tall finner vi at dekningsgraden på institusjonstjenester for befolkningen over 80 år i **K7** ligger på under halvparten av landsgjennomsnittet på 13%. Den lave dekningsgraden på institusjonstjenester for befolkningen over 80 år i **K7** antas å være realistisk, ifølge en representant fra kommunen som er utpekt som å ha god detaljinnsikt og som gir oss en skriftlig tilbakemelding på dette spørsmålet i etterkant av samtalen. Når det gjelder kommunens relativt høye dekningsgrad på hjemmebaserte tjenester, får vi til svar at denne i realiteten er enda høyere.

Den tredje av kommunene i denne gruppen, **K11**, er også kommunen med høyest antall innbyggere i gruppen. Utfra innrapporterte tall har denne kommunen en høy dekningsgrad på hjemmetjenester (over 40%) mens dekningsgraden på institusjonstjenester er relativt lav (8%). Informanten beskriver at dette bildet nok stemmer med det som er situasjonen i kommunen nå, men ikke svarer til det som vil være bildet i nær fremtid. Da vil institusjonsdekningen øke betraktelig (se nedenfor).

Hva beskrives som årsaker til og bakgrunn for kommunenes tjenesteprofil

Ifølge informanten fra **K6** har kommunens tjenesteprofil (lav-høy) først og fremst å gjøre med at en i kommunen over 6 år har hatt en bevisst holdning til, og jobbet med å snu tjenesteprofilen fra å være tunge på institusjon til å være primært hjemmebasert, og dette har vært en politisk vedtatt strategi. Tallene gjenspeiler at de nå har klart dette, mener hun. Profilen er et resultat av at de har etablert et stort antall omsorgsboliger, og opprettet fleksibilitet i bemanning mellom sykehjem (både korttids- og langtidsplasser) og hjemmetjenesten, slik informanten fremstiller det. Utbyggingen av hjemmetjenesten og omsorgsboliger er altså forklaringen på at institusjonsdekningen er lav: «Det er jo derfor vi kan bemanne ned, eller ha så lav dekning på institusjon», forklarer informanten. Når det er sagt, legger hun til, «dekningsgraden på hjemmetjenestene er også så høy fordi at veldig mange kun har trygghetsalarm, uten andre tjenester. I statistikken dukker også disse opp som tjenestemottakere». **K6** er en liten kommune, og rundt en femdel av de som har trygghetsalarmer har ingen andre helse- og omsorgstjenester, ifølge informanten. Det er også noen av dem som står oppført som tjenestemottakere i denne statistikken som bare får multidose utlevert for eksempel. hver 14. dag, sier hun videre.

Av-institusjonaliseringen innen demensomsorgen blir angitt som en sentral forklaring til den relativt lave dekningsgraden på institusjonstjenester for befolkningen over 80 år i **K7**.

«[Kommunen] har satset på hjemmebasert omsorg. Mye av vår heldøgns omsorg finner vi i dag i omsorgsboliger. Eksempelvis er store deler av demensomsorg lagt til omsorgsboliger. Det vil si at andelen langtidsplasser i institusjon er tilsvarende lav.»

At andelen av befolkningen over 80 år som mottar tjenester i hjemmet er høy, skyldes også her (som fremholdt i K6) at de som kun har trygghetsalarm og ingen annen tjeneste er del av denne statistikken, blir vi fortalt. Og på denne tildelingen – trygghetsalarm – er vi ikke strenge, legger K7 informanten til. Dessuten er andelen hjemmebaserte tjenester høy nettopp på grunn av av-institusjonaliseringen og at andelen omsorgsboliger i kommunen er (blitt) høy, og oppfølgingsbehovet dermed er overført til hjemmetjenesten, forklarer informanten.

I K11 forklares den høye dekningen på hjemmebaserte tjenester med at kommunen har en tradisjon for å ha en «godt utbygd og raus hjemmetjeneste», der en har gitt «litt ekstra, og kommet tidlig inn, for at folk skal klare seg kjapt aleine». Den lave institusjonsdekningen skyldes at de ikke enda har fått på plass en politisk vedtatt og langt på vei kommet gjennomføring av en opptrapping av institusjonsbaserte tjenester, forklarer informanten. Kommunen synes også å utmerke seg på noe som andre kommuner forteller at de kan streve med:

«Hjemmetjenesten er veldig god på å melde fra til tildelingskontor om endringer i behov, da justeres vedtak deretter. Dette er vi veldig gode på, vi har en god tradisjon for det. [...] Vi er flinke på å sende endringsmeldinger, og vi oppdrar våre ansatte til å vurdere for eksempel hvor god en er nå, hvor en vil hen, hva som er målet.»

Det som ellers kjennetegner denne kommunen, er at de har redusert omfang av vedtak på praktisk bistand. Informanten forteller at det er to grunner til dette. For det første fordi flere synes det begynner å bli for dyrt, og kan skaffe seg det billigere selv. For det andre, det er få igjen av assistenter, de fleste har helsefagkompetanse og er lite interessert i å gå på butikken.

Pågår det endringsarbeid som vil kunne få betydning for kommunenes tjenesteprofil?

I K6 er bruk av ressurser noe en allerede er veldig bevisst på, og ønsker å til stadighet være god på, sier informantene fra K6. Hun forteller at de «er stadig på vakt», i forhold til 'kan vi gjøre noe her, kan vi spare noe', 'kan vi jobbe smartere'. «Ressurssituasjonen som den er nå, er grei», er vurderingen fra hennes side. Etter å ha hatt «trang økonomi over en lengre periode, der en har brukt osthøvelteknikk», forteller informantene, er i denne omgang helse og omsorg skånet fra å skulle spare inn, forklarer hun. «Nå er det skole, barnehage og samfunn som er utsatt for dette, slik at vi kan drifte slik vi gjør», fortsetter hun (der helse og omsorg har ca. 30-40% av budsjettet). Likevel forsøker en alltid å spare på ressursene og se om det er potensiale for å kutte noen steder, blant annet har det vært prøvd å redusere bemanningen inne med et årsverk, men så økte pleietyngden såpass at en ikke kunne gå ned likevel, forklarer informantene.

K7 er en mye større kommune enn K6, der det også er stor fokus på bevissthet og kontroll knyttet til ressursbruk. De har i de senere år gjennom spesifikke prosjekter som har ført til økt fokus på ressursbruk, og i sammenheng med dette fått korrigert vedtak opp mot årsverk slik at det nå er bedre samsvar mellom årsverk og vedtak på tjenester, forteller informantene. Kommunen har tradisjonelt har vært for raus i tildeling av hjemmetjenester, mener informantene og påpeker at det særlig gjelder for eksempel 24/7 tjenester til familier med utviklingshemmede barn. Kommunen har her tatt på seg for mye av ansvaret, istedenfor å ansvarliggjøre foreldre, forteller informantene fra K7. Dette er en nå i ferd med å se på og revurdere.

Informanten fra **K7** forteller at de nå er opptatt med å jobbe med det som de opplever som et stort informasjonsbehov ute blant innbyggerne. Hun beskriver at kommunen jobber med, og har behov for å få avklart, hva brukere kan forvente. «De eldre har høye forventninger» som det ikke er muligheter å imøtekomme, forteller hun. De har blant annet (i likhet med mange andre kommuner) et videoprojekt på gang, som skal vise omsorgstrappen og de ulike tjenestene kommunen kan tilby. Hun beskriver at det er mange som ikke vet hva som finnes av tjenester, og at det finnes mye, også ting som ikke er vedtaksbaserte. I deres kommune har de et kartleggingsteam, bestående av en ergoterapeut og en sykepleier som gjennomfører hjemmebesøk hos bruker ved søknad om tjenester. Allerede nå, og i tiden fremover står satsing på velferdsteknologi sterkt i denne kommunen. For øvrig jobber de med å prøve å samle sammen samtlige bo-oppfølgingstjenester som et eget tjenestoområde i kommunen der vedtak om bo-oppfølging ikke skal være diagnosebasert, men utfra behov (og det vil gjøre hjemmesykepleien mer helsefaglig orientert, forklarer hun), og at en der etter hvert vil forsøke å også koble på for eksempel frivillige, dersom mulig.

I **K11** pågår det omfattende endringer i tjenesteprofilen etter at det er fattet et politisk vedtak om at dekningsgraden på institusjonsbaserte tjenester skal være 17%, forteller informanten. Så nå jobber de med dette, sier hun. De er allerede kommet langt på vei med å etablere et nytt bygg der de har en kombinasjon av omsorgsboliger og sykehjems plasser, og som vil føre til at de får en stor økning i dekningsgraden på institusjonsbaserte tjenester, forteller hun videre. Kommunen har altså besluttet å satse på å bygge opp, og er i ferd med å ferdigstille, boliger som de betegner som bokollektiv for eldre, der brukere har sine egne leiligheter og er dels registrert som hjemmeboende og dels som institusjons plasserte. Det vil hjelpe til å løse noen problemer som er skapt av den hittil svake dekningsgraden på institusjonstjenester i **K11**, forteller informanten:

Utfordringen hittil har vært at vi har hatt for liten mulighet til sirkulering på korttidsplasser, som da sperrer for at vi får folk ut fra sykehus. De aller fleste tar vi ut til hjemmetjenesten, men vi trenger at den proppen blir løst. Vi holder oss godt over grensen på 17% fram til 2025, da vil vi ha en stor økning av 80+ og da er det godt å ha [det nye bygget].

Begrunnelsen for å opprette (et nytt) bokollektiv er først og fremst av hensyn til brukerne – at de skal ha frihet, få bo hjemme, forteller kommunerepresentanten her. Vi har over lengre tid hatt gode erfaringer med bokollektiv og at tjenestemottakerne har egne leiligheter, og det skaper større trivsel, er også bedre for pårørende, forteller hun. Pårørende følte at de hadde mer tilgang på mor eller far sin, på grunn av at de opplever mer frihet gjennom at de ikke kjente på at de kom inn på kommunens arena. Bemanningen i disse bokollektivene er samme som på sykehjem, sier lederen. Kommunen har fått kritikk og det har vært diskusjoner om at vi gjør det for å spare på bemanning. Men dette avkrefter hun.

Erfaringer og utfordringer knyttet til å levere tjenester av god og likeverdig kvalitet

Informanten fra **K6** forklarer at på noen områder, så opplever de at de har et større handlingsrom og muligheter for å levere gode tjenester, for eksempel satses det i kommunen ganske stort på velferdsteknologi, i forhold til budsjettene som kommunen har til rådighet. Men, sier hun, «*det å ha nok apparater til undersøkelser for eksempel, og instrumenter, kan være utfordrende. Vi har kjøpt lenge for å ha et eget hjelpemiddellager – og*

mulighet for å rengjøre disse». Informanten forteller videre at «det er også alltid midler til kompetansebygging», men forklarer at det i praksis er vanskelig å ta i bruk disse og gjennomføre kompetansebygging. De som er aktuelle for slik kursing, er gjerne viktige kompetansepersoner i utgangspunktet. Når de da sendes på kurs, så blir konsekvensen at kompetansen tas bort fra brukere: «*Det er vanskelig dette med å frikjøpe ressurser til prosjekter. Da mister brukere kompetansen som den har behov for, og krav på*». Hun forklarer at de ikke har så god tilgang på vikarer, og at det er vanskelig å finne noen i korte perioder på et halvt år eller et år. Dermed blir det slik at de har perioder der de bestemmer seg for å *ikke søke* om tilskudd til tiltak. For hun vet at hun ikke kan få gjennomført det, sier informanten. Kapasiteten i kommunen til å håndtere nødvendige behov anses som god (nok) – informanten forteller at de kan ta imot alle utskrivningsklare (har ikke venteliste) og kan tilby noe til alle som trenger hjelp. Men, legger informanten til, de kan ikke tilby alle den samme typen hjelp. Hvilken hjelp de får kan være avhengig av hvor i kommunen de bor:

Jeg føler at brukere hos oss får det de vil, det de har behov for. Vi har ingen avslag. Vi kan tilby at de kan få dø hjemme om de ønsker. Men vi er en liten kommune, vi klarer ikke å gi samme tjenester til alle. Det må vi være ærlige på. Om du bor langt unna sentrum så får du ikke tjenester hjemme mer enn to ganger daglig. Da må de i så fall flytte til omsorgsbolig eller institusjon i en kort periode for så å komme hjem igjen.

Informanten fra **K7** svarer noe unnvikende og ikke særlig utførlig når spørsmålet om utfordringer tas opp. Det som bemerkes her, er at de jobber med å få frigjort tid for ansatte på sykehjemmet gjennom å øke bemanningen på kjøkkenavdelingen – etter at det ble en offentlig sak som påpekte tidspress på ansatte på sykehjem, blant annet på grunn av mat/kjøkkenrelaterte oppgaver, som ble framholdt som negativt for omsorgstilbudet til beboerne. En annen utfordring som informanten nevner, er at de har gått bredt ut og satset på digitale trykghetsalarmer, men opplever for tiden at disse alarmene ikke fungerer slik som leverandøren hadde lovet.

Informanten fra **K11** forteller om en rekke utfordringer som kommunen nå opplever å stå i. Tidligere, forteller hun, har de har hatt en «ganske grei økonomi» i kommunen, og at det har gitt dem noen fordeler å ha en sterkt hjemmebasert tjeneste, fordi det er billigere. Og de har også opplevd stor tilfredshet med at de har søkt og fått inn masse midler til å bygge opp et omfattende dagsentertilbud for personer med demens. Men nå, for det løpende året er prognosen at kommunen kommer til å ha et underskudd på rundt 25 millioner innen helse- og omsorgstjenestene, og så ille har det aldri vært, forteller informanten. En av konsekvensene er at de blir nødt til å legge ned det utstrakte dagsentertilbudet som de akkurat har bygget opp. Årsaken er at det som de har fått bevilget som tilskudd (etter søknad) til dagsenter imidlertid er vedtatt over statsbudsjettet at det skal inngå i kommunens ramme istedenfor. Informanten forklarer:

I de siste 6-7 årene så har de [anm.: statlige myndigheter] pøst på og trøkt på – dere kommuner, søk, kom igjen, det er veldig viktig at dere oppretter tilbud [...] Og så, når det blir lagt inn i ramma så blir det pålagt for alle kommuner, og da tar de hele potten og sprer utover hele fjøla. [...] Vi har hittil hatt 9 millioner til det [anm.: dagsentertilbud], men nå er rammen trekt, nå er det gått over til ramme istedenfor tilskudd. Nå for 2020 får vi kun 2,1 mill. dette er i forbindelse med statsbudsjettet. Så vi må jo legge ned. De går ikke inn i kommunene enkeltvis.

Kommunen er ikke i en slik økonomisk forfatning at de kan spe på med egne midler for å opprettholde tilbudet, sier informanten. En annen viktig årsak til at kommunen har havnet i en vanskelig økonomisk situasjon som gjør at de må gjennomføre kutt, er at en stor del av rammen blir spist opp av lønn og pensjon, sier informanten. Dessuten, vedtaket om å heve innslagspunktet enda mer for refusjon av utgifter for tjenester gitt til ressurskrevende brukere er også en påkjenning og en utfordring for kommunen, ettersom det betyr at kommunen selv må dekke høyere kostnader for noen brukere enn tidligere. Det vil være lenge til en ser en bærekraftig økonomi (igjen) i kommunene, og endringer vil måtte skje, mener informanten fra *K11*. På slutten av samtalen stiller hun spørsmålet om utviklingen som er i ferd med å skje er et uttrykk for at velferdsstaten er i ferd med å møte sin grense:

Sykehus og kommuner må samarbeide mer – og man må nok slå sammen små kommuner. Mye kommer til å måtte skje. En må få hjelp av nabokommunen. Det blir ikke noen færre eldre – og veldig mange blir demente. Det er mer på rus og psykisk helse. Kanskje det kommer tilbake dit igjen at det er familien som må ta seg av dem. Hvor langt klarer det offentlige det, slik det forventes?

Med dette avsluttes samtalen, uten at informanten gir en videre antydning for hva hun selv mener om at det ligger at til at familien må ta mer ansvar for å ivareta sine egne.

SAMMENDRAG

Informantene fra de tre kommunene som vi identifiserte som kommuner med lav institusjonsdekning, men høy institusjonsdekning, beskriver at dette nok stemmer godt overens med den tjenesteprofilen de har per dags dato. Som bakenforliggende årsaker nevnes at det har vært fokus på å bygge ut og opprettholde et høyt nivå på hjemmebaserte tjenester, og en har forsøkt å holde nivået på institusjonsbaserte tjenester så lavt som mulig (fokus på å «snu tjenestene»). Men i senere tid, i en av kommunene, er det fattet politisk vedtak om å bygge opp institusjonstjenester, til et nivå over landsgjennomsnittet. De tre andre kommunene forteller om et stort fokus på ressursbruk, og at en søker etter innsparingspotensialer. Økt bruk av velferdsteknologi og informasjonsarbeid ut mot innbyggerne med mål om å senke deres forventninger ble nevnt som ledd i pågående endringsarbeid og satsinger i kommunene her. Også her, som i forrige avsnitt, blir statlige finansierungsordninger (tilskudd som blir omdannet til del av rammebevilgning uten å beregne nok til kostnadene) problematisert og fremstilt som en faktor som har medvirket til at kommunen har havnet i en vanskelig økonomisk situasjon. En av informantene oppsummerer situasjonen hun opplever at kommunen nå står i slik, at en muligens er på vei (tilbake) til et samfunn der familien i større grad må på banen igjen og stille opp for sine nærmeste, ettersom velferdsstaten ikke vil ha tilstrekkelig kapasitet til å klare det.

KOMMUNER MED HØY DEKNING BÅDE PÅ SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER (HØY-HØY PROFIL)

K₃ og **K₁₂** er de to kommunene i utvalget som tilhører kategorien høy dekningsgrad både på institusjons- og hjemmetjenester for befolkningen over 80 år. **K₃** er en kommune med en del over 5.000 innbyggere, mens **K₁₂** er vesentlig større med over 10.000 innbyggere. I **K₃** hadde øverste leder for helse- og omsorgstjeneste ikke anledning til å delta, men la til rette for at tre andre representanter fra sentral administrasjon og faglig ledelse gjennomførte samtalen.

Samsvarerinnrapporterte data med det som oppleves som kommunenes tjenesteprofil?

Informantene fra **K₃** forteller at det stemmer at de er en institusjonstung kommune. **K₁₂** blir, i likhet med **K₃**, beskrevet som en institusjonstung kommune, og informanten gir uttrykk for at bildet en får av kommunens tjenesteprofil gjennom analysen av innrapporterte data, stemmer med virkeligheten.

Hva beskrives som årsaker til og bakgrunn for kommunenes tjenesteprofil?

Informantene fra **K₃** betegner sin kommune som en kommune som er preget av å ha mange flere eldre enn andre sammenlignbare kommuner, og av at de hittil ikke har hatt strenge krav på tildeling av tjenester og gitt litt til mange. Dette skal, og er nå i ferd med å endres.

Årsakene til at **K₁₂** har denne profilen (høy-høy), beskrives annerledes i **K₁₂** enn i **K₃**. Over tre år har bemanningen økt med 100 årsverk, forteller informanten. Det som har vært en viktig årsak til at ressursene og tjenesteomfanget har vokst over tid, er at kommunen har et tilbud for barn med psykiske og fysiske funksjonsnedsettelse og lidelser som andre kommuner i regionen ikke har, og dette har ført til en tilflytting av brukere med store behov. En annen viktig årsak til at tjenestene og behovet for ressurser og årsverk har økt, er nedleggelse av DPS'er og redusert tilbud til kommunens voksne innbyggere med psykiske lidelser, særlig kronikerne, gjennom spesialisthelsetjenesten. En konsekvens av dette har vært at kommunen har opprettet heldøgns bemannede omsorgsboliger og en ny ROP bolig med treningsleilighet.

Pågår det endringsarbeid som vil kunne få betydning for kommunenes tjenesteprofil?

Informantene fra **K₃** forteller at de i denne kommunen nå er opptatte av å vri litt mer av ressursbruken over på hjemmebaserte tjenester. Bakteppet for denne vridningen oppgis å være politiske vedtak om bedre kostnadsstyring i tjenestene og at kommunen er presset til å redusere sine kostnader. Vi skal ikke (fortsette med å) «*strø litt utover til veldig mange, for da blir det liksom ingen effekt av det*», forteller informantene. «*Og det er litt av de grepene vi ønsker å gjennomføre.*». De som har «litt hjemmehjelp» er et eksempel som de ønsker å se nærmere på og vurdere tildeling på, altså praktisk bistand.

Her har vi kanskje en mengde personer som kunne ordnet seg på egen hånd som får litt hjelp.

Det gjør bare at de blir innrullert i det kommunale tjenesteapparatet og gjerne vil ha mer, i istedenfor at de blir oppfordret til å klare seg selv.

En problemstilling som tas opp her er at bistand fra kommunen er billigere enn privat, og det skal ikke være slik at kommunen brukes til rabatterte tjenester for dem som har råd til å engasjere egen vaskhjelp. Rent praktisk betyr dette er at en vurderer tildelingen annerledes nå overfor nye søkere/brukere, samtidig som det gjøres individuelle vurderinger

hos bestående brukere om utmålingen av behovet stemmer med innsatsen. En vesentlig del av det som nå skal endres på er altså å få til at det blir færre brukere som får tyngre tjenester, og også å bygge ned kapasiteten på institusjon. De har allerede brukt tall og analyser av tall til å se på ressursbruken og forholdet mellom bemanning og vedtak på institusjon, for eksempel. Og kommet frem til at seks plasser på sykehjem kuttes ned, og at langtidsplassene gjøres om til korttidsplasser for å kunne tilby større grad av korttidstilbud i form av avlastningstilbud, blant annet.

De forteller at kommunen tidligere har hatt en god del trygghetstilsyn, men nå bare har 3-4 igjen av disse. I samme periode har de hatt en økning i trygghetsalarmer og har nå ytterligere satsing på velferdsteknologi. Kommunen er også inne på å vurdere mer kritisk når det gjelder tildeling av omsorgsbolig, der en nå tenker at boligene kan brukes til tjenestemottakere som for tiden bor langt unna slik at en kan få dem nærmere. En annen (kostnadsdrivende) faktor som de er i ferd med å diskutere og skal i gang med å utrede, er hva som (ikke) trenger å være en kommunal oppgave. Her påpekes at dersom det er «oppgaver som ikke er helsemessig relatert», så kan muligens frivillige overta den oppgaven. Her har de allerede en del innsats fra frivillige på plass, både når det gjelder utlevering av mat, besøkstjeneste og følgetjeneste (til legebesøk m.m.), og rekruttering og organisering av disse skjer gjennom den kommunalt driftede Frivillighetssentralen.

Kunnskap om, og analyser av, ressursbruken og kostnadene, sett i forhold til andre kommuner som en kan sammenligne seg med, er noe som denne kommunen forteller at de nå har mye fokus på og den kunnskapen som vokser frem (analysene de har fått ferdigstilt) brukes aktivt. For eksempel brukes det i kommunens økonomiplan, og for å rettferdiggjøre grep som tas overfor politikere. For tiden, sammenlignet med snittet i kostra-gruppen som **K3** hører til, så ligger kommunens ressursbruk på 30 millioner over de andre. Mye av kunnskapen, og analysene som de bruker, er innkjøpte tjenester fra private leverandører med ledende kompetanse på kommuneøkonomi. Blant annet har de fått bistand fra private leverandører til å se nærmere på og definere hvilke kommuner de best kan sammenligne seg med, for det er nokså komplekst å stadfeste dette.

Det fremstår som svært ulikt hvilken betydning den utpregete tjenesteprofilen (høy-høy) har i de to kommunene. Den mest vesentlige forskjellen er at **K12**, i motsetning til **K3**, oppgir å ha en romslig økonomi, og at det ikke er vilje til å bygge ned tjenester – heller ikke når behovet for disse avtar. En velger heller å holde tjenester og stillinger vakante, forteller vår informant. Det en nå ser er at økningen av ressursene til helse- og omsorgstjenester, som har pågått over tid, og i fjor lå på 25 millioner, nå er stagnert. Det betyr altså at det ser ut til at det ikke vil komme noen endringer i form av verken en opp- eller nedjustering helse- og omsorgstjenestetilbudet, men at de forblir ved status quo.

Erfaringer og utfordringer knyttet til å levere tjenester av god og likeverdig kvalitet

Som beskrevet over har kommunene svært ulike utgangspunkt når det gjelder rammene de har for å finansiere driften av helse- og omsorgstjenestene. Mens **K12** beskrives som en kommune med gode og stabile inntekter, står **K3** under press og må spare penger. Mange millioner færre kroner i inntekter har medført et ytterligere press på kommuneøkonomien, forteller informantene. Det strides nå om hvordan det skal kuttes, hva som blir riktig og rettferdig i forhold til hvem som skal ta hvilken andel av det nedtaket, sier en av informantene. Han nevner skole som et eksempel på et område det en gjerne kunne ventet en større andel av nedtaket ettersom det ventes en stor nedgang i antall barn i skolealder i løpet av de neste ti årene.

Nå er vi i en slik situasjon at vi må kutte forbi det som er behagelig. Nå er vi på et kutt på [flere titalls millioner – Anm. red: pga. anonymisering er nevnt eksakt beløp ikke angitt] på de neste fire årene og da prater vi om, ja, ikke ti prosent av totalrammen, men ikke så veldig langt unna. Så det er klart, hvis det nå for eksempel kommer bemanningsnorm i sykehjem slik vi har i barnehager og skoler, så kan det jo bli trøblete.

I **K12** tematiseres oppgave- og kostnadsfordelingen mellom stat og kommune som en (potensiell) utfordring, men som de i sin egen kommune så langt i stor grad har klart å avverge negative konsekvenser av. Det påpekes blant annet at innslagspunktet for refusjon av kostnader for brukere med tyngre behov er blitt nokså høyt, og nå heves ytterligere (som også beskrevet av **K11**). Av de 180 millionene som er brukt, får vi nå 107 millioner refundert, slik at vi må betale mellomlegget selv, sier informanten. Videre:

Det er et problem for oss, at kompensasjonen stopper når tjenestemottaker fyller 67 år. Dette har opphav i tidligere vedtak som er gjort. Da ble disse brukerne gjerne ikke 67 år gamle. Men nå blir de jo det, og over, og da må kommunen bære kostnadene selv. Det er et problem. De blir gjerne mer og mer ressurskrevende.

At kostnadene til å levere nødvendige og forsvarlige tjenester til innbyggerne vokser, og at kommunene nå pålegges et større ansvar for å dekke disse, er noe informanten i **K12** erkjenner og problematiserer, selv om hun ikke opplever at dette skaper begrensninger for tjenesteutformingen og tilbudet i hennes kommune.

Vi skiller oss ut, sammenlignet med andre kommuner, gjennom at vi har en god plattform i tjenestene våre. Vi har alle trinnene i omsorgstrappen, og godt utbygde forebyggende tjenester. Det har med den romslige økonomiske situasjonen i kommunen å gjøre med høye, faste, stabile inntekter. Politikerne har bestemt at den gevinsten skal komme innbyggerne til gode og gir derfor denne inntekten tilbake til innbyggerne. [...] Økonomien gir et stort handlingsrom.

Det som derimot anses som en stor utfordring, og vekker bekymring i **K12**, ifølge informanten, er at kompetansen til at kommunen kan tilby tjenester som er av tilstrekkelig kvalitet ikke er på plass. Heller ikke vilkårene for å få bygget opp kompetansen har blitt imøtekommet på tilstrekkelig vis, mener informanten, og derfor har de hatt mange lovbrudd etter at krav om kompetanse ble innført. Tilgangen på kvalifiserte vernepleiere, eller sykepleiere, trekkes frem som eksempler, og mangel på utdanningstilbud. En annen utfordring er at de heller ikke har tilstrekkelig kompetanse på å ivareta en økende gruppe av flyktninger med tunge psykiske lidelser.

Integrering og mottak av flyktninger har vi så langt som kommune mye erfaring med, og har lykkes godt med dette. Men vi ser at de som kommer nå, som flyktninger, har andre utfordringer. De har vært lenge på flukt, og/eller er preget av tunge psykiske lidelser. De har omfattende behov. Og det har vi ikke fått rustet oss til. Vi er ikke flinke på det, og jobber nå med å bygge opp et migrasjonshelseteam.

Som også i **K9**, beskrives av-institusjonaliseringen innen spesialisthelsetjenesten og at brukere med (tunge) psykiske lidelser blir kommunens ansvar å følge opp, som en oppgave de i **K12** strever med å ivareta på en god måte. Men, i kontrast til **K9** er det ikke først og fremst kostnadene som skaper bekymringen i **K12**, men at kompetansen for å utøve disse tjenestene ikke er god nok, og heller ikke kommer til å være det i flere år fremover.

SAMMENDRAG

To av kommunene i utvalget fremstår med en tjenesteprofil som tilsier at de har relativt høy tjenestedeckning både på institusjons- og hjemmebaserte tjenester. Informantene fra begge kommunene bekrefter at de opplever at denne beskrivelsen stemmer overens med det de opplever som sine kommuners tjenesteprofil. De oppgir forskjellige årsaker til at de har denne profilen. I den ene kommunen oppgis det at det nærmest har vært en tradisjon at en har tildelt litt tjenester til mange, og at den «tunge» tjenesteprofilen er en konsekvens av lav terskel for tildeling. I den andre kommunen nevnes utbygging av nye tilbud til enkelte grupper. I kommunen som har hatt en raus tildelingspraksis er en nå i ferd med å endre på dette, forteller informanten, og trekker frem en presset økonomi som årsak til, og økt bruk av velferdsteknologi og samarbeid med frivillige som målet, i pågående endringsarbeid. Kommunens høye ressursbruk på tjenester, og pålagte krav om å foreta innsparinger er en bekymring i denne kommunen. I den andre kommunen derimot er det ikke den økonomiske situasjonen informanten uttrykker størst bekymring for, men snarere å skaffe riktig og nok kompetanse til de oppgavene som kommunen er pliktig å utføre.

KOMMUNER MED HØY DEKNING PÅ SYKEHJEM OG MIDDELS/LAV DEKNING PÅ HJEMMETJENESTER (HØY-MIDDELS/LAV PROFIL)

I denne kategorien har vi én liten kommune med få innbyggere (*K5*). Vi har flere bykommuner som har tilsvarende profil, men disse er beskrevet i eget kapittel (se nedenfor).

Samsvarer innrapporterte data med det som oppleves som kommunenes tjenesteprofil?

Tjenesteprofilen til *K5*, en forholdsvis høy institusjonsdekning og en middels til lav tjenestedeckning på hjemmetjenester for de over 80 år, stemmer med slik det er i realiteten, sier informanten fra denne kommunen. Vi ser at i denne kommunen er det en påfallende liten forskjell mellom dekningsgrad på sykehjemstjenester og hjemmebaserte tjenester.

Hva beskrives som årsaker til og bakgrunn for kommunenes tjenesteprofil

Informanten fra *K5* beskriver at det har vært, og er fortsatt, stort fokus på endringer i denne kommunen, og at en nå ser at en har fått til det man ønsket. Et kjennetegn ved *K5* som er felles for mange kommuner, var at de i utgangspunktet slet med å få til en bærekraftig kommuneøkonomi – eller enklere sagt, de gikk med underskudd på grunn av høye kostnader i helse- og omsorgstjenestene. Imidlertid har kommunen lyktes med å snu om på denne utviklingen, og i følge SSB tall overstiger nå *driftsinntektene driftsutgiftene* per innbygger.

Interessant nok kommer ikke denne dreiningen som følge av en av-institusjonalisering innen eldreomsorgen, ettersom dekningsgraden på institusjonstjenester fortsatt er relativt høy. Og det kommer den fortsatt til å være, på grunn av noen særegenheter ved kommunen, blir vi fortalt:

Vi har en tung institusjonstjeneste i kommunen og en lavere terskel enn andre kommuner, og de spør oss noen ganger, hvordan vi kan tilby det og det (dagaktiviteter for eksempel, eller trening med fysioterapi). Alle som har behov og ønsker tjenester, enten sykehjem eller hjemmetjeneste, får det. Dette handler også om geografi. Vi kan ikke dra ut til øyene med båt tre ganger daglig – og det handler også om at vi ikke har døgnbemanna tjeneste, altså natt-tjeneste i hjemmetjenestene.

Ifølge informanten fra kommunen er det en rekke grep som er gjort i utformingen og organiseringen av helse- og omsorgstjenestene som har gitt resultater i form av en bedre og mer bærekraftig økonomi. Som en viktig faktor nevnes at det er brukernes behov som må settes i sentrum, og at de som tildeler, utformer og utfører tjenester gjør dette i tett kontakt med pasienten.

Jeg tror ledere rundt omkring tenker for teknisk og for komplisert, når det gjelder å innrette og styre tjenestene. At de har fjerna seg for mye fra pasienten. De tenker ikke nok på 'hva om dette hadde vært far min, er det da godt nok?'

Tjenester som imøtekommer og dekker de eldres behov skaper tilfredshet, og dette påvirker igjen de ansattes arbeidsbetingelser og opplevelse av arbeidet. Slik kan informantens fortelling om hva en har hatt fokus på og hva som har ført til suksess i form av en bedre økonomi i helse- og omsorgstjenestene oppsummeres.

Det er viktig at en har god bemanning, og ansatte som ikke møter frustrerte brukere og pårørende. De blir da utslitt og går hjem og føler på dårlig samvittighet. Det er ikke bærekraftig og påfører mer utgifter i form av sykefravær.

Slitne sykepleiere, mye uro i avdelingen og ansatte som strakk seg langt og etter hvert ble sykemeldte er noen av utfordringene som blir beskrevet som årsaken til problemene kommunen hadde for noen få år tilbake. Høyt sykefravær, mangel på sykepleiere og bruk av vikarbyråer, samt mye bruk av overtid skapte høye kostnader som gjorde at kommunen stod i en økonomisk presset situasjon. Et av grepene som er blitt gjort, og ifølge informanten på sikt har bidratt til større trivsel blant de ansatte, er at goder og ulemper (som ugunstige arbeidstider) er blitt mer jevnt fordelt. Tidligere hadde en hatt noen ansatte som hadde spesielle avtaler om for eksempel å ikke jobbe på søndager, og generelt sett har kommunen vært preget av «et system som var tilrettelagt for ‘what’s in it for me’-tankegang». Informanten bruker bildet på et hus uten voksne der ungdommer har fått herje, for å beskrive hvordan situasjonen var tidligere. Nå er det kommet en tydelig ledelse på plass, med «en verdibasert tilnærming, som er lite teknisk og genuint opptatt av prosesser og konkrete behov».

Et annet viktig grep, forklarer informanten, er at de ansatte blir sterkt involvert i avgjørelsene som tas. I istedenfor å styre dem, og at leder sier at ‘nei, dette har vi ikke råd til’, så oppfordres (ledere og ansatte) til å være med på å tenke, og bestemme: hva skal vi prioritere i år? Informanten sier at leder pleier å si til de ansatte at ‘kommuneøkonomi er ikke så komplisert – det er omtrent som med privatøkonomi. Har du kjøpt bil i år kan du ikke kjøpe hytte før neste år’. En må få dem til å forstå.

Pågår det endringsarbeid som vil kunne få betydning for kommunenes tjenesteprofil?

Sterk involvering av og å finne fram til gode løsninger med brukere og pårørende, som likeverdige partnere, er et annet viktig aspekt for å en bedre kvalitet og tilfredshet med tjenestene, forklarer informanten fra **K5**:

Det må man få til, at en sammen finner gode løsninger, også med pårørende. Pårørende er viktig, blant annet fordi de drar inn hverdagen i sykehjemmene. De forteller om livet der ute. Først kommer en, så en annen. De sitter der og drikker kaffe, får kake, og de drar med seg verden inn, livet inn i sjukeheimene. [...] For oss handler det om å skreddersy løsninger sammen med pårørende. Og her må vi være på banen og tilrettelegge. Avklare, hva er forventningene, en må snakke med brukere som likeverdige parter. Ikke ovenfra og ned. Det er for mye ovenfra og ned ellers rundt omkring. Tilrettelegge for eksempel. En må tilby trening, og faktisk gjøre disse tingene.

Med hjelp av tilskudd til blant annet rehabilitering og kommunepsykolog, dagtilbud og fysio- og ergoterapi, altså at kommunen har søkt og fått innvilget tilskudd til å bygge opp slike tilbud, har de fått utviklet flere tjenesteområder som kommer innbyggerne til gode.

Erfaringer og utfordringer knyttet til å levere tjenester av god og likeverdig kvalitet

Et spørsmål som stiller seg, men ikke ble drøftet under intervjuet, er hva som vil skje med disse tilbudene når tilskuddene eventuell går over til rammefinansiering og beløpet som overføres muligens ikke lenger dekker kostnadene som tilbudet forårsaker. Videre, en viktig bakgrunnsfaktor å ha med her, som påvirker kommunens premisser og muligheter til å holde kostnadene under kontroll og lavere enn utgiftene, er at kommunen ikke har en eneste BPA tildeling og dermed ikke må dekke store kostnader knyttet til enkelte brukere med særlig tunge behov.

SAMMENDRAG

En av kommune i utvalget, en liten kommune med få innbyggere, fremstår ifølge registerdata som en kommune med høy institusjonsdekning, og middels til lav dekningsgrad på hjemmebaserte tjenester. Informanten oppgir at profilen stemmer med det hun opplever som realiteten i kommunen. De har en lav terskel for tildeling av tjenester, både når det gjelder institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester, forteller informanten. Ønske om å levere tjenester av god (nok) kvalitet, blir trukket frem som en pådriver i virksomheten. «Godt nok for min egen far» er kvalitetskriteriet som bør anvendes, mener informanten. Høyt nivå på institusjonsbaserte tjenester ønskes opprettholdt, til tross for omfattende endringsprosesser innen helse- og omsorgstjenestene. Til dels henger den «institusjons-tunge» profilen også sammen med at geografiske forhold og tidsmessig lange avstander gjør det for kostbart å betjene innbyggere hjemme – da vil det være mer ressurseffektivt å tilby dem sentralt beliggende omsorgsboliger og sykehjem, blir det påpekt. Informanten trekker frem pårørende som en viktig ressurs og partner i å tilrettelegge for gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i sin kommune.

STORBYKOMMUNENE

Som fremstilt i tabellen i metodekapittelet har de fire storbykommunene i utvalget (**K2**, **K4**, **K8** og **K10**) ifølge innrapporterte tall en noe ulik tjenesteprofil. Et fellestrekk ved de utvalgte storbykommunene er at ingen av dem, utfra registerdata, framstår med en profil på hjemmebaserte tjenester som overskrider landsgjennomsnittet av alle kommuner. Men, når en sammenligner storbykommunene med hverandre, er det noen av storbykommunene som skiller seg ut som forholdsvis «tunge» på hjemmetjenester. Når det gjelder andel av befolkningen over 80 år som har sykehjemsplass, er variasjonen mellom bykommunene i vårt utvalg betydelig stor (variasjon på opptil 13% mellom lavest og høyest andel). Felles for dem er imidlertid at de har høyere sykehjemdekning enn gjennomsnittet for andre norske kommuner.

Samsvarer innrapporterte data med det som oppleves som kommunenes tjenesteprofil?

I **K8** beskriver informanten sin kommune, gjentatte ganger, som en kommune som er «tunge på hjemmetjenester». Utfra innrapporterte tall har kommunen en sykehjemdekning som ligger noe over landsgjennomsnittet, mens de på landsbasis har en gjennomsnittlig dekningsgrad på hjemmetjenester. At informanten opplever at kommunen likevel «har en veldig uttalt hjemmetjenestebasert profil», henger sammen med at kommunen ikke bruker samme tallgrunnlag som vi har gjort her (landsgjennomsnitt), men betrakter sin kommune i lys av andre storbykommuner i Norge. Det refereres til en rapport som et konsulentbyrå har ferdigstilt på oppdrag fra KS. Sammenlignet med de andre storbykommunene i vårt utvalg, ser vi at **K8** fremstår som en bykommune med en mer utpreget hjemmetjenesteprofil enn i alle fall to av de til sammen fire bykommunene (**K2** og **K4** fremstår som mer institusjonstunge).

K10 er en kommune som fremstår med en lignende tungvekt på hjemmetjenester, sett i forhold til sin grad av sykehjemdekning – og utfra våre tall, i enda mer utpreget form enn **K8** (i våre tall har **K8** 5% høyere sykehjemdekning enn **K10**). Informanten fra **K10** beskriver (de innrapporterte) tallene som realistiske. **K10** «har hatt lav sykehjemdekning, i alle fall i sammenligning med de 10 største kommunene i landet», forteller informanten. Samtidig har en hatt for lite på andre områder av «omsorgstrappen» forteller han, særlig på tjenesteområder som ligger like under sykehjem, som bemannede omsorgsboliger.

K2, og i enda større grad **K4**, fremstår som betydelig mer institusjonstunge enn **K8** og **K10**. Det kommer til uttrykk gjennom forholdet mellom dekningsgraden på sykehjemstjenester og hjemmetjenester (innrapporterte tall), dvs. i disse (storby-)kommunene er differansen mellom dekningsgradene på de to ulike tjenesteområdene minst, blant de fire i vårt utvalg.

Informantene fra **K2** (i dette intervjuet hadde vi tre deltakere som representerte kommunen) mente at de innrapporterte tallene og det som da fremstår som kommunens tjenesteprofil gir et godt bilde av det som er situasjonen i kommunen i dag (ligger litt over snittet på sykehjemdekning, og litt under snittet på hjemmetjenester). De forklarte at de er mer institusjonstunge enn de ønsker, og at dette er noe de har fokus på å jobbe med, og få til en endring på.

K4 skiller seg ut blant alle storbykommunene i vårt utvalg, med en profil som tilsier at dekningsgraden på sykehjem er omtrent like høy som dekningsgraden på hjemmetjenester. Det er kun få prosentpoeng som skiller disse i våre tall. Informantens beskrivelser av

kommunens tjenesteprofil gir et bilde som stemmer overens med dette. Hun forklarer at kommunen er «institusjonstung», og fortsatt kommer til å være det en god stund fremover i tid, og at de per i dag har en lav andel hjemmeboende som får tjenester. Hun forklarer samtidig at kommunen praktiserer en lav terskel for å få tilgang til tjenester, og da særlig institusjonsbaserte tjenester: «alle som trenger det skal få sykehjemsplass».

Hva beskrives som årsaker til og bakgrunn for kommunenes tjenesteprofil?

Informanten fra **K8**, som beskriver sin kommune som «tung på hjemmetjenester» forklarer at årsaken til at de har denne profilen er erkjennelsen om at godt utbygde hjemmebaserte tjenester koster mindre. Informanten forklarer at profilen er et resultat av en bevisst holdning og styring med mål om å forvalte de tilgjengelige offentlige ressursene på en god måte. Bare en ørliten forskjell på kommuners profil (mer hjemmebaserte tjenester og mindre institusjonstjenester) utgjør en stor forskjell på kostnader i tjenestene, forklarer informanten, og derfor er det minste tall viktig i denne sammenhengen. Det at **K8** har valgt å orientere seg sterkt mot hjemmebaserte tjenester gir kommunen økonomiske fordeler, slik at resultatet blir at helse- og omsorgstjenestene driftes billigere, mener hun.

Vi kan jo gi tjenester til folk 20 timer i døgnet og ligger høyere på hjemmebaserte tjenester enn andre ASSS kommuner. Og den differansen mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester, per døgn, prisen per døgn, er veldig stor. Vi har over 50 prosent på hjemmebaserte tjenester, mens andre sammenlignende kommuner kan ligge på under 50. En forskjell på bare 1-2 prosentandel utgjør mange millioner.

Tallene det vises til, for hjemmebaserte tjenester, er basert på rapporten fra konsulentbyrået, opplyser informanten. Hun forteller videre at det at de i denne kommunen har oppnådd å snu omsorgstrappen og basere seg mer på hjemmetjenester, enn på institusjonstjenester, ikke er på grunn av, men snarere på tross av politisk drivkraft:

Jeg opplever jo ikke at det er på grunn av politisk drivkraft, men på grunn av en faglig fundert strategi. Fordi at politikerne har jo ikke gjort annet enn å henge i ringesnora på en sykehjemsseng i flere år. Det er jo det de ser på som det ultimate tilbudet til en eldre pasient, en sykehjemsseng, nasjonalt. Sykehjemsseng og kjøkken på sykehjem er jo det siste nå. Er det noe som garantert kommer til å dra kostnader men ikke hjelper en eneste eldre pasient, så er det kjøkkenrom på sykehjem. Så den nasjonale strategien på eldreomsorgen har jo vært helt katastrofal, spør du meg, når det gjelder politisk håndverk. Og jeg er veldig glad for at vi har fått med politikerne i [**K8**] på nettopp noe helt annet.

Senere i samtalen utdyper informanten ytterligere hva som er bakenforliggende årsak til fokuset på å satse på hjemmebaserte tjenester:

Vi baserer det jo på å ta ansvar for eget liv, på et vis. Og det at de aller fleste helst vil bo hjemme hos seg selv, og at vi skal hjelpe dem, bistå dem så langt vi kan med tjenester slik at de kan få bo der de helst ønsker å være. Og så er jo vår erfaring også at det er ikke nødvendigvis den eldre selv sin bekymring men pårørendes bekymring som er den sterkeste driveren for å etterspørre heldøgns omsorgstjenester. Og vi har vært veldig opptatt av å prøve å kommunisere at dere må komme dere inn i hensiktsmessige boliger, før det å flytte blir helt uoverkommelig. Jeg ser jo det, jeg bor jo selv i et gammelmanns boligkompleks her i [**K8**]. Og ser at der bor de jo til over 100 år, alt er så universelt og greit utforma, at de har et så lettvent liv både for seg selv og for folk å komme til dem. Og de har jo veldig mye sosialt fellesskap i de

fellesarealene som er i blokken og det er jo noe med hvordan de blir så uavhengig av at andre skal transportere, skal komme på besøk, skal ditt, skal datt. Og det prøver vi å kommunisere. Det handler om at du litt tidligere i livet tar ansvar for at bosituasjonen din når du blir 80 ikke er den samme som når du var 35.

Kro, som også blir beskrevet som en kommune med forholdsvis lav institusjonsdekning i forhold til hjemmetjeneste-dekning, oppgir andre årsaker som forklaring på sin profil. Her er hovedfortellingen at kommunen ikke har hatt noe annet valg, enn å ha forholdsvis lav sykehjemsdekning, og enn så lenge har de klart å holde et gjennomsnittlig nivå på hjemmetjenester. Informanten beskriver høye kostnader for yngre brukere som en viktig faktor: «*Gruppen under 67 utgjør en stor del av ressursbruken innen helse og omsorg*», «*vi har mange som krever mye ekstra ressurser i tjenesten vår*». Det gjelder tjenester til funksjonshemmede, og organiseringen og lokaliseringen av disse, men også tjenester innen rusomsorg og psykiatri. I tillegg kommer kostnader og utfordringer med kapasitet til å ta imot pasienter fra spesialisthelsetjenesten/ sykehus, og høye kostnader knyttet til bemanningsordningene de har i helse- og omsorgssektoren. At de har om lag dobbelt så mange ansatte som årsverk i tjenestene, er nok en mer kostbar ordning, enn å ha større andel heltidsansatte, mener informanten, fordi at eksisterende system utløser for mye og for kostbare ekstratillegg. Informanten forteller om kostnadspress og om store budsjettkutt både for løpende og kommende år, og om at det ikke vil være mulig å bygge opp sykehjemsdekningen noe mer, selv om det kommer til å bli behov for det (pga. en doubling av befolkningen over 80år innen de neste 20 årene).

I **K2** beskrives den relativt tyngre institusjonsprofilen (litt over snittet på sykehjemsdekning og litt under snittet på hjemmetjenestedeckning) som et uttrykk for at det over mange år har vært politisk fokus og ønskelig å bygge opp institusjonsdekningen i kommunen. Tidligere, forteller informantene fra **K2**, var det en enda mer utpreget profil på institusjonstjenester og en mindre utpreget profil på hjemmetjenester enn det som kommer fram av de aktuelle tallene. Kun i de senere år, og det er noe som nå gjenspeiles i tallene, har helse- og omsorgstjenestene fått medhold fra politisk hold (som har hatt et stabilt styre i vel 15 år) i å dreie tjenestene over i mer hjemmetjenestebaserte tjenester.

K4 er som beskrevet over en kommune med en sterkt utpreget institusjonstung helse- og omsorgstjeneste, og der informanten påpeker at dette er en politisk villet og vedtatt situasjon i kommunen. Informanten beskriver, uten at hun selv gir uttrykk for å være enig om at dette er en god strategi, at også den nye politiske plattformen har gått inn for, og vedtatt at dekningsgraden på sykehjem skal være høy – enda litt høyere enn de tallene som fremgår av innrapporterte data. Som en årsak til den høye institusjonsdekningen som er per i dag, beskriver informanten at det henger sammen med den befolkningsgruppen som er representert i kommunen for gjeldende periode, og at disse har et funksjonsnivå som tilsier at det er behov for sykehjems plass (selv om innrapporterte data på grunn av mangler nok ikke gir uttrykk for dette). Informanten beskriver at kommunen «har en god balanse mellom hjemmetjenester og sykehjem» i helse- og omsorgstjenestene, men at andelen hjemmeboende riktignok «per nå» er lav. Hun forklarer at det nok henger sammen med den høye institusjonsdekningen, samtidig som at de har en rekke tiltak i kommunen der de jobber med å forebygge behov, som blant annet intens hverdagsrehabilitering eller mindre intens trening hjemme med fokus på konkrete mestringsoppgaver.

Pågår det endringsarbeid som vil kunne få betydning for kommunenes tjenesteprofil?

Samtalen med informanten fra *K8* når det gjelder endringsarbeid handler i stor grad om hva som allerede er gjort av endringsarbeid i kommunen, på den ene side, og på den andre side, hva som også skaper hindre for å få til endring, i større omfang. Det løftes blant annet frem at det å etablere en lik tildelingspraksis, gjennom sentralisering av vedtak-sinstanser, har vært gjennomført og viktig for å hindre at forventninger blir skalert opp og presset på tjenestene stiger. En annen viktig faktor er innsatsstyrt finansiering, slik at ressursene alltid følger tett på bruker og tjenestene som gis. Større satsing og implementering av velferdsteknologi blir nevnt som et pågående endringsarbeid, både i kommunen og i regionen, men informanten peker på at det er noen utfordringer med å få utnyttet mulighetene her fullt ut – fordi det må på plass nasjonale systemer og gjøres endringer i forhold til hvordan kommunene samarbeider bedre på dette (samarbeid mellom fag, i istedenfor samarbeid på administrativt nivå). Et tiltak som de setter i verk i regionen nå, er tilsyn via kamera, som gir innsparinger både på kjøring og på helsepersonell. Det lover gevinst for fremtiden, mener informanten, tatt i betraktning at *«når befolkningen øker nå, oppover 20tallet, så begynner vi å kunne legge inn to og tre flere på en sykepleiers liste, istedenfor at vi tar den kjøringen og må begynne å øke antall ansatte»*. Informanten legger til at de oppsparte midlene da potensielt kunne kommet til nytte på andre områder:

Da ser jeg for meg at, hvis Norge har pengene, så hadde det vært supert å kunne brukt det på gode dagtilbud, at ideelle og frivillige kunne ha hatt tjenester som handlet om det sosiale og aktivitetsaspektet ved folks liv.

Informanten beskriver at større endringer må skje, men at det er forhold rundt omkring i kommunene som skaper hindre for endring. En faktor hun påpeker er at arbeidet både i og mellom kommuner ikke er strategisk nok – men at en jobber for operativt: *«de fleste blir veldig operative på den tjenesten de selv har ansvar for, og blir veldig lett sånn fanget i hva man tenker er bestillingen»*. Hun savner en mer strategisk og helhetlig tenkning i og mellom tjenestene, fordi at det vil gi bedre resultater i måloppnåelse, totalt sett:

Selv om ikke jeg skal ha ansvaret for gode boområder, som helsesjef på et vis, da, så vet jeg jo det at for eldre, så betyr det at hvis de har ting i en halv kilometers omkrets, en butikk, en frisør, så kommer de seg ut og så bruker de nærområdet sitt, og kan bo hjemme lenger. Det er ikke mitt ansvar å bygge den veien eller det byområdet, men det er mitt ansvar å synliggjøre det mulighetsrommet sånn at vi får en teknisk etat som planlegger byen eller boområder slik.

For å presisere hva hun opplever som et hinder for å få til endring og imøtekomme nåtidens og fremtidens behov i befolkningen, samt ansvarlig ressursbruk, trekker hun frem et eksempel på hvordan fedmeproblemer håndteres i dagens helse-system:

For å unngå massiv fedme for eksempel, så har vi jo sykehus som opererer 'en masse'. Men det er veldig lite kunnskap fra spesialisthelsetjenesten som tilflytter kommunal helsetjeneste når det gjelder hvem det er, typiske trekk ved dem, hvordan kunne vi samarbeida om å få den kunnskapen inn i kommunale helsetjenester sånn at vi kunne lage mye bedre tjenester, forebygge tjenester for den gruppa. isteden så pøser man masse og millionvis inn i fedmekirurgi. og der tenker jeg at kommunens ledelse må ta et helt annet ansvar for å sette opp de store problemstillingene vi har nå, for at pengene blir brukt mer riktig. vi må jo sørge for at disse pengene blir brukt på forebyggende helsearbeid og holde folk slanke og aktive og spise rett, istedenfor at de opereres etter 20 års overvekt som 45-åring.

«Riktigere innsats til innbyggere med behov for helsehjelp» er et av målene som også **Kro** har definert som førende for sitt arbeid fremover, ifølge informanten fra **Kro**. I denne kommunen handler det om å se på hvordan de kan klare å bygge opp hjemmetjenesten, og ser da på bemanning og andre organisatoriske grep, blant annet vurderes det å legge korttidsavdeling til hjemmesykepleietjenesten slik at de ansatte får en større fleksibilitet på hvor de følger opp de brukerne som i utgangspunktet skal være hjemme. Å øke aktiviteten og avlastningstilbudet for hjemmeboende, det er de allerede i gang med, forteller informanten, og omsorgslønn og avlastning for pårørende (sender hjem en avlaster slik at ektefelle kan gå på aktiviteter o.l.) er en viktig satsing på dette området, som de har bestemt at det ikke skal kuttes ned på.

Skal vi klare å være bærekraftige fremover, så må vi ha et veldig godt tilbud til hjemmeboende. De aller fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig – men vi ser også at det er god økonomi i det. For veldig mange er det slik at de kan klare å bo hjemme hvis vi bygger opp et godt apparat hjemme. Sånn som vi har det i dag, vi har en veldig presset hjemmesykepleie i dag, som har veldig lite tid og som gjør en hederlig og flott innsats men som nok ikke forebygger institusjonsinnleggelse i den grad vi tenker at vi skulle gjort det. Vi tenker at hvis vi har mer å tilby av avlastningstilbud, både med avlastning på dagtid med aktivitetstilbud, men også å avlaste pårørende som står i betydelige omsorgsoppgaver, både med avlastning i hjemmet, men vi ser også på avlastning på institusjon. Der har vi nok vært litt for tradisjonelle. I alle fall innen eldreomsorgen så har det vært sånn at når man søker avlastning så får man det i hvert fall i minimum en uke, liksom. Det har jo vært som det har vært, men jeg tror at for å få dette til å fungere i takt med nåtidens behov, så må vi også se på om vi burde hatt tilbud om enkeltdøgn, kanskje deler av dagen, for å få dette her til å fungere best mulig for hjemmeboende. Så dette ser vi absolutt på og vi ser egentlig på hele avlastningstilbudet vårt og om vi skal tenke en helt annen organisering.

En ytterligere mulig endring i **Kro** er knyttet til strukturen i samhandling mellom vedtakskontor og hjemmesykepleien, forteller informanten. Etter at vedtakskontor for alle tjenestene ble samlet for noen år tilbake har en sett at det ikke ble så tett samarbeid som man ønsket mellom tildelingskontor og etatene, og derfor vurderes nå om de skal ha noen av saksbehandlerne ute hos hjemmesykepleien.

I **K2** har de et pågående endringsarbeid som går ut på å ha fokus på å styrke hjemmetjenestene, og da med et særlig fokus på å styrke hjemmetjenestens tilbud til de som ikke har demens. Det er en gruppe som hittil har vært for lite i fokus, men som er viktig å ta i betraktning for å få til en dreining fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg, forteller informantene. «*Men tempoet er tregt*», forteller sier en av informantene. Som andre informanter fra andre kommuner enten eksplisitt eller implisitt har nevnt, er det også slik i denne kommunen at institusjonsbaserte tilbud innen eldreomsorgen er, og kommer til å være framover, rettet mot målgrupper med (tyngre) demenslidelser. Blant annet jobbes det med å etablere en demenslandsby i denne kommunen, som blir en blandingsmodell mellom hjemmebasert og institusjonsbasert organisering.

Vi kjører det som omsorgsboliger, altså et omsorgssenter. Men vi kommer til å ha fast bemanning der, og det er litt av poenget, med denne gruppen her, at de må ha faste personer å forholde seg til. [...] det vi kommer til å gjøre er å sette inn team. Basiskompetansen kommer

til å være helsefagarbeidere, spesialutdanna, og så kommer vi til å ha team med sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeut og lege på disse pasientene. Jeg er ikke sikker på om vi kommer til å bruke våre medisinske tjenester som sykehjemslege eller om vi kommer til å knytte det til fastlegene, det er oppe til vurdering nå.

I **K4** påpeker informanten at det trolig etter hvert vil bli en større innsikt og vilje i kommunen til å ta innover seg at det å ha en så høy sykehjemsdekning ikke vil være bærekraftig, men at slike endringer går tregt. Informanten erkjenner at tidligere vedtak om en konkret tallfestet høy sykehjemsdekning ikke har blitt frontet og gjort eksplisitt av den nye politiske plattformen i kommunen, men at det i stedet har blitt erstattet med lovnaden om at «alle som trenger sykehjems plass, skal få det», og da får man se, i praksis, hva det vil si – om det kommer til å endre seg, sier informanten.

Erfaringer og utfordringer knyttet til å levere tjenester av god og likeverdig kvalitet
Også i (stor-) bykommunene er stram kommuneøkonomi og krav om innsparinger i helse- og omsorgstjenestene et sentralt tema, som fremstilles som den viktigste og største utfordringen som de står ovenfor. Som informanter fra andre kommuner allerede har påpekt, opplever også bykommunene at de sliter med å opprettholde et tjenestetilbud som dekker befolkningens behov og rettigheter til tjenester på grunn av det de opplever som «for stramme rammer» og en forflytning av kostnadsbyrden fra staten og spesialisthelsetjenesten over på kommunene. Dette beskrives utfyllende spesielt i **K10** men trekkes frem som et grunnleggende premiss som begrenser handlingsrom og muligheter også i de andre bykommunene. **K10** beskriver utfordringen slik:

Vi er en stor kommune med mange innbyggere (82.000), og har et visst handlingsrom sammenlignet med små kommuner. Så vi er ikke helt i vingeklypa når det gjelder handlingsrom. Likevel, satsingene blir tøffe å gjennomføre på grunn av rammebetingelsene våre. [...] Føringer og reformer er fornuftige, men det vi opplever er at vi i kommunen får stimuleringstilskudd til å begynne med tiltak. Etter en periode faller disse midlene bort, og det sies at de inngår i rammefinansieringen. Da ser vi at tiltakene koster mer enn det vi får godtgjort gjennom rammen vi får tildelt.

Informanten fra **K10** trekker frem et eksempel for å forklare hvordan dette utspiller seg konkret, på feltet oppfølging for innbyggere med rus og psykiatri problematikk. Han forteller at de fikk «*gode tilskudd de første årene til å etablere psykologtilbud*». Og fortsetter: «Men nå er vi der at tilskuddene faller bort, og blir borte helt». Han justerer utsagnet og forklarer: «Kommunen får jo noe kompensert gjennom tilskudd i rammen, men det er som regel ikke nok til å dekke de utgiftene som tiltaket har». «Når man motiverer til slike satsinger, så er det jo for at man skal sikre et godt tjenestetilbud på en god måte. Og så er det nok en del – for eksempel rus og psykiatri – i en del kommuner, som har vært litt under det som er god standard, hvor jeg opplever at vi har absolutt fått rusta opp den tjenesten, spesielt hos oss i kommunen, vi har fått et mye bedre tilbud, og takket være gode tilskuddsordninger. Men når de da faller bort, så får vi utfordringer, for vi har ikke så mange andre steder å ta det fra, da. Så det er ett eksempel». I **K10**, som også andre kommuner har trukket frem, er det at innslagspunktet, og terskelen for å få statlig refusjon for tjenester til tyngre brukere, blir hevet, omtalt som en ytterligere utfordring som skaper press på andre tjenester og brukergrupper. Informanten forklarer

at oppgavene har blitt flere, og tjenestene dyrere, uten at budsjettet er økt opp. «Hvis vi får en pasient som trenger 1:2 bemanning hjemme, så får vi ikke en økning i budsjettet. Vi må finne løsninger fra det som allerede er der».

Press på økonomi er altså ansett som en utfordring som skaper andre utfordringer, men som informanten i **Kro** påpeker, så står de også overfor en stor utfordring med å identifisere hvor kostnadene eksakt befinner seg, og hvor et mulig sparingspotensiale ligger. De 145 millioner som skal spares inn er pr nå ikke fordelt som kutt på de underliggende tjenesteområdene, men det skal konkretiseres nå, beskriver vår informant videre, og forteller at de til dette arbeidet har innhentet bistand fra et privat konsultentselskap som skal se på hvilken effekt tiltak kan ha og beregne gevinstrealisering av de ulike tiltakene. Dette fordi «vi er opptatte av å ha realistiske budsjetter ut. Hvis vi gir umulige oppgaver, så blir det demotiverende, og det kan bli dyre løsninger, dersom det ikke er gjennomførbart. Da blir iveren borte.» Informanten trekker frem at det særlig er den dyre driften av tjenester til gruppen under 67 år de retter fokuset mot – en gruppe som «utgjør en stor del av ressursbruken innen helse og omsorg». Kommunen har nå lagt fram en handlingsplan der det framgår at en skal «se på løsninger i forhold til tjenester for utviklingshemmede». Blant annet vil de «se på færre og større lokasjoner og boligkomplekser, som tiltak for funksjonshemmede». Informanten forklarer at eksisterende former er små, slitt, og for spredt, som er en konsekvens av at dette ble bygget ut på 90-tallet med en annen kommunestruktur (flere små kommuner). Informanten legger til at det også er mange andre grupperinger i denne gruppen som koster mest (tjenestemottakere under 67 år), enn funksjonshemmede, og nevner da særlig grupper med behov for tjenester knyttet til rus og psykiatri. Riktignok kan kommunen dokumentere samtlige av sine utgifter, sier informanten, men likevel har de ikke god nok oversikt over hvilke kostnader som ligger hvor.

Et annet viktig grep som de ser på, beskriver informanten, er «bærekraftig bemanning» og avskaffe bemanningsplaner som koster (for) mye på grunn av særlige avtaler om ekstratillegg. De har rundt dobbelt så mange personer som årsverk i tjenestene sine, altså en høy andel deltidsansatte, forteller informanten. Det de nå har rettet fokus på, er å få til «bærekraftige og hensiktsmessige bemanningsplaner» gjennom heltidssatsing, fordi at de tror at dette på sikt vil bli billigere, dessuten er det et poeng at de ansatte skal kunne leve av jobben sin. Det som gjør at deltidsansettelser er så kostbare, forklarer informanten, er at disse deltidsansettelsene er opprettet for å dekke opp helgevakter – og nå er det forhandla fram avtaler sentralt som gir høyere satser for helgetillegg hvis man har jobbet over en viss grense på helg. Konsekvensen, som de ser i sin kommune, er da at det blir store ekstrautgifter til helgetillegg, (eksempelvis opptil 6 millioner pr år).

I tillegg til de nevnte utfordringene har **Kro** også et presserende behov for å «bygge opp flere trinn i omsorgstrappen», for å kunne forvalte ressursene i tjenestene på en mer bærekraftig måte, sier informanten: Det går ut på å gi «riktigere innsats til innbyggere med behov for helsehjelp» som blant annet å gjøre en større satsing på at eldre kan bli boende hjemme. Viktige mål er derfor å bygge ut aktivitets- og avlastningstilbudet for hjemmeboende, styrke og bygge opp hjemmetjenesten, samt at de vurderer å legge korttidsavdeling til hjemmesykepleie slik at de har en fleksibilitet på hvor de følger opp de brukerne som i utgangspunktet skal være hjemme. Informanten forteller at de nå ser på tjenestetrappen i kommunen:

Vi har hatt lav sykehjemsdekning, i hvert fall i sammenligning med de 10 største kommunene, men vi har heller ikke hatt noe særlig på mellomnivå, som de andre har satset mer på, som bemanna omsorgsboliger, altså på det som ligger under sykehjem. Mange kommer inn på sykehjem etter å ha hatt noen få timer i hjemmet, får altså et kjempehopp i tjenester. Vi har noe å hente på å bygge opp flere trappetrinn i omsorgstrappa vår, og vi må bemanne opp flere av omsorgsboligene våre, for å ha trygghet. Da med en bemanning som ligger lavere enn sykehjemsbemanning, men som gjør at man kan bo der når det er trygghet og litt enkel oppfølging man trenger.

Informanten forklarer at selv om en fra befolkningstallene kan se at kommunen kommer til å få en dobling av de eldre over 80år i de neste 20 år, er det ikke muligheter for å øke sykehjemsdekningen i kommunen fremover. «Vi kan ikke doble sykehjems plasser, det er ikke bærekraftig, og vi tror ikke at det er riktig heller i forhold til utviklingen». Og derfor er det slik at andre tiltak må komme på plass.

Oppfatningen om at sykehjems plass og høy institusjonsdekning for eldre ikke er bærekraftig, og ikke bør holdes fast på, trekkes også eksplisitt frem av informantene både i **K4** og **K8** som svært viktig. Informanten fra **K4** uttrykker seg skeptisk til at kommunen hun representerer har valgt å ha en høy grad av institusjonsdekning, og forklarer at innsikten om at dette ikke kommer til å fungere på sikt, nok vil komme etter hvert. Hun legger til at skatteinntektene i kommunen ikke er på samme nivå som tidligere, og dessuten at manglende finansiering av omleggingen av oppgaver (over på kommunene) som følge av samhandlingsreformen vil føre til erkjennelsen at kommunen ikke vil makte å opprettholde et så intensivt og høyt tjenestenivå.

Både **K2** og **K4** påpeker at innføring av bemanningsnormer i skole- og barnehagesektoren har skapt utfordringer for helse- og omsorgssektoren, ettersom skole- og barnehagesektoren dermed kan gjøre krav på å ikke bli utsatt for nedskjæringer dersom det vil stride mot lovpålagte bemanningsnormer. Det vil da kunne medføre at helse- og omsorgssektoren, som ikke har bemanningsnormer, utsettes for en enda større andel av kuttbelastningen enn om det ikke hadde blitt besluttet bemanningsnormer for skoler og barnehager.

Informanten fra **K8** er også, på lik linje med de andre (stor-)bykommunene, opptatt av at kommunens økonomi står under et stort press, og gir uttrykk for flere strategier som hun mener er av stor betydning for å imøtekomme dette. Et viktig grep, som påpekt over, er at helse- og omsorgstjenestene må ta opp kampen og stå imot utfordringer som kommer som følge av politikere med «fiks ideer» om at en institusjons plass er det eneste og beste tilbudet kommunen kan gi til sine eldre. Hun forteller at hun er bekymret for at det festes lit til at trygghet for eldre er ensbetydende med det å bo på institusjon og at en ikke klarer å konsekvent gjennomføre dette med e-helse og velferdsteknologi. «Vi trenger å jobbe annerledes» påpeker informanten fra **K8** og til dette hører det med å informere politikerne om hva det bør satses på og hvor potensiale ligger, og ta i bruk velferdsteknologi i mye større grad enn det skjer nå. Forbedringspunkter hun trekker frem er blant annet

Å virkelig å gå veldig tydelig inn i det med e-helse og velferdsteknologi i hele rekka, fra enkle trygghetsalarmer til at du faktisk har dialog flere ganger om dagen med beboer som bor hjemme. Vi har teknologi som kan løse det, den henger ikke godt nok sammen enda, men

hele mulighetsrommet vårt ligger der, for veldig mange. Og så har vi noen nasjonale strategier på det med velferdsteknologiprogram og kommunal journalløsning, men det må realiseres. Hvis ikke det realiseres fullt ut, så er vi bakpå om 5-10 år.

Informanten fra **K8** sier at hun savner at kommuner arbeider strategisk nok, og tverrsektorielt og med et overordnet blikk på situasjonen, men at det er dette som må til for å få til den riktige utviklingen. En større og mer omfattende satsing på velferdsteknologi, gjennom at brukerne kan få konsultasjonen med legen eller annet fagpersonell via digital kommunikasjon hjemme i sin egen stue kan for eksempel frigjøre plass på en sykepleiers liste og øke kapasiteten på denne med opptil 2-3 brukere, påpeker informanten. Samtidig må en vurdere innsatsen og tilgjengelige ressurser på andre tiltak – om den er god nok, eller bør justeres opp, for eksempel for å øke de eldres deltakelse i samfunnsliv og deres muligheter for å ta i bruk aktivitetstilbud (tilrettelagt transport trekkes frem som en viktig faktor her). Her mener hun at ressurser fra ideelle og frivillige organisasjoner i større grad kan benyttes.

En særlig utfordring når det gjelder kvalitet og tilpasning av tjenestetilbudet til brukerne av helse- og omsorgstjenestene er, ifølge informanten i **K8**, at de må bli bedre på differensiering av heldøgnsomsorgsplasser og innretningen av demensomsorgen.

For vi ser at vi får inn flere som har omfattende psykiatri, rusproblematikk, av de som er 67+ og at den tradisjonelle sykehjemsmodellen og hvordan vi bemanner den, overhodet ikke ivaretar disse sine omsorgsbehov og mer sånn spesialiserte og individualiserte omsorgsbehov. Så det er noe som vi kommer til å jobbe mye med, og det med å differensiere også. Og vi holder jo på å bygge en såkalt demenslandsby for å optimalisere lokaler til de demente slik at de kan bevege seg fritt, og- der ser vi også på en bemanningsmodell som vi tenker er vel så tilpasset deres funksjonssvikt, da. Men det å differensiere til aldersbefolkningen, de ulike gruppene, vi ser at det forsterker seg veldig. Det er liksom ikke noen ren og skjær eldreskrøpeligheit som bringer dem inn i helse- og omsorgstjenestene lenger. Det er adskillig mer sammensatt.

Avslutningsvis påpeker informanten i **K8** at lovhjemlingen som har funnet sted nå, når det gjelder BPA, utgjør en stor utfordring for hennes, og andre kommuner. Hun beskriver det som en trussel, både for de brukerne som hittil har hatt krav på det – og nå kan miste det fordi det blir flere om beinet. Men det er også en stor utfordring for kommunene, fordi, forklarer hun, *«hvis BPA kommer til å få gjennomslag som det beskrives, så har vi ikke noe velferdstilbud i Norge lenger. Det kommer til å bli så kostnadskrevende, og det er helt urealistisk at vi skal kunne ha et sånt system for hele den eldre befolkningen – at hver og en av de eldre med en eller annen form for funksjonssvikt skal ha en individuell og selvledet assistentordning»*. En informant fra **K2** gir uttrykk for en lignende bekymring knyttet til endringen av lovverket rundt BPA. «Det at vi nå gir dobbelt så mange BPA er en reell trussel og svekker tilbudet til andre tjenester». Informanten omtaler BPA ordningen slik den framstår nå som *«en større trussel enn dette med sykehjemsplasser utgjør»*.

SAMMENDRAG

Fire av kommune i utvalget til den kvalitative delstudien er storbykommuner. To av disse fremstår som mer «institusjonstunge», mens to fremstiller seg selv som mest profilerte på hjemmebaserte tjenester. Alle informantene fra kommunene i denne gruppen mener

at deres profil er godt gjengitt gjennom det vi ser i registrerdata. Blant de to storbykommunene med mer utpreget hjemmebasert tjenesteprofil oppgis ulike årsaker til dette. Mens informanten fra den ene kommunen påpeker at det er et resultat av erkjennelsen om at hjemmebaserte tjenester er mest kostnadseffektivt, forteller den andre informanten at de må ha høy dekningsgrad på hjemmetjenester for de eldre, og minst mulig institusjonstjenester, fordi de har så høye kostnader for yngre brukere. Mesteparten av sektorens ressurser brukes til de yngre, forteller informanten. I kommunene med mer utpreget institusjons-tjeneste-profil, beskrives dette som en konsekvens av politisk fokus og vilje – her har politikerne vedtatt at det skal være forholdsvis lav terskel for å få sykehjemsplass.

Idéen om at befolkningen helst skal ta ansvar for sitt eget liv, og at en kun skal få hjelp fra kommunen der det er virkelig nødvendig, preger fortellingen om at hjemmebaserte tjenester er billigst og best. Dette kommer særlig tydelig til uttrykk i beskrivelsene hos informanten fra kommunen som har valgt å fokusere og satse på hjemmebaserte tjenester fordi det antas å være mest kostnadseffektivt.

Informanten fra denne kommunen forteller også at noen andre grep, utover det å søke å legge tjenestene til hjemmet, vil føre til enda større kostnadseffektivitet. Et grep er å sentralisere tildelingen og gjøre den mest mulig lik over hele byen, og å jobbe på en slik måte at en hindrer at innbyggernes forventninger til hva kommunen kan bidra med, skaleres opp. Overgang til digitale tilsyn (via kamera) er et av flere tiltak som er i ferd med å iverksettes for ytterligere kostnadseffektivisering. I den andre kommunen med hjemmetjeneste-tung tjenesteprofil er det i større grad et kostnadspress. Den økonomiske situasjonen til kommunen fungerer som en pådriver for denne tjenesteprofilen – og det fremstår i mindre grad som en utvikling man er overbevist om er riktig.

I kommunene med forholdsvis institusjonstunge helse- og omsorgstjenester er en så vidt i gang med arbeid for å endre dette. Dvs. i den ene storbykommunen er det administrasjonen som ser det største behovet for å orientere seg mer mot hjemmebaserte tjenester, og det vil også politikerne etter hvert erkjenne, mener informanten. I den andre storbykommunen har de gått i gang med prosjekter for å bygge ut hjemmetjenester for enkelte grupper, som demensrammede.

Økonomisk press på helse- og omsorgstjenestene er et stort og mye omtalt tema i dette avsnittet der informantene fra storbykommunene kommer til orde og forteller om sine erfaringer og opplevde utfordringer knyttet til å levere tjenester av god og likeverdig kvalitet. Her trekkes det (igjen) frem at det hevede innslagspunktet for refusjon av utgifter til tjenester for ressurskrevende brukere oppleves som en enorm utfordring (statlige refusjonsordninger). Også den tidligere skisserte tematikken med at tilskudd bortfaller og blir del av kommunens rammebevilgning, uten at kostnader er fullfinansiert, kommer til uttrykk her.

Informantene fra storbykommunene gir gjentatte ganger uttrykk for at de er opptatte av at tjenestene innen helse- og omsorgssektoren må driftes i tråd med bærekraftsmål – og sikter da til at de må driftes innenfor økonomisk ansvarlige rammer – altså i forhold til hva som er «økonomisk mulig».

HVOR BESKRIVES VARIASJON, OG HVORDAN ER DEN BEGRUNNET?

Økonomiske forhold i kommunene er en fremtredende faktor når kommunene beskriver sin utforming av tjenestetilbud og tildelingspraksis, og økonomi er også en sentral faktor når kommunene forklarer ulikheter mellom helse- og omsorgstjenestene i sin kommune sammenlignet med andre kommuner, se også Martens (2017). Men, som denne studien har vist, så er ikke økonomi den eneste faktoren som beskriver og forklarer kommunal variasjon innen helse- og omsorgstjenester. I dette kapitlet sammenfattes intervjuundersøkelsens hovedfunn når det gjelder kommunal variasjon og diskuterer deres betydning.

VARIASJON KNYTTET TIL RAPPORTERINGSPRAKSIS OG OMGANG MED INNRAPPORTERTE TALL

SAMSVAR MELLOM 'KART OG TERRENG'

I kommunerepresentantenes beskrivelser fant vi stort sett at tjenesteprofilen som vi, basert på registerdata, identifiserte som preget av lav dekning både på sykehjem og hjemmetjenester, stemte overens med det som informantene opplevde som sin kommunes tjenesteprofil, utfra sine erfaringer og perspektiv. Bare i enkelttilfeller fant vi at informantene oppga at registerdata ga et feilaktig bilde av kommunens tjenesteprofil. Det er nærliggende å anta at en årsak til at tjenesteprofilen basert på registerdata oppleves som riktig, har sammenheng med at kommunene har hatt som plikt oppgave å rapportere og registrere data i en årrekke, og etter hvert har opparbeidet seg god kompetanse på dette. Kommunene oppgir at de samarbeider og utveksler erfaringer og kunnskap om rapportering i interkommunale nettverk, med mål om å forbedre praksis og fremskaffe et pålitelig tallgrunnlag (særlig bykommuner). Videre ser vi fra kommunerepresentantenes beskrivelser at det er (økt) fokus på rapportering i de ansattes arbeidshverdag, og at ansatte er bevisstgjort sitt ansvar for å følge opp rapportering.

UOVERENSSTEMMELSE MELLOM 'KART OG TERRENG'

Likevel fant vi, gjennom å belyse tjenestetilbud og variasjon mellom kommuner på detaljnivå, noen forskjeller mellom kommunene som kan være et resultat av «lek med ord», mer enn det gjenspeiler reelle forskjeller. Dette gjelder særlig forskjeller mellom kommuner knyttet til registreringer av «heldøgns omsorgsboliger». Her tolker og praktiserer kommunene registreringen åpenbart svært ulikt, og dermed fremstår et tall på denne typen tjeneste som lite pålitelig, hvis en bruker det i sammenligninger mellom kommuner. Tjenesten «heldøgns omsorgsbolig» var noe kommune tok opp som et eksempel på hva som kunne være vanskelig å definere og registrere riktig – og noe som åpenbart mange kommuner strever litt med. Om det er flere slike eksempler på tjenester som ikke tolkes og føres likt, avdekkes ikke i denne studien. Her oppfordrer vi til ytterligere og mer dyptgående undersøkelser av kommuners (ulike) rapporteringspraksiser i forhold til de tjenestetilbudene de har. Dette fordi at ulik rapporteringspraksis og rapportering kan gi et feilaktig bilde av det reelle situasjonsbildet i kommunen.

I denne studien fant vi en betydelig variasjon mellom kommunene når det gjelder deres vurderinger av, og bruk av rapporteringsarbeidet. Som beskrevet i tidligere avsnitt, så er det flere som sår tvil om hvor god kvalitet det er på innrapporterte data. Her er det ulike aspekter som kommer fram: Kvalitet på data når det gjelder IPLOS-registrering og aktualiteten av disse (for eksempel om de er oppdaterte nok), aspekter ved innrapportering som ikke kommer fram i lyset (for eksempel ulik bruk av hjelpemidler som innvirker på funksjonsevne), eventuelle feil- og dobbeltregistreringer m.m. Det er også, som beskrevet tidligere, flere av informantene som er skeptiske til hvordan data på kommunenivå og tjenesteområder sammenstilles og tolkes av for eksempel nasjonale myndigheter, kommunal ledelse eller eksterne konsulenter (KOSTRA-data). Det pekes særlig på at variasjoner mellom kommuner når det gjelder kostnader for å levere tjenester ikke leses og tolkes riktig av blant annet lokale politikere. Dette blir problematisk, når det så oppstår forventninger om at det er potensiale for effektiviseringstiltak, fordi det ikke er tatt høyde for reelle forhold og utfordringer som er helt ulike i ulike kontekster/kommuner, mener disse informantene.

VARIASJON I TJENESTETILBUDET MELLOM KOMMUNER

Intervjuundersøkelsens forhåndsanalyse basert på registerdata og studiens del 2 (registerdatanalyser) indikerte at det er store forskjeller mellom kommuner i Norge når det gjelder dekningsgrad på sykehjem/institusjonsplass og hjemmebaserte tjenester blant den eldste befolkningen (80 år og eldre). Informantene i denne studien bekrefter stort sett dette bildet. Mens noen kommuner har en utpreget institusjonstjenesteprofil, har andre kommuner over kortere eller lengre tid innrettet som en i større grad hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. Blant kommunene som anser seg som «institusjonstunge» kommer det frem at de ser på denne profilen som ikke bærekraftig. Det er først og fremst økonomiske forhold som angis som forklaring på hvorfor hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester er mer bærekraftige. Kommunen, slik informantene forklarer det, står under et enormt press om å skjære ned på kostnader, og helse- og omsorgstjenester utgjør en betydelig andel av kommunens utgifter. Det er derfor stor oppmerksomhet rundt muligheten til å spare penger innen denne sektoren – og særlig siden innføringen av bemanningsnormer i skole- og barnehagesektoren gjør at det i mindre grad er mulig å utføre nedskjæringer der. Skole- og barnehagesektoren oppleves å være mer skjermet. Det er kun én kommune i vårt utvalg av tolv kommuner som ikke opplever å stå i en presset økonomisk situasjon. I denne ene kommunen mente informanten at de nå «kun» opplever stagnasjon i budsjettmidlene til helse- og omsorgstjenestene, etter flere års økning av midlene.

Blant omlag halvparten av kommunene blir den statlige overføringsmodellen – altså transaksjonen av finansielle ressurser fra staten til kommunene mot at kommunene tar ansvar og leverer tjenester som staten pålegger dem – trukket frem som en vesentlig årsak til at kommunene opplever å ikke ha nok ressurser til å gjennomføre sine (plikt)oppgaver. Det som blir problematisert av kommunene er at når ressursene til å gjennomføre oppgavene i en opptrappings- eller reformfase går over fra å være en frivillig og prosjektbasert ordning som er fullfinansiert, til seinere å bli en forpliktende ordning som må leveres innenfor rammen, så er ikke lenger alle kostnadene med å drifte og tilby de (nye) pålagte tjenestene tatt høyde for i overføringssummen. Dette betyr at

kommunene – dersom de skal opprettholde tilbudet – selv må delfinansiere nye tiltak, og slik kommer de i en situasjon med økende kostnader i en tid der de har press på økonomien og må gjennomføre budsjettkutt. En informant brukte betegnelsen «farlige statlige gulerøtter» for å beskrive hvordan han opplevde statlige tilskuddsmidler. De er nærmest å betrakte som lokkemiddel, for at kommunene skal bli motiverte og sette i gang med nye oppgaver og ansvarsområder, men som det da viser seg etter noen år (når tilskuddene forsvinner og går inn i rammen i stedet) så blir kommunene sittende igjen med en stor del av regningen og kan ikke lenger så lett komme seg ut av dette igjen, slik denne informanten uttrykte det. Det er flere andre informanter som beskriver dette på lignende måter.

Også det at «innslagspunktet» for å få refusjon for utgifter som kommunene har for tunge brukere nå er hevet, er noe som flere kommuner trekker frem som en ytterligere belastning for de kommunale budsjettene og som vil få konsekvenser for de andre tjenestene og for tilbudet til den øvrige befolkningen. Flere kommuner forteller at store deler av deres økonomiske ressurser brukes til å dekke kostnader for tjenester som yngre brukere har lovpålagt krav om, og at tjenester som ikke er lovpålagt, og der en kan «tøye grenser» for hva som er nødvendig og forsvarlig, dermed blir særlig utsatt for kutt og innskjerping. Endringer og nedskjæringer i spesialisthelsetjenestens tilbud i distriktene (av-institusjonalisering), særlig innen rusomsorg og psykiatri, er en annen faktor som kommunene trekker fram som betydningsfull for den situasjonen de opplever å stå i. Kommunene forteller at de har fått et større ansvar for å følge opp brukere som tidligere har kunnet benytte seg av tilbud fra spesialisthelsetjenesten og forklarer at dette nødvendigvis får negative konsekvenser for tjenestetilbudet til eldre.

Variasjon mellom kommuner når det gjelder tjenestetilbud og kvaliteten på tilbudet som gis kan også henge sammen med hvordan ledelsen jobber strategisk og hvorvidt de er aktive i tverrsektorielt samarbeid. Vårt inntrykk er at ledere har ulike tanker om hvilket spekter av tjenester og behov de har ansvar for, og hvor de tenker at løsningene ligger. Mens noen tenker mer helhetlig, og er opptatte av at tjenestetilbudene i kommunen, også de som ligger utenfor egen sektor, er samordnet (for eksempel transporttjenester og helse- og omsorgstilbud eller også planlegging av større boligprosjekt i privat sektor og samarbeid med kommunale tjenester) er andre mer fokuserte på forbedringspotensialer internt innen eget tjenesteområde.

En del av dette er vurderinger av hvordan kapasiteten i bemanningen kan forbedres, enten gjennom økt bruk av velferdsteknologi (for eksempel digitalt tilsyn) eller å sette brukere i stand til å mestre oppgaver selv eller kjøpe inn tjenester på det private markedet (som for eksempel hjelp til praktiske oppgaver hjemme, husvask med mer). I denne studien kommer det tydelig fram at noen kommuners ledelse er fokusert på at tjenestene skal være gode og fungere for den enkelte mottaker («god nok for far min?»), og at dette presser fram et mer helhetlig og tverrsektorielt samarbeid i kommunene. Andre kommuner gir uttrykk for å ha et handlingsperspektiv og handlingsrom som er preget av en mer sektordelt kommunevirksomhet der en primært er fokusert på egen intern drift. Det medfører kanskje at en i mindre grad blir opptatt av hva den enkeltes helhetlige behov er, og i mindre grad ser muligheter til å se etter tjenester, tilbud og løsninger lokalisert i andre sektorer i kommunen.

VARIASJON I (NIVÅ AV) TILDELING AV TJENESTER

Variasjon mellom kommuner gjelder både *hva* som blir tilbudt av tjenester og hvor høyt eller lavt *terskelen* for å motta tjenester ligger. Og denne variasjonen har betydning for den enkelte bruker i form av hva det vil si å få bistand fra kommunen. I denne studien blir det på flere måter fremhevet, at både kommunens økonomiske situasjon og dessuten, geografiske forhold, har betydning for hvilke(n) type tjeneste(r) og nivå av tjenester som mottas innen kommunal helse- og omsorg. En konsekvens av en presset kommuneøkonomi er at i kommuner der stor andel av befolkningen har behov for ressurskrevende tjenester, for eksempel yngre personer med utviklingshemninger eller funksjonshemninger, personer med rus- eller psykiatri-problematikk), så vil denne kostnaden kunne ha konsekvenser for det tilbudet eldre får, og den terskelen som eldre må over, for å motta tjenester. I mange kommuner er situasjonen nå så presset at, som en informant formulerte det, «det er ikke ren og skjær eldreskrøpeligheit som bringer dem [eldre] inn i helse- og omsorgstjenestene lenger. Det er atskillig mer sammensatt». Med dette forklarte informanten, som også andre var inne på i løpet av samtalene, at det skal mer til for å få et institusjonsbasert tilbud innen eldreomsorgen enn det å «bare» bli gammel og skrøpelig. Det er særlig eldre som har en tyngre demenslidelse som kommunene har fokus på å skape institusjonsbaserte eller institusjonslignende (bemannede omsorgsboliger) tjenestetilbud til.

Videre fant vi at geografiske avstander kan ha betydning, for eksempel dersom en bor i et område som betraktes som «for langt unna» til at en kan motta tjenestene som er vurdert som nødvendige, så vil man få et annet tilbud/ tildeling enn om man hadde hatt sin bolig mer sentralt. Vi fant at slike vurderinger gjerne blir brukt i tildeling av omsorgsboliger. Det er kostnader og ressursbruk som blir trukket fram som hovedargumentasjon for «forskjellsbehandling» basert på geografi. Data kan tyde på at det i byene er synkende etterspørsel etter omsorgsboliger, og våre informanter forklarer dette med at det er blitt mer attraktivt blant den aldrende befolkningen å kjøpe seg en privat bolig i nyere boligprosjekter som er på frammarsj i større tettsteder, der boligen allerede er tilrettelagt og at dermed behovet for omsorgsbolig reduseres. Behovet for å tilpasse og tilrettelegge egen bolig, som en forutsetning for å kunne bli boende i vante omgivelser, er altså ikke nødvendigvis like stort overalt. For eldre som allerede bor i en by eller et tettsted der nyere boligprosjekter er oppført eller under planlegging (eller ønsker å flytte dit), så kan det være mer attraktivt å flytte inn i en tilrettelagt leilighet i det området der en ønsker å bo. Som flere av informantene påpeker, så er det en «trend» blant unge eldre i dag at de kan, og ønsker å sørge for en egen tilrettelagt bolig, fremfor en kommunal omsorgsbolig, dersom det er tilrettelagt for det.

Variasjon mellom kommuner i tilbud og tildeling av tjenester finnes også når det gjelder de svakeste eldre. Data tyder på betydelige forskjeller blant kommuner når det gjelder tilbud om, og terskel for, tildeling av sykehjemsplass. I kommuner der det er økonomisk og politisk tilrettelagt for høy institusjonsdekning, vil dette være et tilbud som i større grad er tilgjengelig for den eldre befolkningen, enn i kommuner som har lagt opp til at kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud primært tilbys hjemme hos den enkelte, jamfør Heggstad og Førde (2019). Forskjeller i dekningsgrad, og dermed ulikheter knyttet til hvordan og med hvilken intensitet kommunen og det offentlige tjenesteapparatet bistår de eldre, blir begrunnet først og fremst med kommunenes inntekter(se også Martens (2017)).

Informantene i denne studien forteller om ulike praksiser og idealer når det gjelder tildeling av tjenester. På den ene siden forfektes forestillingen om at avgjørelser om tildeling av tjenester, og omfanget av disse, bør tas i ytterste tjenesteledd, i de lokale avdelingene der tjenestene utøves. Tett samarbeid og avstemning mellom saksbehandling og utøvende tjeneste anses som viktig, og noen av informantene opplyser at de mener dette er en optimal måte å organisere tjenesten på. Andre derimot er overbeviste om at sentralisert tildeling, og saksbehandling samlet på ett kontor, som har samarbeid og kontakt med utøvende tjeneste er en bedre tilnærming – og argumenterer at dette er en mer rettferdig måte å gjøre det på (for eksempel de som bor i ulike områder av kommunen får samme behovsprøving, etter samme kriterier) og dessuten billigere. Bedre kontroll på tildeling av tjenester («strengere tildeling»), og en felles (høyst) mulig terskel for tildeling av tjenester blir ansett som en mer riktig måte å gjøre dette på, blant dem som allerede har, eller ønsker å innføre sentraliserte vedtak. En av informantene legger også til at det er viktig å ha et kollegium som jobber sammen om å vurdere tildelinger, slik at en har noen å støtte seg på og diskutere vurderingene sammen med, og slipper å stå alene om den avgjørelsen. Vi finner altså ulike argumenter som taler enten for eller imot den ene og den andre tildelings-modellen for å behandle søknader om tjenester innen helse- og omsorg.

Så er det også noen forskjeller på hvilket premiss en legger til grunn når avgjørelsen tas, om tjenester skal tildeles eller ikke. Kort sammenfattet handler dette om perspektiver som varierer mellom «brannslukking» i ene enden av skalaen og «forebyggende innsats» i den andre. Noen kommuner sier at de er rausere på tildeling av hjemmebaserte tjenester, som blant annet hverdagstrening eller –rehabilitering, fordi de mener at det vil forebygge tyngre og mer kostnadskrevende behov. Det handler da ikke bare om at det er spesifikke funksjoner eller oppgaver som skal ivaretas, men også livskvalitet blant de eldre som en igjen tenker vil påvirke deres funksjonsnivå og behov for tjenester på sikt. Andre kommuner er opptatte av å «stramme inn», og «spisse» sine tjenester, for eksempel er de i ferd med å innrette seg mer mot en profil der de gir mer og tyngre tjenester til noen få, enn lettere tjenester til mange. En informant beskriver hvordan kommuner tilnærmer seg slike vurderinger av hvor høyt terskelen for å motta tjenester skal ligge, og hva slags tjenester kommunen skal ha i sin portefølje, som del av en «kultur» og en egen «tildelingskultur». Ettersom et viktig premiss i slike vurderinger også er (ulik) informasjon eller kunnskap, og ulike forestillinger om hva som er mest riktig bruk av kommunens ressurser, vil vi legge til at vi her kan betrakte kommunenes ulike vurderinger og tilnærminger som basert på ulike «filosofier».

AVSLUTTENDE BETRAKTINGER ETTER LEDERINTERVJUENE

Noen av temaene som preget samtale med kommunene handler om bekymringer for helse- og omsorgstjenestenes innretting for å møte fremtiden og de store utfordringen som forventes å komme. Stadig flere eldre, og færre yngre som kan finansiere de offentlige tjenestene (gjennom arbeidsinntekt og skattebetalinger) krever en innsats allerede i nåtid, uttrykker informantene. Det er stor og bred oppslutning blant informantene om at de yngre eldre må ta (mer) ansvar for eget liv, og egen bolig. Flere kommuner forteller om

prosjekter de er i gang med for å dyrke frem bevissthet og holdninger blant unge eldre om å ta mer ansvar og tenke fremover når det gjelder egen bosituasjon. Det fortelles at forståelsen for at et slikt ansvar først og fremst er den enkeltes og ikke kommunens, er mer utbredt blant dem det gjelder, enn hos pårørende. Flere informanter forteller om pårørende som insisterer, og kjemper hardt for at deres familiemedlemmer skal få et mer omfattende tilbud fra kommunen enn det kommunen i utgangspunktet har vurdert som nødvendig å tilby dem, jmfør Heggstad og Førde (2019). Noen av informantene uttrykte at de ønsker et større fokus på å kunne hjelpe dem som virkelig har behov for deres tjenester. Disse la vekt på å oppfordre befolkningen ellers til å ta mer egenansvar, for eksempel ved å betale for de tjenester de har behov for (som praktisk bistand/rengjøring eller tilrettelegging av egen bolig) av egen lomme.

Flere ledere opplever at de prioriteringer de mener det er rett å ta, utfra en presset kommuneøkonomi, blir motarbeidet. Sterke pårørende som til slutt får det som de vil for sine familiemedlemmer (imot kommunens vurderinger av hva som er nødvendig), er et eksempel på dette. Et annet eksempel er innspill fra nasjonale politikere som fremstiller en sykehjemsplass som «det ultimate tilbudet til en eldre pasient», som en informant formulerte det. Fra nasjonalt hold, fortalte flere av informantene, propageres det at sykehjemssenger og kjøkken på sykehjem er målet på et godt helse- og omsorgstjenestetilbud til de eldre. I samtalen avviser informanter dette sterkt, og sier at dette ikke holder mål, med tanke på hva de eldre selv ønsker og har behov for. De trekker frem at ønsket om sykehjemsplass ofte henger sammen med at eldre og deres pårørende ikke har eller vet om mulighetene for andre tilbud, og mener at det er her innsatsen bør være fokusert – på å skape gode alternativer til sykehjemsplasser, og at dette vil kreve betydelig mindre ressurser fra kommunen.

Vår studie antyder at det er betydelig uro og uklarhet i kommunene knyttet til den nye lovreguleringen av BPA (brukerstyrt personlig assistanse). Flere ledere frykter at den vil få store konsekvenser for hvordan ressursene i helse- og omsorgstjenestene fordeles. Med en lovfesting av BPA også for personer over 67 år vil det potensielt kunne bli mange flere som får rett på BPA og kostnadsintense tjenester fra kommunen, og det, påpeker flere, vil bli vanskelig å fravike. De mente det vil få betydelige konsekvenser for det øvrige velferdstjenestetilbudet, fordi det vil bli så kostnadskrevende. Et fåtall av informantene våre opplevde ikke det samme trusselbildet. De trakk frem at kravet som BPA innebærer om at man har evne og mulighet til å være arbeidsgiver og leder for tiltaket, gjør at det ikke vil bli særlig mange som vil kunne få denne rettigheten. Dette sender signaler om at det kan være stor variasjon mellom kommunene når det gjelder både tolkningen og anvendelsen av et regelverk som har som mål å gjøre tilbud og tilgang til tjenester mest mulig likeverdig for befolkningen.





OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

I dette avsluttende kapittelet foretar vi en oppsummerende diskusjon omkring prosjektets hovedresultater.

PROFIL PÅ VARIASJONSSTUDIEN

I dette prosjektet har vi studert variasjon mellom dem som yter profesjonelle omsorgstjenester til befolkning. «Profesjonell» vil si at omsorgstjenester gitt av pårørende og frivillige ikke er undersøkt. Vi har studert variasjon mellom kommuner, tjenestetyper (sykehjem sammenliknet med hjemmetjenester) og tjenestetilbydere (offentlige og private). Vi har også rettet søkelys på forskjeller mellom tjenesteyterne i hvordan tjenestene organiseres, leveres og oppfattes, herunder data som indikerer kvalitetsforskjeller. Vi har brukt variasjonsbegrepet på to måter; 1) som forskjeller mellom kommuner i dekningsgrader av tjenester og 2) som forskjeller som kan indikere variasjon i kvalitet i tjenestene. Disse to kan også henge sammen: ulik dekningsgrad av tjenester kan få konsekvenser for tjenestekvaliteten, og tjenestekvalitetsnivået som en kommune har, kan få konsekvenser for hvilket dekningsnivå kommunen tilbyr.

ULIKHETER I TJENESTEPROFIL OG RESSURSBRUK PÅ OMSORGSTJENESTER OG DETS KONSEKVENSER

Studien viser at det er betydelige forskjeller mellom norske kommuner med hensyn til deres *tjenesteprofiler og dekningsgrader* (andel mottakere i aldersgrupper) for sentrale omsorgstjenester. Andel mottakere av *sykehjemsplass i aldersgruppen over 80 år* varierte fra 2 % til nesten 40 %, mens den for *hjemmetjenester* varierte fra 17 % til 64 %. Ulik praksis mellom kommunene med tanke på hvordan heldøgns omsorgsbolig skal defineres og rapporteres i IPLOS/KPR (hjemmetjeneste eller institusjon), kan delforklare *noe* av denne variasjonen. Kommunene framtrer med ulike tjenesteprofiler; noen er institusjonstunge, mens andre er hjemmetjenestetunge. Sykehjem og hjemmetjenester dekker

i hovedsak ulike omsorgsbehov og bør sees i sammenheng. Vi ser imidlertid at også den *samlede dekningsgraden* for personer over 80 år for disse to hovedtjenestene varierer betydelig, fra 32 % til 76 %. Tilsammen 80 % av kommunene har en samlet dekningsgrad innenfor 39 % til 58 %. I de ti kommunene med lavest samlet dekning, mottok om lag én av tre personer over 80 år hjemmetjeneste eller institusjonstjeneste. I de ti kommunene med høyest samlet dekning, var to av tre mottakere av slike tjenester.

Kommunenes *ressursbruk* på omsorgstjenester, som del av det totale kommunebudsjettet, varierer betydelig. Likeså er det stor variasjon i ressursbruk for helse- og omsorgstjenester samlet per innbygger (varierende fra 17 417 kroner til 77 030 kroner per innbygger i 2018). Kommuner med høy andel innbyggerne over 80 år, og kommuner med høy andel over 80 år som bruker omsorgstjenester (særlig sykehjem), har større sannsynlighet for å ha høyere utgifter til helse og omsorg. Det samme gjelder kommuner tilhørende KOSTRA-gruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) og kommunegruppe 5 og 6 (små kommuner med høye bundne kostnader og middels og høye frie disponible inntekter per innbygger). I tillegg har Finnmark statistisk signifikant høyere utgiftsnivå når det kontrolleres for bakgrunnsfaktorer.

VARIASJON SOM LOKAL TILPASNING

Likevel, basert på den beskrevne variasjonen i dekningsgrader og ressursbruk, vil det ikke på *generelt* grunnlag være mulig å konkludere med at variasjonen representerer en *uønsket* variasjon, til tross for de betydelige kommuneforskjellene. Det finnes ingen forskningsbasert gullstandard for riktig andel omsorgstjenestemottakere i ulike aldersgrupper (dekningsnivå) på tvers av kommunale kontekster. Variasjonene vi har beskrevet, representerer sannsynligvis *lokale og kontekstuelle tilpasninger til ulikheter* i kommunenes bruker- og befolkningssammensetning (herunder ulikheter i alderssammensetning og sykdomsbyrder), kommunestørrelse, sentralitet, geografi og avstander, økonomiske rammebetingelser, sosiale normer, historiske og faglige tradisjoner, politisk ideologi og strategiske prioriteringer. Sett i et lokaldemokratisk perspektiv, kan man anta at de avdekkede variasjonene i hovedsak er en følge av forståelige kontekstuelle tilpasninger og valg knyttet til ulike rammebetingelser og politiske prioriteringer.

PRIORITERINGER BØR DISKUTERES

Mens rammebetingelser langt på vei viser til gitte vilkår bestemt av forhold utenfor kommunen, er lokalpolitiske prioriteringer noe som kan og bør diskuteres. De politiske prioriteringene får konsekvenser for tjenesteprofil og tjenestetilbudet *innenfor* omsorgstjenesten, men også for tjenesteprofilene *mellom* kommunesektorene, som mellom helse og omsorg og utdanning og oppvekst. Innenfor rammen av dette prosjektet har det ikke vært mulig å undersøke sammenhengene mellom kommunesektorene. Vi merker oss imidlertid at kommunale ledere innenfor helse- og omsorg erfarer at de forskriftsfestede bemanningsnormene i skole og barnehage skaper økonomisk press og prioriteringsdilemmaer innen helse- og omsorgssektoren, som ikke har slike normer.

KOMMUNER MED SÆRLIG LAV DEKNING OG RESSURSBRUK PÅ OMSORGSTJENESTER

Når det gjelder omsorgstjenestene, kan lav dekning av en tjeneste (for eksempel sykehjem) til en viss grad kompenseres med høy dekning av en annen (for eksempel hjemmetjenester). I slike kommuner vil en lav dekning av sykehjem ikke nødvendigvis medføre et dårlig omsorgstilbud eller utrygghet for brukerne og befolkningen. Dette fordi intensive hjemmetjenester da kan fungere kompenserende og utsette behovet for sykehjem.

Likevel, på generelt grunnlag, mener vi det er grunn til å stille spørsmål ved om kommuner med spesiell lav dekning og ressursbruk av *både* hjemmetjenester og sykehjem, uten at det kan forklares ved befolkningsmessige forhold (som ulik alderssammensetning og sykdomsbyrde), har et ugunstig lavt nivå av disse tjenestene. Dette kan ha sammenheng med en høy terskel for å få tildeling. Et slikt lavt nivå av omsorgstjenester har potensielt negative konsekvenser for innbyggere og kan utfordre myndighetenes uttalte mål om at alle borgere skal ha lik tilgang til likeverdige tjenester av tilfredsstillende kvalitet. Sammenhengen vi fant mellom lav dekning av hjemmetjenester og innbyggernes oppfatning av dårlig tilgang på disse tjenestene, understreker slike potensielt negative konsekvenser av lav omsorgstjenestedeckning. Oppfatningen av dårlig hjemmetjenestetilgang kan ha sammenheng med den lave dekningen i disse kommunene.

AMBISJONEN OM Å SNU OMSORGSTRAPPEN

Spørsmålene om dekningsgrad, tjenesteprofil og ressursbruk aktualiserer også et annet stort og sentralt tema for kommunene, som mange av lederne i intervjuundersøkelsen var opptatt av: ambisjonen om å snu innsatsen (den såkalte omsorgstrappen) fra omfattende og langvarige tjenester til forebyggende og rehabiliterende tjenester (tidlig innsats). Det trekkes fram at dette potensielt vil redusere og utsette behovet for omsorgstjenester og kostnader, samtidig som det potensielt vil bedre livskvaliteten for den enkelte. Men også forebyggende og tidlig innsats koster. Å få realisert en slik snuoperasjon (omprioritering) framstår som meget krevende, fordi satsing på forebygging og tidlig innsats krever mer ressurser og kompetanse, *samtidig* som kommunen må fortsette å tilby nødvendige tjenester til de som allerede har omfattende behov her og nå. Dette er utfordrende fordi effektene av forebygging og tidlig innsats gjerne ikke kommer før etter flere år. Et politisk grep kan være, i en overgangsfase på noen år, å øremerke ekstra statlige midler til kommunene til slik innsats (eksempelvis folkehelsearbeid, støtte til frivillige organisasjoner, forebyggende hjemmebesøk, hverdagsrehabilitering etc.). Slike nye, friske midler vil kunne stimulere til innovative lokale tjenester og lokalt engasjement på det forebyggende feltet, med positive effekter på sikt. Et annet grep kan være å utarbeide veiledende rundskriv eller normer for hvor stor andel slike forebyggende tjenester *bør* utgjøre i et kommunebudsjett/helse- og omsorgstjenestebudsjett. En slik veiledende forebyggingsnorm kan fungere retningsgivende, men bør selvsagt først utredes faglig.

DAGAKTIVITETSTILBUDET FOR PERSONER MED DEMENS

Det var innenfor tjenesten *dagaktivitetstilbud for personer med demens* at vi fant størst kommunevariasjon. Andel hjemmeboende personer med demensdiagnose som hadde vedtak om dagaktivitetstilbud varierte fra 0 % til 79 % mellom kommune i 2018. Dette

til tross for at Nasjonal faglig retningslinje om demens har henstilt kommunene om tilby tilrettelagte og tilpassede dagaktivitetstilbud til denne gruppen (Helsedirektoratet, 2017b). I 2020 ble dagaktivitetstilbud til personer med demens lovhjemlet, og det blir derfor interessant å se kommunenes utvikling når statistikk publiseres i årene som kommer. I henhold til lov og nasjonale retningslinjer, vil kommuner som fortsatt ikke har, eller som har et svært lavt nivå av dagaktivitetstilbud for personer med demens, ha et mangelfullt tjenestetilbud. Behovet for dagtilbud og hva det skal inneholde, vil variere fra person til person, avhengig av egne preferanser, sosialt nettverk og andre kommunale og frivillige tilbud. Likevel vil det kunne være hensiktsmessig at det utvikles veiledende normer for tilfredstillende kommunal dekningsgrad, gitt den lave dekningen mange kommuner hadde i 2018.

Det er foreløpig forholdsvis lite forskning på dagtilbudene for personer med demens, særlig med tanke på tilbudenes kvalitet og effekt. Det vil derfor være vesentlig å få igangsatt forsknings- og utviklingsprosjekter som kan bidra til å videreutvikle kvaliteten og frembringe kunnskap om denne obligatoriske tjenesten i kommunene.

LIGGEDAGER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Det er stor variasjon i *liggedager for utskrivningsklare pasienter* over 80 år på sykehus som krever oppfølging i kommunene: fra 13 til over 1400 liggedager per 1000 innbyggere over 80 år. Tidligere undersøkelser viser at det er sammenheng mellom et lavt nivå av korttid- og langtidsopphold sykehjem og et høyt nivå av liggedager for utskrivningsklare pasienter (Helsedirektoratet, 2017c, s. 75). Dette kan dels være en indikasjon på at disse kommunene kan ha et for lavt nivå av omsorgstjenester, men kan også være et uttrykk for ulike utskrivningspraksiser mellom sykehusene.

FORSKJELLER MELLOM KOMMUNALE OG PRIVATE SYKEHJEM I KVALITET

Det er betydelig kommunevariasjon for *kvalitetsindikatorer* som legemiddelgjennomgang, lege- og tannhelseoppfølging og oppfølging av ernæring for beboere på sykehjem. En del av dette prosjektets oppdrag har vært å studere variasjon i kvalitet på omsorgstjenestene mellom offentlige og private tjenesteytere. Ser vi kun på deskriptiv statistikk, var det i 2018 høyere andeler som fikk årlig legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging, legevurdering og tannhelsepersonellvurdering i de private sykehjemmene sammenlignet med de kommunale. En slik deskriptiv beskrivelse gir imidlertid ikke et nyansert bilde av situasjonen da det er flere *bakenforliggende* faktorer som kan forklare variasjonen. I regresjonsanalysene tas det hensyn til (kontrolleres for) slike bakenforliggende faktorer og såkalte samspillseffekter (når ett forhold avhenger av ett eller flere andre forhold). De fleste private sykehjemmene er lokalisert i de store byene. Regresjonsanalysene viser at det er viktig å ta hensyn til kommunetilhørighet før det konkluderes om substansielle forskjeller mellom private og kommunale sykehjem. Oppsummert viser disse analysene at det var større sannsynlighet for å bli *vurdert av lege og tannhelsepersonell* i de private ideelle og kommunale sykehjemmene sammenlignet med de kommersielle. Det var større sannsynlighet for *ernæringskartlegging* i private ideelle og kommersielle sykehjem sammenlignet med kommunale sykehjem. For *legemiddelgjennomgang* var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom private og kommunale sykehjem. Her

ser vi sannsynligvis såkalte samspillseffekter knyttet til kjennetegn ved kommunene som de private sykehjemmenes er lokalisert i, det vil si de store byene, og særlig Oslo. I disse kommunene foregår det generelt hyppigere legemiddelgjennomgang, ernæringsoppfølging, legeoppfølging og tannhelseoppfølging på sykehjemmene, jfr. Helsedirektoratets nettside for kvalitetsindikatorer i kommunene (Helsedirektoratet, 2020). Årsakene til generelt hyppigere slik gjennomgang og oppfølging i de store byene er ikke kjent. En hypotese kan være at de kan ha et større apparat og en større bevissthet omkring det å oppfylle statlige normer og kvalitetsindikatorer sammenlignet med sykehjem i andre kommuner.

Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer er utvilsomt uttrykk for noen sentrale aspekter ved omsorgstjenestenes kvalitet. Et fellestrekk ved dem er at de er valgt ut og gjort målbare slik at man «lett» skal kunne bedømme deres oppfyllelse. Det er i en slik sammenheng grunn til å minne om begrensningene ved denne type kvalitetsindikatorer. For det første er de undersøkte indikatorene først og fremst *prosessuelle* – det vil si at indikatorene beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløpet. Ingen av disse kvalitetsindikatorene gir en indikasjon på *resultat* for beboeren (resultatindikatorer), for eksempel tilfredshet, depresjon, opplevd ensomhet, trykksår, fall med alvorlig skade, urinveisinfeksjoner, andre infeksjoner etc.

I tillegg er det mye som er av betydning for pasienters og brukeres opplevelse av kvalitet i omsorgstjenestene som ikke er enkelt å tallfeste. I særlig grad gjelder dette relasjonelle aspekter, for eksempel det å bli tatt på alvor, bli vist respekt, å føle seg sett, støttet og oppmuntret. Andre forhold som kan være vanskelig å kvantifisere, er ivaretagelsen av grunnleggende livsbehov og forutsetninger i hverdagen for å kunne leve et godt liv, for eksempel det å holde seg ren, få i seg næring, bevege seg inne og ute, hvile seg, puste inn frisk luft etc. Dette er grunnleggende behov som kan være utsatt og truet når man er avhengig av hjelp fra andre. Oppfyllelse av de målbare nasjonale kvalitetsindikatorene er vesentlig, men ikke tilstrekkelig for helhetlig tjenestekvalitet. Årlig legemiddelgjennomgang, lege- og tannhelsepersonellvurdering og ernæringskartlegging kan sies å utgjøre noen *minstekrav* som forholdsvis lett lar seg kontrollere og telle. Men, selv en 100 % oppfyllelse av slike årlige gjennomganger forteller oss ikke noe om hvorvidt den daglige og løpende oppfølgingen av tjenestemottakerne er faglig forsvarlig, av god kvalitet og heller ikke hvordan tjenestene erfares. Spørsmålet er om de målbare kvalitetsindikatorene får for stor oppmerksomhet av kommunene og statlige myndigheter på bekostning av erfaringsbaserte hverdagsaspekter ved tjenestekvalitet.

FAGLIG FORSVARLIGHET OG TJENESTEKVALITET

Helsepersonelloven (§4) pålegger at hjelpen som ytes skal være både *faglig forsvarlig* og *omsorgsfull*. Slår vi opp på ordene 'forsvarlig' og 'omsorg' i ordbøkene, blir vi minnet om at disse to aspektene fra loven faktisk henger sammen. 'Forsvarlig' er avledet av ordet 'forsvare', med betydninger knyttet til det som er betryggende og solid, og for det å 'svare for noe og noen, svare an og stå ansvarlig'. 'Omsorg', på sin side, er sammensatt av stavelsene 'om' og 'sorg', der 'sorg' har slektskap med det tyske ordet 'sorgen', som kan relateres til det 'å sørge for' eller 'å ta ansvar for' noe eller noen (*Bokmålsordboka og Nynorskordboka*, 2001; NAOB, 2020). Altså er begge ordenes opprinnelse og betydning knyttet til 'ansvar - svare an'.

Man kan spørre seg om deler av variasjonsbildet som framtrer fra analysene i denne rapporten er 'over' eller 'under' streken for hva som er 'faglig forsvarlig' og 'omsorgsfull hjelp'? Dersom det er over streken, er det uttrykk for de valgmulighetene og det mangfold som kan, og bør, være i norske kommuner (jfr. grunnene for å ha kommunalt selvstyre og lokaldemokrati). Er det under streken, er det en sak for statlige fagmyndigheter og tilsyn. Det er *ikke* forskernes oppgave å felle dom over om hvorvidt faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er oppfylt eller ikke. Dette er tilsynsmyndighetenes oppgave. Like fullt er det åpenbart for alle at dersom kommuner ikke oppfyller statlige forskrifter og allment aksepterte faglige retningslinjer, for eksempel knyttet til dagtilbud for personer med demens, årlig vurdering av pasientens legemidler, jevnlig lege- og tannhelsepersonellvurderinger og ernæringsoppfølging, så er de under streken. På en rekke andre områder, for eksempel knyttet til forvaltning og organisering av tjenestene, vil variasjon ofte være et gode fordi det kan være uttrykk for at det tas hensyn til kommunenes ulikheter og ulike behov. Dessuten kan variasjon være et uttrykk for at noen kommuner går foran og prøver ut nye innovative tilnærminger som deretter sprer seg til andre kommuner.

MELLOM STATLIG STYRING OG KOMMUNAL FRIHET

Den betydelige variasjonen som er vist i denne rapporten aktualiserer forholdet mellom statlig styring og kommunal frihet. Som det framgår av forrige avsnitt, mener vi at forvaltningsmessig og faglig variasjon både bør tillates og stimuleres, forutsatt at kommunene opererer innenfor vedtatte lover, faglig aksepterte normer og økonomiske rammer. Det er flere grunner for dette. For det første; kommunene er ulike både med hensyn til avstander, befolkningssammensetning og behovsprofil, hvilket naturlig skaper ulik tjenesteprofil. For det andre; lokalt engasjement, utprøving og nyskaping fører nødvendigvis til variasjon og ulikhet. Omsorgstjenestene i kommunene har dessuten et tydelig sosialt, kulturelt og kontekstuellet preg som utfordrer den tradisjonelle diagnosebaserte, evidensbaserte og standardiserte 'beste praksis'-tilnærmingen. Lokale kommunale ulikheter i behovsprofil og et mindre eksakt kunnskapsgrunnlag på flere områder, er av en slik art at en åpnere 'lovende praksis'-tilnærming sannsynligvis er en bedre strategi for utvikling i omsorgssektoren i kommunene. Kommunene bør beholde sine muligheter for lokale prioriteringer og satsninger, gitt at de innfrir nasjonale lovkrav og retningslinjer. Det vil bidra til nødvendig lokal tilpasning, engasjement og innovasjon.

INNBYGGERNES INNTRYKK AV OMSORGSTJENESTENE

Subjektive kvalitetsindikatorer er undersøkt ved hjelp at data fra innbyggerundersøkelsene med fokus på innbyggers og brukers vurdering av 'tilgang til' og 'kvalitet på' hjemmetjenester og sykehjem. Tilgangen til hjemmetjenester vurderes som betydelig bedre enn tilgangen til sykehjem. Likeledes vurderes kvaliteten på hjemmetjenester som bedre enn på sykehjem, men forskjellene var mindre her. Sykehjemmene synes å ha større utfordringer enn hjemmetjenestene knyttet til omdømme. Førstehåndserfaring synes å bidra til bedre tjenestevurderinger: de som har personlig erfaring med tjenestene, vurderer dem bedre enn de som har pårørende-erfaringer og de som ikke har erfaringer. Vurderingen av tilgang og kvalitet var bedre i små kommuner og i kommuner med høye frie inntekter, sammenlignet med større kommuner og kommuner med lavere frie inntekter (lavere økonomisk handlingsrom). At omsorgstjenestene erfares bedre i små kommuner enn i store *kan* grunne seg i at det kan være lettere å få oversikt, og å oppleve nærhet og kontinuitet, i mindre enheter enn i større.

KOMMUNALE LEDERES LOKALE UTFORDRINGER OG HVA DE UTFORDRER SENTRALE MYNDIGHETER PÅ

I studie 3 foretok vi dybdeintervjuer med ledere i helse- og omsorgstjenestene i 12 kommuner. Dette utvalget er selvsagt ikke representativt for alle helse- og omsorgsledere, men intervjustudien har, på sitt eget grunnlag, bidratt med kunnskap om ulikheter i disse tjenestene. Intervjuene kan kortfattet oppsummeres på følgende måte:

- Statlige føringer, reformer og tilskuddsmidler kan binde kommunenes frie og lokale handlingsrom. For eksempel er nye tjenestetilbud som følge av statlige satsninger gjerne finansiert med øremerkede tilskudd i starten, men etter avsluttet innføringsperiode må tilbudene dekkes innenfor kommunens generelle økonomiske ramme. Samtidig er de da gjerne blitt lovpålagte, for eksempel dagtilbud for personer med demens. I praksis blir betyr dette at tilbudene blir underfinansierte etter innføringsperioden, ifølge noen av lederne.
- De nye lovhjemlede bemanningsnormene i skole- og barnehagesektoren skaper økt økonomisk press på omsorgssektoren som ikke har tilsvarende bemanningsnormer.
- «Innslagspunktet» for å få refusjon for utgifter som kommunene har for særlig resurskrevende tjenester, er hevet. Dette medfører en ytterligere belastning for de kommunale budsjettene, med konsekvenser for de andre omsorgstjenestene og for tilbudet av tjenester til den øvrige befolkningen.
- Lovhjemlingen av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) med påfølgende nødvendig ressursallokering, kan skape økt økonomisk press på omsorgstjenester for eldre.
- Noen informanter mente at man til en viss grad kan «tøye grenser» for hva som er nødvendig og forsvarlig i omsorgstjenestetilbudet til eldre og at tjenester til denne gruppen dermed er særlig utsatt for kutt.
- Overføring av nye krevende oppfølgingsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten, særlig knyttet til personer med psykisk uhelse og rusproblemer, skaper press på omsorgstjenestene med konsekvenser for tjenestenes kvalitet.
- Kommuner med store geografiske avstander mellom innbyggerne og tjenestene kan ha ekstrakostnader som ikke fanges opp av kommunenes inntektssystem i tilstrekkelig grad.
- Store geografiske avstander kan medføre ulikheter i tjenestetilbudet mellom innbyggerne i kommunene og kan få konsekvenser for idealet om lik tilgang til likeverdige omsorgstjenester.
- Kommunenes praksiser for tildeling av tjenester og deres valg av tjenestetildelingsmodell varierer, og dette får konsekvenser. Hvorvidt tildeling av omsorgstjenester skjer via sentrale kommunale vedtakskontor eller via desentralisert tildelingsmyndighet, trekkes fram som betydningsfullt for «streng» eller «raus» tjenestetildeling.
- Det er ulikheter i kommunenes økonomiske inntekter og rammebetingelser, og det erfarer å være et betydelig økonomisk press i kommunesektoren generelt.

Informanter trakk videre fram at det å være en institusjonstung kommune ikke er bærekraftig på sikt. Det er først og fremst økonomiske forhold som angis som forklaring på hvorfor hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester blir oppfattet som mer

bærekraftige. Flere av informantene trakk fram at de står i et kontinuerlig dilemma mellom «forebyggende innsats» og «brannslukking» som ytterpunkter i sin daglige drift og i sine prioriteringer av langsiktig tjenesteprofil. Idealet for mange kommuner er å snu omsorgstrappen mot det å kunne tilby flere forebyggende tjenester, fremfor tjenester med fokus på behandling og bistand. Andre var opptatt av å «stramme inn», og «spisse», sine tjenester mot en profil der de gir hyppigere og mer omfattende tjenester til noen få, enn lettere tjenester til mange. Dette betrakter vi som kommunenes ulike vurderinger og tilnærminger basert på ulike «filosofier» som vil ha konsekvenser for dekningsgrader, tjenesteprofiler og tjenestekvalitet overfor ulike grupper i kommunene.

RAPPORTERINGSPRAKSISER OG UTFORDRINGER

Samtalene med de kommunale lederne gir også merinnsikt i kommunenes rapporteringspraksiser om tjenesteleveringen til sentrale myndigheter og dilemmaer knyttet til disse praksisene. Selv om tjenesteprofilbildene som framtrer fra registerdataene stemte rimelig godt overens med informantenes oppfattelse av egen kommune, ble det også pekt på dilemmaer, utfordringer og feilkilder. Det gjelder særlig forskjeller knyttet til tolkning og registrering av «heldøgns omsorgsboliger». Hva som kvalifiserer til å bli registrert som en heldøgns omsorgsbolig, framstår uklart i rapporteringssammenheng. Det har konsekvenser med tanke på å kunne gjøre pålitelige sammenligninger mellom kommuner for dette. Videre erkjennes det at egne innrapporteringer ikke alltid er presise og oppdaterte. Alle disse forholdene gjør at kommunenes innrapportering på noen områder kan være mangelfulle og gi et ufullstendig bilde av virkeligheten. Forskjellene som framtrer fra registrene må derfor fortolkes med en viss varsomhet, inkludert registerdataanalysene i vår rapport.

BEHOV FOR FORSKNING

Omsorgssektoren er omfattende og utgjør den klart største delen av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Målt i antall årsverk er den større enn sykehussektoren. Vi har naturlig nok ikke kunnet studere alle deltjenestene i dybden. Etter vår vurdering er det behov for mer forskningsbasert kunnskap om flere av disse tjenestene. Det er behov for flere og større studier som kan gå dypere inn i de bakenforliggende årsakene og forklaringene til variasjonene. Det trengs enkeltstudier som kan gi større innsikt i de enkelte deltjenestene og sammenhengene mellom disse, for eksempel via større prosjekter finansiert av Norges forskningsråd. Dette innbefatter både større registerdatastudier, surveys, casestudier og dokumentstudier som framskaffer ny kunnskap om utviklingstrekk, sammenhenger, effekter og konsekvenser. Slik kunnskap vil være vesentlig for utvikling av kvalitativt gode og effektive tjenester i kommunene.

Det er blant annet behov for mer forskning og kunnskap om:

- Sammenhenger mellom dekningsgrader, ressursbruk og tjenestekvalitet i kommunene i et endringsperspektiv.
- Kvalitative betydninger og kvantitative effekter og av ulike omsorgstjenestetilbud.
- Prioriteringer i et bredt kommuneperspektiv, ressursbruk på omsorgstjenester og andre kommunale tjenester, som skole- og barnehagetilbud og dets konsekvenser for tjenestekvalitet.

- Dagtilbudene for personer med demens.
- Hvor stor av del av variasjonen i liggedager for utskrivningsklare pasienter på sykehus som skyldes pasientsammensetningen, kommunenes oppfølgingskapasitet, sykehusenes utskrivningspraksiser og andre faktorer.
- Kvalitetsforskjeller mellom kommuner og mellom offentlig og private tjenesteleverandører av sykehjem og hjemmetjenester for flere kvalitetsindikatorer, samt hva som fremmer og hemmer utvikling av tjenestekvalitet.
- Tjenestekvalitet fra ulike perspektiv: politikere, tjenesteytere, tjenestemottakere og pårørende.

LITTERATURREFERANSER

- Andersen, Ronald, & Newman, John F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 83(4), Online-only-Online-only. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x
- Arling, Greg, Kane, Robert L., Mueller, Christine, & Lewis, Teresa. (2007). Explaining Direct Care Resource Use of Nursing Home Residents: Findings from Time Studies in Four States. *Health Services Research*, 42(2), 827-846. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00627.x
- Bergh, Sverre, Holmen, Jostein, Saltvedt, Ingvild, Tambs, Kristian, & Selbaek, Geir. (2012). Dementia and neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients in Nord-Trøndelag County. *Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag*, 132(17).
- Bjorvatn, Afsaneh. (2013). Hospital readmission among elderly patients. *The European Journal of Health Economics*, 14(5), 809-820. doi: 10.1007/s10198-012-0426-3
- Blomgren, Jenni, Martikainen, Pekka, Martelin, Tuija, & Koskinen, Seppo. (2008). Determinants of home-based formal help in community-dwelling older people in Finland. *European Journal of Ageing*, 5(4), 335-347. doi: 10.1007/s10433-008-0094-4
- Bokmålsordboka og Nynorskordboka*. (2001). Oslo: Dokumentasjonsprosjektet.
- Brand, Christian, Hughes, Jane, & Challis, David. (2012). Towards Understanding Variations in Social Care for Older People in England. *Social Policy & Administration*, 46(7), 705-726. doi: 10.1111/j.1467-9515.2011.00822.x
- Brevik, Ivar. (2010). *De nye hjemmetjenestene: langt mer enn eldreomsorg: utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007* NIBR-rapport, Vol. 2010:2. Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/de-nye-hjemmetjenestene-langt-mer-enn-eldreomsorg-utvikling-og-status-i-yngres-bruk-av-hjemmebaserte-tjenester-1989-2007/2010-2.pdf/@@inline>
- Christensen, Eric W. (2004). Scale and scope economies in nursing homes: A quantile regression approach. *Health Economics*, 13(4), 363-377. doi: 10.1002/hec.828
- Clegg, Andrew, Young, John, Iliffe, Steve, Rikkert, Marcel Olde, & Rockwood, Kenneth. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, 6(32), 1-244.
- Donabedian, A. (1997). The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 121(11), 1145.

- Døhl, Øystein. (2016). *User need and resource allocation in public long-term care. The use of disability and impairment instruments: Application on a large Norwegian municipality.* (Doctoral theses), NTNU. Lastet ned fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2389726/Dohl_Oystein.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Døhl, Øystein, Garåsen, Helge, Kalseth, Jorid, & Magnussen, Jon. (2014). Variations in levels of care between nursing home patients in a public health care system. *BMC Health Services Research*, 14(1), 108. doi: 10.1186/1472-6963-14-108
- Døhl, Øystein, Garåsen, Helge, Kalseth, Jorid, & Magnussen, Jon. (2016). Factors associated with the amount of public home care received by elderly and intellectually disabled individuals in a large Norwegian municipality. *Health & Social Care in the Community*, 24(3), 297-308. doi: 10.1111/hsc.12209
- Esping-Andersen, Gösta. (1990). *The three worlds of welfare capitalism.* Cambridge: Polity Press.
- Farsi, Mehdi, Filippini, Massimo, & Lunati, Diego. (2008). Economies of Scale and Efficiency Measurement in Switzerland's Nursing Homes. *Swiss Journal of Economics and Statistics*, 144(3), 359-378. doi: 10.1007/BF03399259
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helse hos eldre i Norge* Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Frega, Roberto. (2017). The normativity of democracy. *European Journal of Political Theory*, 18(3), 1474885116684760.
- Fries, E. Brant, Schneider, P. Don, Foley, J. William, Gavazzi, J. Marie, Burke, J. Robert, & Cornelius, J. Elizabeth. (1994). Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical Care*, 32(7), 668-685. doi: 10.1097/00005650-199407000-00002
- Førland, Oddvar, & Folkestad, Bjarte. (2016). *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv. En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015 Vol. nr. 1/2016. Senter for omsorgsforskning - Rapportserie.* Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2425093/SOF_1-2016_per0712.pdf?sequence=1&isAllowed=y doi:http://hdl.handle.net/11250/2425093
- Førland, Oddvar, & Rostad, Hanne Marie. (2019). *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene - En kunnskapsoppsummering.* I Senter for omsorgsforskning - Rapportserie 4-2019 (Seriered.), Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2624074>
- Grimsmo, Anders. (2018). Antall kroniske sykdommer og persontilpassing bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(02), 102-106. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03 ER
- Hagen, Terje P., Negera, Amayu Kebebew, Godager, Geir, Iversen, Tor, & Øien, Henning (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010.* Helseøkonomisk forskningsprogram, Vol. 2011:5. Hentet fra https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2011/2011_5.pdf

- Hallam, A., Knapp, M., Järbrink, K., Netten, A., Emerson, E., Robertson, J., . . . Durkan, J. (2002). Costs of village community, residential campus and dispersed housing provision for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(5), 394-404. doi: 10.1046/j.1365-2788.2002.00409.x
- Hammar, Teija, Rissanen, Pekka, & Perälä, Marja-Leena. (2008). Home-care clients' need for help, and use and costs of services. *European Journal of Ageing*, 5(2), 147. doi: 10.1007/s10433-008-0078-4
- Hamran, Torunn, & Moe, Siri. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten - ulike behov eller forskjellsbehandling: flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv*. Senter for omsorgsforskning, rapportserie, Vol. nr. 3- 2012. Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmli/bitstream/handle/11250/144318/Rapporto3_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Heggstad, Anne Kari Tolo, & Førde, Reidun. (2019). Is allocation of nursing home placement in Norway just? *Scandinavian journal of caring sciences*. doi: 10.1111/scs.12792
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016. Meld. St. 6 (2017-2018)* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/49a6fabd659744dda1b5f2afbooc3a3/no/pdfs/stm201720180006000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.: vedtatt 24.06.2011 LOV-2011-06-24-30* (s. 135 s.). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren 2016 – utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren*. I Helsedirektoratet (Seriered.), Vol. 03/2017. Rapport Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/analyse-av-utviklingstrekk-i-omsorgssektoren/Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%202016.pdf/attachment/inline/2fe4ad3d-03ea-4f97-be6d-eb120bbacb21:9c39030245940162be780e98ce622576db2c3ea2/Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%202016.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017b). Nasjonal faglig retningslinje om demens. (Sist faglig oppdatert: 03. januar 2020). Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet. (2017c). *SAMDATA kommune, Rapport IS-2575* Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-kommune/Samdata%20kommune.pdf/attachment/inline/c3461b21-28bo-4cc3-9844-b59dc73978e5:1b63de546d206bf102410e207dd6e9b7dbfd3ed8/Samdata%20kommune.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). Skal lavterskeltilbud rapporteres? Sist faglig oppdatert: 28.06.2018. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/skal-friskliv-lavterskeltilbud-fysioterapi-ergoterapi-og-psykisk-helsetjeneste-rapporteres/skal-lavterskeltilbud-rapporteres>

- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet, (2019b): *Dagaktivitetstilbud i kommunen. For personer med demens og personer med utviklingshemming*. Rapport. Publikasjonsnummer: IS-2885. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/dagaktivitetstilbud-i-kommunen-for-personer-med-demens-og-personer-med-utviklingshemming/Dagaktivitetstilbud%20i%20kommunen%20for%20personer%20med%20demens%20og%20personer%20med%20utviklingshemming.pdf/> /attachment/inline/9f1a2fca-1d87-4d1f-8b2a-b27183589c38:e4cbb66116f626b78a1062ebbb76e53ed339ec73/Dagaktivitetstilbud%20i%20kommunen%20for%20personer%20med%20demens%20og%20personer%20med%20utviklingshemming.pdf
- Helsedirektoratet. (2020). Kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester. Lastet ned fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>
- Hjelmar, Ulf, Bhatti, Yosef, Petersen, Ole Helby, Rostgaard, Tine, & Vrangbæk, Karsten. (2018). Public/private ownership and quality of care: Evidence from Danish nursing homes. *Social Science & Medicine*, 216, 41-49. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.029
- Jensen, Per H., & Lolle, Henrik. (2013). The Fragmented Welfare State: Explaining Local Variations in Services for Older People. *Journal of Social Policy*, 42(2), 349-370. doi: 10.1017/S0047279412001006
- Kadushin, G. (2004). Home health care utilization: A review of the research for social work. *Health Soc. Work*, 29(3), 219-244. doi: 10.1093/hsw/29.3.219
- Kalseth, Jorid. (2003). *Politics and resource use in local government service production*. PhD-avhandling Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/267044>
- Knapp, Martin, Comas-Herrera, Adelina, Astin, Jack, Beecham, Jennifer, & Pendaries, Claude. (2005). Intellectual disability, challenging behaviour and cost in care accommodation: what are the links? *Health & Social Care in the Community*, 13(4), 297-306. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00539.x
- Lindholm, C., Gustavsson, A., Jönsson, L., & Wimo, A. (2013). Costs explained by function rather than diagnosis—results from the SNAC Nordanstig elderly cohort in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(5), 454-462. doi: 10.1002/gps.3844
- Martens, Christine Thokle. (2017). Staten skaper forskjeller i eldreomsorgen. *Kommunal Rapport*. <https://www.kommunal-rapport.no/kronikk/staten-skaper-forskjeller-i-eldreomsorgen/111846/>
- Meinow, Bettina, Kåreholt, Ingemar, & Lagergren, Mårten. (2005). According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden. *Health & Social Care in the Community*, 13(4), 366-377. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00570.x

- Melberg, Hans Olav, & Hagen, Terje P. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 143-158. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-09 ER
- Myrli, Tone Rian, Mortensen, Silje Marie, & Aufles, Beate (2019). *Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-2018* Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-og-variasjon-i-opphold-liggetid-og-andel-reinnleggelser-for-utskrivningsklare-pasienter/IS_2813_Liggetid%20og%20reinnleggelser%20for%20utskrivningsklare%20pasienter%202011-18.pdf/attachment/inline/87530703-2216-46eb-83a6-624683c546c7:794262362a9ae906f49c7b0c53dd73efe8deco8/IS_2813_Liggetid%20og%20reinnleggelser%20for%20utskrivningsklare%20pasienter%202011-18.pdf
- NAOB. (2020). Det Norske Akademis ordbok. Lastet ned fra <https://www.naob.no/>
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou20112011001100odddpdfs.pdf>.
- OECD. (2011). *Health at a Glance 2011; Long-term care expenditure*, p. 161-177 Hentet fra <https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>
- Otnes, Berit, & Haugstveit, Fátima Valdés. (2015). *Kommunal variasjon i omsorgstjenester Rapporter* (Statistisk sentralbyrå), Vol. 2015/44. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/Artikler-og-publikasjoner/attachment/243181?ts=1506fa1fef8>
- PWC, & KS Storbynettverk. (2015). *Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur* Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/1370880-1442869815/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Prosjekter/Program%20for%20ostorbyforskning/PWCrapport%20-%20Ressursbruk%20i%20pleie%20og%20omsorg%20-%20juni2015.pdf>
- Rambøll. (2019). *Kvalitet ved sykehjem i Oslo 2016-2018* Hentet fra <https://www.nhosh.no/contentassets/e2186bb5f34d48b2aab5dc603ef60fb3/rapport-kvalitet-ved-sykehjem-i-oslo-2016-2018.pdf>
- Ramm, Jorun. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester Vol. Statistiske analyser 2013-137*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898>
- Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. Lastet ned fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>
- Rodriguez-Mañas, Leocadio, & Fried, Linda P. (2015). Frailty in the clinical scenario. *The Lancet*, 385(9968), e7-e9. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61595-6

- Romøren, Tor Inge. (2012). *Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere? En kvantitativ analyse* Senter for omsorgsforskning, rapportserie, Vol. 2012 nr. 4. Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/144322/Rapport4_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *St.meld. nr. 50 (1996-97): Handlingsplan for eldreomsorgen: trygghet - respekt - kvalitet*. [Oslo]: [Regjeringen] Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/oa9dcdeb5dc473eb8fdef01e0b5125d/no/pdfs/stm19961997005000oddpdfs.pdf>.
- Stancliffe, Roger J., & Lakin, K. Charlie. (2004). *Costs and outcomes of community services for people with intellectual disabilities*. Baltimore, Md: Brookes.
- Statistisk sentralbyrå. (2019). Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen. Lastet ned fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Stoddart, Helen, Whitley, Elise, Harvey, Ian, & Sharp, Debbie. (2002). What determines the use of home care services by elderly people? *Health & Social Care in the Community*, 10(5), 348-360. doi: 10.1046/j.1365-2524.2002.00380.x
- Stolt, Ragnar, Blomqvist, Paula, & Winblad, Ulrika. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72(4), 560-567. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.11.012
- Sørbye, Liv Wergeland, Schanche, Per, Sverdrup, Sidsel, & Brunborg, Birgit. (2016). *Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad. Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester* Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2419439>
- Tingvold, Laila, & Romøren, Tor Inge. (2015). *Evaluering av omsorgsplan 2015. Tjenestenes innhold og fordeling*. I Senter for omsorgsforskning (Seriered.), *Senter for omsorgsforskning rapportserie*, Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/301423>
- Tretteteig, Signe, Vatne, Solfrid, & Rokstad, Anne Marie Mork. (2016). The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging & Mental Health*, 20(5), 450-462. doi: 10.1080/13607863.2015.1023765
- Trydegård, Gun-Britt, & Thorslund, Mats. (2010). One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care. *Social Policy & Administration*, 44(4), 495-511. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00725.x
- Winblad, Ulrika, Blomqvist, Paula, & Karlsson, Andreas. (2017). Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research*, 17(1), 487. doi: 10.1186/s12913-017-2403-0



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no