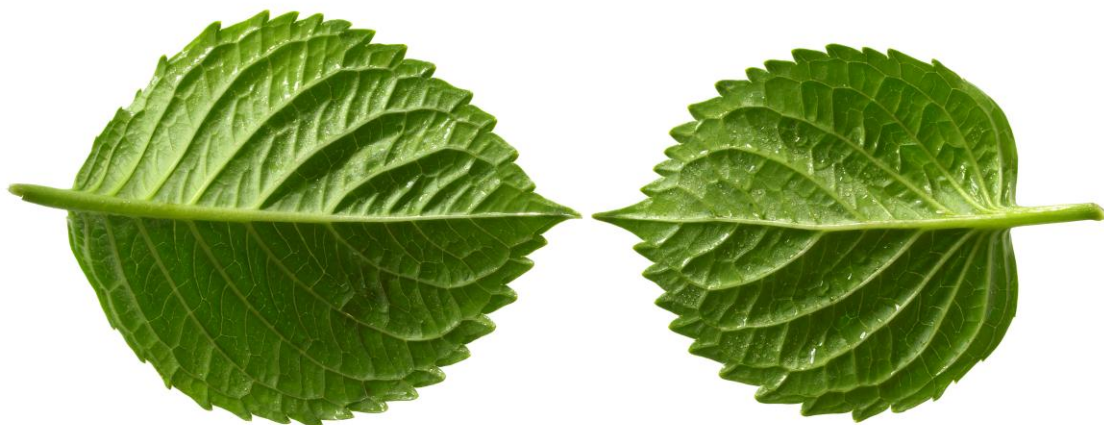


Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen



Oslo, 8. august 2012

Innhold

Forord	1
1 Sammendrag	2
2 Bakgrunn og formål	5
3 Om bestiller-utfører-modellen	11
4 Beskrivelse av bestiller-utfører-modellen i hver kommune/bydel.....	15
5 Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene	29
6 Behovsdekning	34
7 Asymmetrisk informasjon.....	43
8 Incentivstrukturen	50
9 Rettighetsfokus.....	55
10 Styrker og svakheter ved bestiller-utfører-modellen	59
11 Er modellen effektivitetsfremmende eller kostnadsdrivende?.....	63
12 Hva har modellen betydd for utviklingen i tjenesteytingen?	72
13 Hvordan kan modellen utformes for å gi mest mulig effektiv ressursutnyttelse?.....	76
14 Vedlegg 1: Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene: KOSTRA-analyse 78	
15 Vedlegg 2: Intervjuguide	92

Forord

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Program for storbyforskning, har tatt initiativ til en utredning om kostnader og gevinster ved bestiller-utfører-modellen innenfor helse- og omsorgstjenestene. Deltakende byer har vært Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansand, Drammen og Sandnes. Fra Oslo har bydelene Gamle Oslo, Stovner, St. Hanshaugen, Vestre Aker og Østensjø deltatt.

Utredningen er gjennomført i tett samarbeid med representanter fra de nevnte kommunene og bydelene. Vi ønsker å rette en stor takk til de oppnevnte koordinatorene i hver kommune og bydel. Deres innsats i koordineringen av intervju, framskaffelsen av datamateriale og kvalitetssikring av våre beskrivelser og analyser har vært uvurderlig. Vi ønsker også å rette en takk til ASSS-nettverket for pleie og omsorg for interessante diskusjoner og fruktbare innspill i prosessen med bearbeiding og framstilling av funn og anbefalinger.

Prosjektleder i Deloitte har vært Senior Manager Rachel Myhr Williksen. Prosjektmedarbeidere har vært Julie Landmark, Matthias Baaske, Svein Lyngroth, Are Bergquist og Trond Julin. Ansvarlig partner har vært Helge Torgersen.

Prosjektet er finansiert av KS ved Program for storbyrettet forskning

Oslo, 8. august 2012

1 Sammendrag

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Program for storbyforskning, har tatt initiativ til en utredning om kostnader og gevinster ved bestiller-utfører-modellen innenfor helse- og omsorgstjenestene. Trondheim Kommune har vært prosjektførende by. Bakgrunnen for utredningen er et ønske om å evaluere bestiller-utfører-modellen da det de siste årene har blitt stilt spørsmål om modellen er kostnadsdrivende eller effektivitetsfremmende, om modellen har ført til bedre behovsdekning, bedre forvaltning av ressursene, og hvordan modellen har påvirket tjenesteytingen i de store byene.

Deltakende byer har vært Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansand, Drammen og Sandnes. Fra Oslo har bydelene Gamle Oslo, Stovner, St. Hanshaugen, Vestre Aker og Østensjø deltatt.

Effektene av bestiller-utfører-modellen analyseres i en kompleks kontekst med mange variabler som gjensidig påvirker hverandre. Basert på dokumentasjon om bestiller-utfører-modellens formelle utforming og våre informanternes beskrivelser av hvordan modellen faktisk fungerer, er der gjort vurderinger av hvordan bestiller-utfører-modellen, i kombinasjon med andre faktorer, kan ha resultert i de endringene som er påvist.

Blant de seks kommuner og fem bydeler finner vi 11 ulike måter å organisere bestiller- utfører-modellen på. 10 av kommunene/bydelene har skilt forvaltning og tjenesteproduksjon i separate virksomheter for alle helse- og omsorgstjenester. Fem av kommunene/bydelene har innført innsatsstyrt eller aktivitetsbasert finansiering hvor «pengene følger vedtaket». På bakgrunn av dette er kommunene/bydelene delt inn i tre kategorier:

Type bestiller-utfører-modell	Kommuner	Bydeler
1. Har profesjonalisert saksbehandling og behovsvurdering	Sandnes	
2. Har skilt forvaltning og tjenesteproduksjon i separate virksomheter for alle helse- og omsorgstjenester	Drammen Trondheim	Gamle Oslo Stovner Østensjø
3. Som over, men har i tillegg innført ISF eller ABF for noen tjenester og lagt pengene for både kommunale og private utførere hos bestiller	Bergen Kristiansand Stavanger	St.Hanshaugen Vestre Aker

I datamaterialet ser vi ingen klare sammenhenger mellom type bestiller-utfører-modell og utvikling i utgiftsnivå. Vi ser heller ingen klare sammenhenger mellom type bestiller-utfører-modell og utvikling i kostnad pr. tjenestemottaker/kostnad pr. plass. Vi har heller ikke gjort funn som tyder på at en type modell er mer effektivitetsfremmende enn en annen. Dette betyr ikke at det er uvesentlig hvilken bestiller-utfører- modell man velger, men at måten modellen praktiseres på og etterlevelsen av prinsippene i modellen har mer å bety for om modellen virker effektivitetsfremmende, enn modellen i seg selv.

Det avdekket både effektivitetsfremmende og kostnadsdrivende elementer ved praktiseringen av bestiller-utfører-modellen. De effektivitetsfremmende elementene er særlig knyttet til:

- Riktig dimensjonering av nivåene i tjenestekjeden
- Tydelighet i prioriteringen av søkere og en profesjonalisering av vurderingen av bistandsbehov
- Tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte kommunens/bydelens ressurser (plassering av økonomisk ansvar hos bestiller)
- Utforming av vedtak som tar hensyn til kompleksiteten på tjenesten
- Betaling til utfører basert på utført tid
- Rutiner for vurdering/revurdering som sikrer at tjenestemottaker er plassert på riktig nivå i tjenestekjeden i forhold til eget funksjonsnivå

Forekomsten av disse effektivitetsfremmende elementene i storbyene viser at kommunene på mange områder har oppnådd intensjonene med å innføre en bestiller-utfører-modell.

Samtidig har storbyene erfart at det er klare kostnadsdrivende elementer ved bestiller-utfører-modellen. De sterkeste kostnadsdrivende elementer er:

- Bestiller som kun har myndighet til å tildele tjenester i deler av tjenestekjeden, og ikke har anledning til å ta hele tjenestespekteret inn i vurderingen
- En større del av forvaltningsansvaret overlates til utførerne
- En «ventelistepolitikk» som gjenspeiler hva innbyggerne søker om, ikke hva behovet faktisk er
- Tidsfestede vedtak i komplekse tjenester
- Betaling til utfører basert på vedtakstid, hvor det ikke kontrolleres tilstrekkelig for utført tid
- Svake incentiv til å arbeide forebyggende
- Sterkere fokus på søkerens rettigheter enn det helsemessige behovet
- Økt byråkratisering og mer ressurser til administrative oppgaver

Intervjumaterialet viser at storbyene i stor grad er oppmerksomme på de kostnadsdrivende elementene ved bestiller-utfører-modellen. Kommunene synes langt på vei å ha kompensert for effekten av disse gjennom bevisste styringsmessige grep. I sum finner vi derfor at det er de effektivitetsfremmende elementene ved bestiller-utfører-modellen som får størst gjennomslag i praktiseringen av modellen.

Konsistensen i bestiller-utfører- modellen som er innført synes å ha selvstendig påvirkning på om de effektivitetsfremmende elementene i modellen får effekt eller ikke. Med konsistensen i modellen menes samsvar mellom formell organisatorisk struktur, finansieringsmodell og ansvarsdelingen mellom bestiller og utfører i den daglige virksomheten, eksempelvis:

- Organisatorisk plassering av bestillerenheten som samsvarer med styringsstrukturen i kommunen for øvrig og som samsvarer med den myndigheten som er lagt til bestiller
- Praktisering av skillet mellom bestiller og utfører i daglig drift som samsvarer med prinsippene i bestiller-utfører-modellen og kommunens organisasjonsstruktur (ingen sammenblanding av roller, klar kobling til administrativ og politisk ledelse)
- Finansieringsmodell som harmonerer med de resultatkrav som bestiller og utfører møtes med
- Finansieringsmodell fundert på reelle kostnadsdrivere som synliggjør effektiv drift

Kommuner/bydeler som har etablert en effektivitetsfremmende praksis innenfor rammene av bestiller-utfører-modellen er kommuner/bydeler hvor det er samsvar mellom de nevnte størrelsene, hvor rolle- og ansvarsfordelingen mellom bestiller og utfører er avklart, og hvor det er ikke er tvil om hvor det økonomiske ansvaret for volum og produksjon ligger.

Utfordringen for storbyene, og andre kommuner som ønsker å forsterke gevinstene som ligger i en bestiller-utfører-organisering, blir derfor å utforme modellen slik at utnyttelsen av ressursene blir mest mulig effektiv. Ut fra de funn som er gjort, er det noen grep som synes å bidra til effektiv ressursutnyttelse ved innføring og utvikling av bestiller-utfører-modellen:

- Klar kobling mellom politiske prioriteringer på overordnet nivå (bestilling i stort) og tildeling av tjenester (bestilling i smått)
- Samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling og kvaliteten på tjenestene:
 - Tydeliggjøring av bestillers ansvar for aktiviteten (tildeling av tjenester innenfor økonomiske rammer)
 - Tydeliggjøring av utførers ansvar for effektiviteten (tjenesteyting innenfor økonomiske rammer og definert kvalitet)
- Plassering av økonomisk ansvar hos bestillerenheten – tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte kommunens ressurser til innbyggernes beste
- Utbygging av tilbud og tjenester som reflekterer LEON-prinsippet (og ikke behov synliggjort gjennom ventelister)
- Sikre at bestillerenheten har oversikt over helheten i kommunens tjenestekjede og myndighet til å sette sammen pakker av tjenester tilpasset den enkeltes behov
- Utforming av bestiller-utfører-modell og tilhørende finansieringsmodell tilpasset kompleksiteten innenfor den enkelte deltjenestene
 - Der er det er lett å måle produksjonen (eksempelvis praktisk bistand i hjemmet, enkle hjemmesykepleieoppdrag), bør hele behovsvurderingen legges til bestillerenheten, og ISF/ABF-modell baseres på timefestede vedtak og betaling til utfører på utført tid
 - Der er det vanskelig å måle produksjonen ((eksempelvis hjemmetjenestebrukere med behov for varige og koordinerte tjenester, BPA, utviklingshemmede) bør en større del av behovsvurderingen overlates til utfører, ISF/ABF-modell baseres på tjenestebeskrivende vedtak og betaling til utfører kontrolleres for utført tid
- Samsvar mellom valgte finansieringsmodell og de styringsprinsipper utførende enheter er underlagt (mulighet til å måle ressursinnsats og styre på resultat)
- Bruk av bestillerenhetens kompetanse i dialogen med spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter
- Arenaer som legger til rette for god dialog mellom bestiller og utfører (arenaer som inkluderer både kommunale og private utførere)
- (Videre)utvikling av teknologi (fagprogram), styringssystemer og rutiner som legger til rette for effektiv ressursbruk

2 Bakgrunn og formål

2.1 Bakgrunn

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Program for storbyforskning, har tatt initiativ til en utredning om kostnader og gevinster ved bestiller-utfører-modellen. Trondheim Kommune har vært prosjektførende by.

Bakgrunnen for utredningen er et ønske om å evaluere bestiller-utfører-modellen da det de siste årene har blitt stilt en rekke spørsmål rundt modellen og hvordan den praktiseres. Det har vært stilt spørsmål om modellen er kostnadsdrivende og om bestillers fokus ligger på rettighetene til den enkelte bruker eller om bestiller er opptatt av en helhetlig, god forvaltning av ressursene. Andre spørsmål som er stilt er hvordan modellen har påvirket tjenesteytingen, og om innføringen av modellen har ført til en bedre behovsdekning og om effektiviteten har økt.

I oktober 2011 fikk Deloitte oppdraget med å vurdere kostnader og gevinster ved bestiller-utfører-modellen.

2.2 Formål

Formålet med utredningen er å belyse tre hovedtemaer:

- Gi økt kunnskap og dokumentasjon om styrker og svakheter ved bestiller-utfører-organiseringen
- Finne frem til hovedelementer i modellen som er kostnadsdrivende og hovedelementer som gir økt effektivitet
- Gi en vurdering og anbefaling om hvordan bestiller-utfører-modellen kan utformes for å gi mest mulig effektiv utnyttelse av ressursene

Med bakgrunn i storbyenes erfaringer med bestiller-utfører-organiseringen, var det formulert noen hypoteser om bestiller-utfører-modellens virkemåte. Hypotesene var knyttet til fire dimensjoner ved bestiller-utfører-modellen. Det er disse dimensjonene som har dannet rammeverket for vår utredning:

- **Behovsdekning** – Tanken er at tjenestene blir mer tilpasset den enkelte bruker ved at bestillerrollen profesjonaliseres. Utfordringen er om dette resulterer i at flere får riktige tjenester som gjør at mottaker kan mestre sin egen hverdag på best mulig måte. Det kan være like uheldig for bruker å få for mye tjenester som å få for lite tjenester.
- **Asymmetrisk informasjon** – Mange av tjenestene som leveres innen helse- og omsorgstjeneste er komplekse, og det vil ofte forekomme en viss grad av skjønnsutøvelse. Hvis en mengde tjenester oppfattes som utilstrekkelig kan man anta at utfører, tjenestemottaker eller pårørende raskt vil melde fra om dette. Kan man derimot anta at man vil få like rask tilbakemelding hvis tjenesten oppfattes som mer enn tilstrekkelig, altså at mottaker får mer tjenester enn han/hun har behov for? Utfører har i de aller fleste tilfeller svake incentiver til å si fra om slike tilfeller, siden man da risikerer å få reduiseringer i de tilførte midlene. Tjenestemottaker eller pårørende har heller ikke incentiver til å si ifra. Mekanismene i bestiller-utfører-modellen gjør at det er lett å oppdage feilbestillinger hvor det mottas for lite tjenester, men at det kan være vanskelig å oppdage tilfeller hvor mottaker får for mye tjenester. Kan dette resultere i at noen får mer tjenester enn de har behov for?

- **Incentivstrukturen** – et annet viktig forhold å belyse er incentivstrukturen i forhold til forebyggende virksomhet. Utførerleddet kan mangle incentiver til å redusere kostnader på sikt da mekanismene er slik at ressurser følger med bestillinger. Kan dette føre til en mindre effektiv utnyttelse av ressursene og et mindre fokus på forebyggende arbeid?
- **Rettighetsfokus** – brukers rettigheter og likebehandling står sterkt i bestiller-utfører-modellen. Kan fokus på rettigheter føre til en større etterspørsel av tjenester fordi det er en rettighet uavhengig av om behovet er endret?

Hypotesene som oppdragsgiver har formulert i tilknytning til de fire dimensjonene er fundert i erfaringer om at bestiller-utfører-modellen kan virke kostnadsdrivende. Deloitte's oppdrag har vært konsentrert om å bekrefte eller avkrefte disse hypotesene.

2.3 Deloitte's tilnærming til oppdraget

Bestiller-utfører- modellen innebærer at det innføres et formelt og organisatorisk skille mellom kommunens forvaltningsoppgaver på den ene siden og kommunens tjenesteproduksjon på den andre. De fleste store norske kommuner (med mer enn 10 000 innbyggere) har nå valgt å skille mellom tildeling av tjenester (bestilleroppgaver) og tjenesteutøvelsen (utføreroppgaver). Praktiseringen av skillet varierer imidlertid fra kommune til kommune. Med grunnlag i Deloitte's erfaringer på dette området har vi valgt å skille eksplisitt mellom den formelle organiseringen av bestiller-utfører-modellen og selve praktiseringen av modellen.

Vi har også valgt å skille eksplisitt mellom det vi har kalt «bestilling i stort» og «bestilling i smått». Med «bestilling i stort» mener vi bestillers ansvar for å bestille rett type og mengde tjenester med rett kvalitet på et overordnet nivå. Med «bestilling i smått» mener vi kommunenes ansvar for å tildele enkelttjenester i henhold til lovfestede rettigheter.

Vår tilnærming til oppdraget tar utgangspunkt i skillet mellom forvaltning, tjenesteproduksjon og bestilling på system- og individnivå. Dette kan illustreres slik:



Figur 1: Skille mellom bestiller i stort og bestiller i smått

2.4 Hvilke kommuner har inngått i studien

Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Kristiansand var initiativtakere til utredningen. Prosjektet har konsentrert seg om erfaringer med bestiller-utfører-modellen i disse storbyene. I tillegg har vi inkludert to andre storbyer som ikke har en rendyrket bestiller-utfører-modell;

Drammen og Sandnes. Vi valgte å ta de to sistnevnte kommunene med i datagrunnlaget for å gå dypere inn i betydningen av forskjeller i organisering.

Oslo kommune er delt inn i femten bydeler. Organiseringen av bestiller-utfører-modellen avgjøres lokalt, og hver bydel har «sin» modell. Fem bydeler ble valgt ut til å delta i denne studien. De er valgt ut i samråd med Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester,¹ med sikte på å gi et representativt bilde av bestiller-utfører-organiseringen i Oslo. Deltakende bydeler fra Oslo er Gamle Oslo, Stovner, St. Hanshaugen, Vestre Aker og Østensjø.

Bestiller-utfører-modellen har vært virksom i flertallet av studiekommunene i en årrekke. For å avgrense studien og bedre mulighetene til å gå dypere inn i de aktuelle problemstillingene, har vi valgt å avgrense tidsperioden for undersøkelsen til forrige bystyreperiode.

2.5 Metodevalg og metodiske utfordringer

Formålet med oppdraget innebærer en metodisk tilnærming som hovedsakelig er kvalitativ. Vi har valgt en metodisk tilnærming hvor intervju med sentrale ledere og medarbeidere i studiekommunene utgjør en sentral del av datagrunnlaget. Intervjumaterialet er supplert med styringsdokumenter fra kommunene/bydelene og KOSTRA data for perioden 2008-2011.

Den valgte metodiske tilnærmingen har gitt oss et bredt dokumentasjons- og intervjumateriale, hvor bestiller-utfører-modellens virkemåte beskrives fra ulike perspektiv. Vi har således et solid grunnlag for å vurdere under hvilke forutsetninger ulike mekanismer ved modellen trer inn, og hva som fremmer eller hemmer modellens virkemåte. Samtidig er det noen metodiske utfordringer ved en slik tilnærming. Disse er det gjort nærmere rede for i avsnittene nedenfor.

2.5.1 Intervju

Det ble gjennomført intervju i to omganger. Følgende deltok i intervjuene:

- kommunaldirektør/bydelsdirektør
- økonomirådgiver
- leder og saksbehandlere ved bestillerenhetene
- ledere for utførende enheter innenfor institusjonsomsorgen, hjemmetjenesten og tjenesten til utviklingshemmede
- tillitsvalgte

I Oslo ble også representanter fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Sykehjemsetaten intervjuet. De private leverandørene av hjemmetjenester i Oslo har ikke deltatt i undersøkelsen (leverer ca 25% av tjenestene). Det er kun de kommunale utførerne som er intervjuet.

Totalt er det gjennomført intervju med ca. 250 personer – 70 personer fra Oslo og 180 fra de andre storbyene.

Under hvert hovedtema i intervjuguiden var det formulert en oppsummerende påstand som intervjuobjektene ble bedt om å ta stilling til. Dette grepet har gjort det mulig å kvantifisere intervjuobjektene svar og sammenligne synspunkt på bestiller-utfører-modellens virkemåte på tvers av kommuner og bydeler. Det er benyttet en svarskala fra 1 til 5, hvor 1 representerer «helt uenig» og 5 representerer «helt enig». Svarene fra hver kommune, bydel og gjennomsnitt

¹ Kriterier for utvelgelse var variasjon i demografisk profil, sosio-økonomiske forhold og geografisk fordeling.

for bydelene i Oslo er oppsummert i en gjennomsnittsscore og framstilt grafisk. Intervjuguiden følger som vedlegg 2.

Det er variasjoner i antallet intervjukandidater fra hver kommune og bydel. Det er derfor noe ulikt hvor mange respondenter som står bak svarene for hver kommune/bydel. Antall respondenter for hver kommune/bydel angis i omtalen av resultatene på hver påstand.

Som en følge av forskjeller i organisering og størrelsen på bestillerenhet og utførende virksomheter, er det ulikheter med tanke på hvilket nivå i organisasjonen intervjukandidatene representerer. Respondentenes perspektiv – overordnet eller operativt – vil derfor variere noe fra kommune til kommune og bydel til bydel.

Ved gjennomgang av svarene på de oppsummerende påstandene viste det seg at respondenter i noen kommuner/bydeler er gjennomgående mer positive på alle spørsmål enn respondenter fra andre kommuner/bydeler. I tolkningene av resultatene medfører dette en metodisk utfordring. Er de påviste forskjellene mellom kommunene/bydelene reelle? I omtalen av styrker og svakheter ved bestiller-utfører-modellen har vi derfor relativitetsjustert svarene for den enkelte kommune/bydel.²

Det er avdekket interessante forskjeller mellom kommuner og bydeler når det gjelder kostnader og gevinster ved bestiller-utfører-modellen. De metodiske svakhetene som er omtalt ovenfor medfører at disse forskjellene må tolkes med forsiktighet.

2.5.2 Styringsdokumenter

Sentrale styringsdokumenter og informasjon om organisering og ansvarsforhold er innhentet fra hver kommune. Formatet på og detaljeringsgraden i disse dokumentene varierer. Ved behov er manglende data supplert med tilleggsopplysninger fra en eller flere av informantene. Årsmeldingene fra hver kommune/bydel de siste fire år er systematisk gjennomgått for å belyse økonomisk styring og grad av budsjettbalanse. Årsakene til økonomiske overskridelser er ofte sammensatte. I vår omtale av hvor økonomiske overskridelser har oppstått, og hva de skyldes, har det vært nødvendig å spisse årsakssammenhengene. Dette medfører at alle underliggende faktorer og årsaksforhold ikke er belyst.

2.5.3 KOSTRA- data

For å kunne belyse utviklingen i utgiftsnivå, dekningsgrader og kostnader pr. tjenestemottaker er KOSTRA-tall for perioden 2008-2011 benyttet. Det er også benyttet befolkningsdata fra SSB.

De KOSTRA-data som benyttes i denne utredningen er dels basert på innrapporterte regnskapstall og dels på registrering i IPLOS.³ Det er kjent at registreringspraksis og vurderingen av den enkelte brukers behov varierer fra kommune til kommune. I tillegg har flere av kommunene avdekket feil ved egen IPLOS-registrering. I analysen av KOSTRA-data

² Resultatene for hver kommune/bydel er omregnet til en skala fra 1-100, hvor det er justert for kommunens/bydelens mest positive svar. Dermed framgår det tydeligere hvilke aspekter ved bestiller-utfører-modellen den enkelte kommune/bydel er mest positive og mest negative til.

³ IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister som danner grunnlag for blant annet nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. I IPLOS registreres opplysninger om tjenestemottakeren, type tjeneste, omfang av tjenesten og tjenestemottakerens bistandsbehov. "Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk" (17. februar 2006 nr 204).

som er basert på IPLOS er det derfor utviklingen i den enkelte kommune vi primært er opptatt av å belyse, og ikke forskjeller mellom kommunene.

2.6 Gjennomføring

Oppdraget ble gjennomført som et prosjekt med fem hovedfaser. I oppstartsfasen ble det oppnevnt en koordinator i hver kommune/bydel. Koordinatorene har bidratt sterkt i datainnsamling, planlegging av intervju, samt kvalitetssikring av beskrivelser, analyser og funn i alle prosjektets faser.

De fem fasene var definert som følger:

- 1. Prosjektplanlegging med koordinatører i hver kommune/bydel**
- 2. Kartlegging av *formell* organisering, type bestiller-utfører-modell og type finansieringsmodell. Dokumentasjon innhentet i denne fasen var bl.a.:**
 - Organisasjonskart
 - Beskrivelse av finansieringsmodell
 - Politiske saker og andre styringsdokumenter som beskriver innføringen av og endringer i kommunens/bydelens bestiller-utfører-modell
 - Årsrapporter for perioden 2008-2011
 - KOSTRA-data for perioden 2008-2011

I denne fasen ble det også gjennomført telefonintervju med nøkkelpersoner i hver kommune/bydel for å få en dypere innsikt i de formelle aspektene ved bestiller-utfører-organiseringen (3-4 intervju pr kommune/bydel).
- 3. Kartlegging av hvordan bestiller-utfører-modellen *faktisk fungerer* - status og utvikling over tid**

Kommunebesøk og intervju. Totalt ble det gjennomført 6-8 intervju i hver kommune og 3-4 intervju i hver bydel.
- 4. Sammenstilling og analyse av datagrunnlaget fra fase 2 og 3**

Presentasjon og drøfting av hovedfunn med referansegruppen og representanter for de øvrige ASSS-kommunene.
- 5. Utarbeidelse av rapport**

Utkast til hovedrapport gjennomgått og drøftet med referansegruppen.

2.7 Rapportens oppbygning

- I kapittel 1 gis et sammendrag av hovedfunn og anbefalinger
- Kapittel 2 er en gjennomgang av bakgrunn for og formålet med rapporten, inkludert beskrivelse av metode og prosjektgjennomføring
- Kapittel 3 er en gjennomgang selve bestiller-utfører- modellen med definisjoner og avgrensninger
- I kapittel 4 gis en beskrivelse av faktiske forhold ved bestiller-utfører-modellen i alle kommuner/bydeler
- Kapittel 5 er en KOSTRA-basert analyse av utviklingen i helse- og omsorgssektoren de siste fire år
- I kapittel 6-9 analyseres bestiller-utfører-modellen i lys av de fire dimensjonene
- Kapittel 10 er en analyse av styrker og svakheter ved modellen

- I kapittel 11 går vi nærmere inn på hvilke elementer ved bestiller-utfører-modellen som virker effektivitetsfremmende og hvilke som virker kostnadsdrivende
- Kapittel 12 er en gjennomgang av hva modellen har betydd for tjenesteytingen i de store byene
- Kapittel 13 er en analyse av hvordan bestiller-utfører-modellen kan utformes for å gi mest mulig effektiv utnyttelse av ressursene

3 Om bestiller-utfører-modellen

3.1 Definisjon og avgrensning

Bestiller-utfører-modellen ble introdusert med New Public Management-bølgen på midten av 1990-tallet.⁴ I storbyene ble modellens aktualitet forsterket gjennom introduksjonen av kommersielle private tjenesteleverandører innenfor helse - og omsorgstjenestene.

Som nevnt innebærer bestiller-utfører- modellen at det innføres et formelt og organisatorisk skille mellom kommunens forvaltningsoppgaver på den ene siden og kommunens tjenesteproduksjon på den andre. Bestiller i stort har ansvaret for at kommunen kan tilby sine innbyggere helse- og omsorgstjenester i riktig volum og av riktig kvalitet. Bestiller i smått har ansvaret for å tildele tjenester i henhold til lov, forskrift og lokalt vedtatte kriterier for tildeling. Utfører har ansvaret for å gi en spesifisert type og mengde tjeneste til tjenestemottaker. For at modellen skal fungere i henhold til prinsippene må det følge ressurser med bestillingen (vedtaket) til utførerleddet. Utfører blir således ansvarlig for effektiviteten, mens bestiller blir ansvarlig for aktiviteten.

Styringsdokumenter som beskriver intensjonene med å innføre bestiller-utfører-modellen viser at storbyene, gjennom å skille forvaltning og tjenesteproduksjon, har ønsket å oppnå bedre rettssikkerhet og likebehandling, bedre samsvar mellom bistandsbehov og vedtak og bedre (økonomisk) styring av helse -og omsorgstjenestene.

Mange norske kommuner, også noen av våre studiekommuner, har valgt å innføre et formelt og organisatorisk skille mellom forvaltning og tjenesteproduksjon, *uten* at pengene følger vedtaket. I disse kommunene har man valgt å profesjonalisere bestillerfunksjonen, uten at prinsippene i modellen er fulgt i sin helhet. Det er altså ikke én måte å skille forvaltning og drift på, og bestiller-utfører-modellen finnes i mange varianter. I neste kapittel presenteres en kategorisering av kommuner og bydeler med grunnlag i noen sentrale kjennetegn ved hovedformene for bestiller-utfører-organisering.

3.2 Begrepsavklaringer

I rapporten benyttes en rekke betegnelser og begrep det kan være hensiktsmessig å avklare innledningsvis. Noen av begrepene er «samlebegrep» introdusert for å fungere som fellesbenevnelse, der kommunene/bydelene operer med forskjellige navn.

Bestillerenhet: Benyttes som fellesbenevnelse for kommunens bestillerfunksjon. I vår terminologi kalles også dette «bestiller i smått». Bestillerenhetene har ansvar for å behandle søknader om helse- og omsorgstjenester og har vedtaksmyndighet i enkeltsaker som gjelder disse tjenestene. Kommunene og bydelene har valgt forskjellige benevnelser på sine bestillerenheter (Kontor for tildeling av tjenester, Helse og velferdskontor m.v.). I omtalen av den enkelte kommune/bydel benyttes disse benevnelserne.

«Bestiller i stort»: Overordnet bestillerfunksjon med ansvar for å bestille rett type og mengde tjenester med rett kvalitet på et overordnet nivå. Politisk nivå og kommunens/bydelens toppledelse (rådmann, kommunaldirektør, bydelsdirektør).

⁴ Tor Busch, Jan Ole Vanebo: Modernisering av offentlig sektor : new public management i praksis. Universitetsforlaget, 2001.

«**Bestiller i smått**»: Med «bestilling i smått» mener vi bestillerfunksjon med ansvar for å vurdere behov og tildele enkelttjenester i henhold til lovfestede rettigheter, jmf bestillerenhet over.

Helse -og omsorgstjenester: Helse- og omsorgstjenester benyttes i denne rapporten som en fellesbetegnelse på de tre hovedtjenestene kommunene har ansvar for; institusjonsomsorg, hjemmetjenester og aktivisering (se under). Begrepene *pleie- og omsorgstjenester* og *helse- og omsorgstjenester* benyttes om hverandre i kommunene. Med innføringen av nytt lovverk og ny Helse- og omsorgslov, er nå helse- og omsorgstjenester det begrepet som benyttes mest.⁵

Institusjonsomsorg: Bistand, pleie og omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (KOSTRA-funksjon 253). Begrepet institusjon i denne sammenheng omfatter både institusjonsplasser til eldre (syke- og aldershjem) og institusjonsplasser til funksjonshemmede/utviklingshemmede (barnebolig, avlastningsbolig). Sykehjemsplassene utgjør den største andelen institusjonsplasser i alle kommuner.

Hjemmetjenester: Helse- og omsorgstjenester ytt til personer som bor i eget hjem (inkludert tjenester til beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede med eller uten fast bemanning). Tjenestene er (jf. IPLOS registerkort og veileder): praktisk bistand, daglige gjøremål og opplæring i daglige gjøremål, brukerstyrt personlig assistent, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn, pleie og omsorg utenfor institusjon (hjemmesykepleie og vedtak/beslutning om bistand som ledd i kommunens psykiske helsearbeid). KOSTRA-funksjon 254.

Aktivisering: Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede (KOSTRA-funksjon 234). Tilbudet inkluderer en rekke tjenester:

- eldrecentre og dagsentre for hjemmeboende
- aktivitetssentre for utviklingshemmede m.m.
- aktivisering av funksjonshemmede barn utover aktivisering i forbindelse med grunnskoleundervisning
- transporttjenester
- støttekontakt
- matombringing
- trygghetsalarm
- vaktmester
- vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak
- ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre og funksjonshemmede
- frivillighetssentraler
- frisør og fotpleie til eldre og funksjonshemmede

Mennesker med nedsatt funksjonsevne: Mennesker med nedsatt funksjonsevne benyttes som en samlebetegnelse på tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning og tjenestemottakere med fysiske funksjonshemninger. I noen av studiekommunene benyttes funksjonshemmede som en samlebetegnelse og kortform for disse brukergruppene, i andre kommuner benyttes utviklingshemmede på samme måte.

⁵ Definisjonen av begrepene institusjonsomsorg, hjemmetjenester og aktivisering er hentet fra veilederen for KOSTRA- rapportering for 2011.

LEON-prinsippet: Bærende prinsipp innenfor helse- og omsorgstjenestene. Innebærer at tjenester skal tildeles og utøves på Laveste Effektive OmsorgsNivå.⁶ Begrepene LEON og BEON (se nedenfor) brukes til dels om hverandre. I denne rapporten er det begrepet LEON som benyttes, med henvisning til tildelingspraksis og tjenesteutøvelse innenfor kommunens tjenestespekter.

BEON-prinsippet: Introdusert i forarbeidet til samhandlingsreformen og tydeliggjør nye prinsipper for ansvarsdeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Pasienten skal behandles på Beste Effektive OmsorgsNivå.⁷

ADL: Står for «Activities of daily living» og er et system for registrering av funksjonsnivå. ADL- kartlegging benyttes i forbindelse med registrering i IPLOS, og gir en indikasjon på brukerens bistandsbehov.⁸

Innsatsstyrt finansiering (ISF): Innsatsstyrt finansiering er et aktivitetsbasert finansieringssystem som tar hensyn til variasjon i behov gjennom året. Med hvert vedtak om tjenestetildeling som fattes, følger det finansiering. På denne måten finansieres virksomheten etter innsats eller aktivitet. Dette systemet krever at tjenestene prises.⁹ Aktivitetsbasert metodikk benyttes for å kalkulere prisene. I kommunene/bydelene brukes begrepene ISF og ABF (se nedenfor) om hverandre.

Aktivitetsbasert finansiering (ABF): Finansiering gjennom en ABF-modell medfører at utførerene finansierer sine utgifter ved at de får betaling for omfanget av tjenester (aktiviteter) de utfører. Kommunens totale budsjettamme for ulike tjenesteområder er et politisk ansvar og fastsettes av bystyret gjennom årsbudsjettet. Bestillerenhetene gjør behovsvurdering og fatter vedtak om tildeling av tjenester til innbyggerne. Med hvert vedtak følger aktivitetsbasert finansiering. Utførerene leverer tjenester til brukerne iht. vedtak og får betaling.¹⁰

3.3 Innledende betraktninger

Blant våre seks kommuner og fem bydeler finner vi 11 ulike måter å organisere bestiller-utfører-modellen på.

Modellen er innført over tid og det er gjort mange justeringer og tilpasninger underveis. Noen kommuner/bydeler har «strammet opp» det organisatoriske skillet mellom bestiller og utfører for å tydeliggjøre bestillers og utførers respektive ansvar. Andre har løsnet opp i den formelle strukturen, fordi de erfarte at skillelinjene mellom bestiller og utfører ble for rigide.

Bestiller-utfører-modellen er innført samtidig med andre organisatoriske og styringsmessige grep som i større eller mindre grad bidrar til å forsterke effektene av modellen. 10 av kommunene/bydelene har skilt forvaltning og tjenesteproduksjon i separate virksomheter for alle helse- og omsorgstjenester. Fem av kommunene/bydelene har innført innsatsstyrt eller

⁶ Stortingsmelding nr. 9 (1974–75)

⁷ St.meld. nr. 47 (2008-2009)

⁸ Helse- og omsorgsdepartementet: Forslag til informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Rapport fra intern arbeidsgruppe, avgitt februar 2000. Helsedirektoratet: Iplosveileder for personell i kommunale helse-og-sosialtjenester (IS-1112)

⁹ Kristiansand kommune: Veileder i innsatsstyrt finansiering for pleie- og omsorgstjenester (2002).

¹⁰ Bergen kommune: Byråds sak av 3. november 2011. Evaluering av aktivitetsbasert finansiering i Byrådsavdeling for helse og omsorg

aktivitetsbasert finansiering hvor «pengene følger vedtaket». Disse forholdene gjør det vanskelig å identifisere effekten av bestiller-utfører-modellen i seg selv. Modellen opptrer ikke isolert, men påvirker organisasjonens virkemåte i samspill med andre faktorer.

Effektene av bestiller-utfører-modellen analyseres i en kompleks kontekst med mange variabler som gjensidig påvirker hverandre. Basert på oversendt dokumentasjon om bestiller-utfører-modellens formelle utforming og våre informanternes beskrivelser av hvordan modellen faktisk fungerer, gjøres vurderinger av hvordan bestiller-utfører-modellen, i kombinasjon med andre faktorer, kan ha resultert i de endringene som er påvist.

Gitt de eksterne påvirkningsfaktorene vil vi ikke være i stand til å gi ensbetydende svar på de problemstillingene som reises. Med grunnlag i et bredt dokumentasjons- og intervju materiale, vil vi være i stand til å identifisere mekanismer ved bestiller-utfører-modellen som virker kostnadsdrivende, under hvilke forutsetninger de kostnadsdrivende elementene trer inn, og hvordan kommunene kan dempe deres effekt. Tilsvarende vil vi kunne dokumentere de effektivitetsfremmende mekanismene ved modellen, under hvilke forutsetninger de trer inn, og hvordan kommunene kan fremme deres effekt. Våre funn må derfor forstås som tendenser dokumentert gjennom et omfattende kvalitativt materiale, snarere enn presise svar.

4 Beskrivelse av bestiller-utfører-modellen i hver kommune/bydel

4.1 Innledning

Som nevnt har våre seks kommuner og fem bydeler 11 ulike måter å organisere bestiller-utfører-modellen på. For å gi en kortfattet introduksjon til de vesentlige forskjellene i organisering og finansieringsmodell, har vi valgt å systematisere informasjonen innhentet fra kommunene og bydelene i en tabell. Denne gir oversikt over kommunenes og bydelenes organisering av helse- og omsorgstjenester, organiseringen av bestillerfunksjonen, finansieringsmodellen og hvordan den økonomiske styringen har vært de siste årene. Framstillingsmåten gjør det mulig å sammenligne kommunene og bydelene på tvers.

Opplysningene som framstilles er:

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Hvor finner vi helse og omsorgstjenestene i kommunens overordnede organisering?	Navn på bestillerfunksjon: Antall bestillereenheter	Hvordan beregnes de økonomiske rammene for helse- og omsorgstjenestene totalt sett? Rammefinansiering? Kriteriemodell?	Budsjettbalanse eller overskridelser for helse- og omsorgstjenestene som helhet siste tre år? Størrelse på overskridelser i NOK
Hvem har den overordnede ledelsen for helse og omsorgstjenestene	Hvordan er den interne organiseringen av bestillerfunksjonen?	For hvilke tjenester er budsjettet lagt ut på de utførende enhetene? Hvilke tjenester har bestiller budsjettansvar for?	Hvordan har utviklingen vært? Forbedring eller forverring?
Hvordan er bestiller- og utførerfunksjonene organisert under overordnet ledelse. På linje?	Hvilke helse- og omsorgstjenester er det bestillerfunksjonen har ansvar for å tildele? Hvilke aldersgrupper?	Hvordan beregnes de økonomiske rammene for utfører og bestiller? Ramme? ISF? ABF? Annet?	Hvilke tjenester har overskridelser? Hva er årsakene? Volum eller produksjon?
Bydelsorganisering eller annen geografisk inndeling?	Bestillerfunksjonens ansvar for avtaler med private leverandører	Kort beskrivelse av modell for hver deltjenestene.	Hvilke konsekvenser får økonomiske overskridelser for bestiller og/eller utfører?
Brukervalg? Private utførere			

Tabell 1: Tabell over nøkkelopplysninger vi har innhentet

4.2 Bergen kommune



Bergen kommune er Norges nest største by med ca. 265 000 innbyggere. Det er en viktig nærings- og handelsby og er norsk sentrum for marine, maritime og petroleumsrelaterte forskningsmiljøer og næringsklynger.

Bergen har en parlamentarisk modell med totalt syv byrådsavdelinger hvor byråd for Helse og omsorg har det overordnede ansvaret for tjenestene som leveres innenfor denne sektoren. Høyre har hatt politisk flertall siste og inneværende bystyreperiode.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Bergen har parlamentarisk modell, hvor Byråd for Helse og omsorg har det overordnede ansvaret for helse og omsorgstjenestene. Det er sju byrådsavdelinger totalt.	Navn på bestillerfunksjon: Forvaltningskontor. Etat for forvaltning har tre forvaltningskontor. Hvert kontor har ansvar for 2-3 bydeler.	Bergen opererer med en kombinasjon av rammebudsjettering og ABF.	Ikke balanse de tre siste årene, men sterkt reduserte budsjettavvik.
Kommundirektør for helse og omsorg er øverste administrative leder for helse og omsorgstjenestene.	Forvaltningskontorene er organisert i.h.t brukergruppe (eldre, utviklingshemmede).	Budsjett for alle helse- og omsorgstjenester ligger hos forvaltningskontorene.	Innenfor pleie og omsorg var det et budsjettunderskudd på 95 mill i 2008. Dette ble redusert til et merforbruk på 57 mill. i 2009 og deretter redusert til et merforbruk på 8 mill i 2010. i 2011 opplevde sektoren et mindrerforbruk på 31,4 mill. kr.
Bergen innførte i 2010 etatsorganisering. Det er en etat for forvaltning og seks etater for de utførende tjenestene. Den kommunale Hjemmehjelpstjenesten er organisert i eget foretak.	Forvaltningskontorene har ansvar for å tildele alle helse- og omsorgstjenester (psykisk helse er lagt over i annen byrådsavdeling fra 01.01.12)	ABF er innført for hjemmesykepleien. Tjenester til utviklingshemmede har innført det for individuelle tjenester til hjemmeboende utviklingshemmede og for felles tjenester til utviklingshemmede i bolig. Det er med andre ord ikke innført for individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig og innen psykiatri.	Aktivtetsavvik fordi det tildeles mer tjenester enn rammene tillater - mest innenfor BPA , hjemmesykepleie og tjenesten til utviklingshemmede.
Bestillerfunksjonen og de utførende enhetene er hovedsakelig organisert i.h.t geografisk bydelsinndeling.	Etat for forvaltning følger opp private utfører av hjemmesykepleie, mens Etat for hjemmesykepleie følger opp private utførere av praktisk bistand.	Sykehjem: Aktivtetsstyrt finansiering, en normpris pr plass som korrigeres for spes. Aldershjem; rammefinansiert. Hjemmetjenester og funksjonshemmede: aktivtetsstyrt finansiering på de individuelle tjenestene, ramme på miljøtjenester tilknyttet bolig.	Konsekvenser for forvaltningsenhetene: Pålegg om strammere og mer ensartet tildelingspraksis
Bergen har brukervalg innenfor hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Flere syke- og aldershjem drives av ideelle private leverandører.	Forvaltningskontorene ligger på samme nivå som de utførende enhetene, men rapporterer via etatssjef		

Tabell 2: Oppsummering Bergen kommune

4.3 Drammen kommune



Drammen kommune har ca. 65 000 innbyggere og er administrasjonssenter for Buskerud fylkeskommune. Drammen kommune styres etter formannskapsmodellen. Det politiske flertallet i bystyreperioden 2007-2011 var basert på et formalisert samarbeid mellom Høyre, Fremskrittspartiet (Frp), Kristelig folkeparti (KrF), Venstre og Drammen Byliste. Bystyret har i perioden 2011-2015 et borgerlig flertall bestående av Høyre, Frp, Venstre og

KrF.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Drammen har en tonivåmodell med tre kommunaldirektører og 41 tjenesteytende virksomheter.	Navn på bestillerfunksjon: Kontor for tjenestetildeling og samordning (KFT). Drammen har én bestillerenhet.	Rammefinansiering basert på historiske tall og forventet vekst .	Helse- og omsorgstjenestene har hatt budsjettoverskridelser i 2009 og 2010 med hhv. 4,9 og 13,3 Mill kr. I 2008 gikk tjenesten i pluss med over 7 Mill kr.
Helse- og omsorgstjenesten i Drammen kommune består av sju virksomheter underlagt helse- og sosialdirektør	KFTs saksbehandlere er organisert i etter brukergruppe. Tildeling av tjenester til funksjonshemmede er nylig overført hit.	Budsjettet ligger på de utførende enhetene. KFT har budsjettansvar for omsorgslønn, avlastning, BPA, private kjøp av private plasser og støttekontakt.	I 2009 opplevde kommunen overskridelser ved institusjon, KFT, og Geriatrik kompetansesenter . I 2010 var det en betydelig overskridelse for ekstra bemanning til særskilte pleie trengende pasienter utover normal drift . Det er kun hjemmetjenesten som har gått i balanse.
Bestillerfunksjon og de utførende enhetene er organisert i direkte linje under Helse- og sosialdirektør.	KFT har ansvar for å tildele alle helse og omsorgstjenester til brukere over 18 år.	Private leverandører av hjemmehjelp opererer med timepris. For de andre tjenestene er det rammefinansiering.	Overskridelsene i Drammen skyldes både volumøkning hos KFT og produktivitetsutfordringer hos utførerne.
Hjemmetjenesten og institusjonstjenesten er delt i to store geografiske enheter. Omsorgstiltakene (utviklingshemmede) er byovergripende.	KFT trekkes i liten grad inn i ift avtaler med private leverandører	Kun historisk basert rammefinansiering benyttes. Det foretas ingen differensiering av type plass eller variasjoner i brukernes bistandsbehov	KFT beholder inntil 2% av mer/ mindreforbruk og tar dette med inn i neste års budsjett. Utførerne har sluppet å ta med merforbruket inn i sine budsjetter.
Drammen har brukervalg på praktisk bistand.			

Tabell 3: Oppsummering Drammen kommune

4.4 Kristiansand kommune

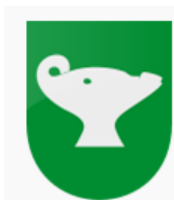


Kristiansand, med sine ca 83 000 innbyggere, er Sørlandets regionsentrum og administrasjonssenter for Vest-Agder fylke. Kristiansand kommune styres etter formannskapsmodellen. Høyre er det største borgerlige partiet og kommunen styres av et samarbeid mellom Høyre, KrF og Frp.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Kristiansand har sektororganisering med fire tjenesteytende sektorer.	Navn på bestillerfunksjon: Enhet for bolig- og tjenestetildeling (EBT). Kristiansand har én bestillerfunksjon.	Det er rammefinansiering for sektoren totalt. Denne beregnes basert på historiske tall, pluss eventuelle justeringer for nye oppgaver.	Helse- og omsorgstjenestene har hatt budsjettoverskridelser siste tre år. Overskridelsene utgjorde i 2008 kr. 1,2 mill (0,2%), i 2009 kr. 26,8 mill (3,2%) og i 2010 kr. 14,9 mill (1,7 %). I 2011 var overskridelsen på 29,2 mill (3,1%)
Helse og omsorgstjenestene er underlagt kommunaldirektør for helse og sosial.	EBT er organisert i tre avdelinger etter brukergruppe (somatikk, funksjonshemmede/psyk/rus, bolig)	Budsjett for alle helse- og omsorgstjenester er lagt til EBT. Innenfor psykiatri er det kun psykiatrisk sykepleie-budsjettet som ligger på EBT.	Overskridelsene var lavere i 2010 enn i 2009, og fortsetter tendensen vil man være i balanse 2011/2012
Bestillerfunksjon er organisert som en stabsfunksjon under direktør - de utførende enhetene resultatenheter i linjen. Bestiller fungerer på samme nivå som de utførende enhetene	EBT har ansvar for å tildele alle helse- og omsorgstjenester for alle aldersgrupper.	Innsatsstyrtefinansiering (ISF) benyttes for syke- og aldershjem, hjemmetjenester og BPA. Det er utarbeidet egne finansieringsmodeller for hver av del tjenestene, med fastpriselement og aktivitetsbaserte elementer. Psykiatriboliger har rammefinansiering, med unntak av psykiatrisk sykepleie.	Overskridelsene skyldes for høyt aktivitetsnivå i.f.t budsjett på hjemmesykepleie, støttekontakt, omsorgslønn, BPA og psykisk helsevern., og effektivitetsavvik på sykehjem.
Sykehjem og hjemmetjenester er organisert som integrerte tjenester under samme enhetsleder innenfor et geografisk avgrenset område	EBT trekkes inn i arbeidet med utarbeidelse av konkurransegrunnlag og kontraktsoppfølging med private leverandører.	Innsitusjon: Døgnpris pr type plass (korttid, langtid, forsterket), samt egen sats for nattevakt. Man har også inntekter som går på årsverk ansatte. Hjemmetjenester: Har en timepris, en besøkspris og en pris pr bruker. Utviklingshemmede: ISF finansiert uti fra tre ulike brukerkategorier. Får også litt ISF der driver er årsverk.	Vedtatt redusert frekvens for hjemmesykepleie og reduserte timetall/strengere tildeling. Ingen konsekvenser for utfører når overskridelser skyldes for høyt aktivitetsnivå
Kristiansand har brukervalg på praktisk bistand.			

Tabell 4: Oppsummering Kristiansand kommune

4.5 Sandnes kommune



Sandnes kommune har ca. 68 000 innbyggere og er dermed Norges niende største kommune og åttende største by. Kommunen har 13 bydelsutvalg som bl.a. fungerer som høringsorgan. Kommunen har ingen rendyrket bestiller-utfører-modell. Sandnes kommune styres etter formannskapsmodellen. Etter valget i 2011 styres byen av et valgteknisk samarbeid bestående av Arbeiderpartiet, Frp, Senterpartiet (Sp), Sosialistisk Venstreparti (SV) og Pensjonistpartiet.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Sandnes har en tonivåmodell med fem kommunaldirektører, samt økonomi, drifts og organisasjonsdirektør.	Har ikke en rendyrket bestiller-utførermodell.	Det er rammefinansiering basert på historiske tall og forventet vekst .	Helse- og omsorgstjenestene hadde balanse i 2010, men et merforbruk i 2009 og 2011. I 2009 var merforbruket på 7,7 mill (1,5 %) og i 2011 var merforbruket på 7,9 mill. kr (1,5 %).
Helse- og omsorg er organisert under kommunaldirektør for levekår.	Tildeler tjenester i omsorgsdistriktene og gjennom sentral tildelingsenhet når det gjelder heldøgns plasser	Budsjettet ligger på de utførende enhetene.	Fra 2009 til 2010 var det en positiv utvikling. Stram økonomistyring, reduserte overtidskostnader samt økt egenbetaling bidro til balanse.
Helse- og omsorgstjenesten i Sandnes kommune er delt opp i fem omsorgsdistrikt	Saksbehandlerne i omsorgsdistriktene har alle saker foruten sykehjemsplasser	I hjemmetjenesten er det en timepris og en brukerpris. Det er rammefinansiering på de øvrige tjenesten	Det største merforbruket er innen hjemmebaserte tjenester
Bestillerfunksjon og de utførende enhetene er organisert i omsorgsdistriktene. Har en sentral tildelingsenhet for heldøgns plasser.	Kommunen har kun få private tilbud i en annen kommune. Sentral tildelingsenhet trekkes i liten grad inn i forhold til disse.	Det er en kombinasjon av rammefinansiering og stykkpris/timepris	Det er utfører som har ansvaret og må ta konsekvensene av merforbruket. Man har justert ned prisen pr. time i hjemmetjenesten
Kommunen har ikke brukervalg			

Tabell 5: Oppsummering Sandnes kommune

4.6 Stavanger kommune



Stavanger kommune er Norges fjerde største kommune og by med ca. 127 000 innbyggere (pr. 1. januar 2012). Byen er administrasjonssenteret for Stavanger kommune og fylkeshovedstad i Rogaland fylke.

Stavanger har en to-nivå modell med seks kommunaldirektører, der helse- og omsorgstjenestene ledes av sjef for levekår. Kommunen styres etter formannskapsmodellen med bystyret som øverste politiske myndighet. Høyre har hatt politisk flertall både siste og inneværende bystyreperiode.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Stavanger har en to-nivåmodell med seks kommunaldirektører. Helse- og omsorgstjenestene er organisert under kommunaldirektør for Oppvekst og levekår som igjen har leverkårsjefen under seg.	Navn på bestillerfunksjon: Helse – og sosialkontor (der bestillerkontoret er en del av dette)	Kommunen har en ISF modell. Det er enkelte tjenester som har ramrefinansiering. Bofellesskap psykisk syke er ramrefinansiert. Bofellesskap funksjonshemmede er ISF regulert.	Helse- og omsorgstjenestene har hatt budsjettoverskridelser siste tre år. I 2008 utgjorde dette 30,3 mill (2,1%), i 2009 var merforbruket på 43,3 mill (2,8%), og i 2010 på 111,7 mill (7,1%). I 2011 var merforbruket på 44 mill. kr.
Helse- og omsorgstjenesten i Stavanger kommune består av over 40 virksomheter underlagt sjef for levekår	Organisert i fire helse – og sosialkontorer (med en bestillerenhet hver)	Budsjettet ligger hos bestillerkontorene.	Utviklingen er negativ og merforbruket øker årlig i perioden 2008-2010. Det er hovedsakelig merforbruket knyttet helse- og sosialkontor og Alders-/sykehjem som øker mest
Bestiller er plassert under levekårsjefen som er leder både for lederne av bestiller og utførerene. Helse- og sosialsjef er leder for helse- og sosialkontorene (og dermed bestillerenheten ved helse- og sosialkontorene).	Bestillerkontorene har ansvar for å tildele alle helse og omsorgstjenester til alle brukere, unntatt tjenester relatert til fysioterapi og ergoterapi.	Private leverandører av opererer med timepris beregnet inn i ISF modellen.	Overforbruket er jevnt spredt over alle tjenester, med hovedvekt på alders- og sykehjem. Overforbruket skyldes hovedsakelig overtidsbruk/innleie (2010)
Hjemmetjenesten, tjenestene til funksjonshemmede, institusjonstjenesten er organisert som resultatenheter under egne ledere.	Levekårsjefens stab har sammen med innkjøpsavdelingen ansvaret for private leverandører.	De økonomiske rammene er basert på forbruk gjennom ISF systemet for alle deltjenestene.	Bestillerkontorene har redusert omfanget av vedtakene og utfører har fått redusert rammene
Stavanger har brukervalg på praktisk bistand, sykehjem og avlastning. Kommunen har ett konkurranseutsatt og seks private sykehjem.			

Tabell 6: Oppsummering Stavanger kommune

4.7 Trondheim kommune



Trondheim kommune er den tredje mest folkerike kommunen og byen i Norge med sine ca 176 000 innbyggere. Trondheim er administrasjonssentrum for Sør-Trøndelag fylke, og er et etablert regionsenter for hele Midt-Norge. Kommunen er inndelt i fire bydeler som utgjør geografiske ansvarsområder for bestillerenhetene og utførerene. Trondheim kommune styres etter formannskapsmodellen. Det er

Arbeiderpartiet som har vært det største partiet både forrige og inneværende bystyreperiode.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Trondheim kommune har sektororganisering med tre tjenesteytende sektorer	Navn på bestillerfunksjon: Helse og velferdskontor. Det er fire Helse og velferdskontor – ett i hver bydel.	Trondheim opererer med rammebudsjettering basert på en kombinasjon av fast pris pr plass og beregning av brukernes bistandsbehov gjennom ADL- score og gruppering av brukere i.h.t det	Helse- og velferdstjenesten i Trondheim kommune hadde overskridelser i 2008 som utgjøre - 3,4 % av budsjettet. Siden 2009 har de gått med overskudd med et mindreforbruk på 1, 3%, 1,1 % og 0,7 % i hhv 2009, 2010 og 2011.
Helse og omsorgstjenestene er underlagt kommunaldirektør for helse og velferd.	Helse og velferdskontorene er organisert i.h.t type tjenestene.	Budsjettet ligger hos rådmannen. Helse og velferdskontorene har budsjettansvar for BPA og omsorgslønn.	Utviklingen har vært positiv, fra et merforbruk i 2008 til et underforbruk i 2010.
Bestillerenheter og utførende enheter er organisert i linje under kommunaldirektør for helse og velferd.	Helse og velferdskontorene tildeler alle helse- og omsorgstjenester, unntatt tjenester til barn/ungdom under 18 år.	Rammebudsjettering som beskrevet over. Utviklingen i bistandsbehov overvåkes og det foretas justeringer på halsårsbasis.	Merforbruk i 2008 skyldes i hovedsak tre forhold: omorganisering, en dysfunksjonell vikartjeneste, og en mindre kompensasjon av lønnsoppgjøret som rammet alle enhetene. Underforbruket i 2009 og 2010 skyldes i hovedsak økt egenbetaling ved langtidsopphold, og at man i 2009 mottok den kompensasjonen man ikke mottok i 2008
Trondheim har fire bydeler. Disse utgjør det geografiske ansvarsområdet for bestillerenheter og utførende enheter	Helse- og velferdsdirektørens stab har ansvar for inngåelse og oppfølging avtaler med private leverandører.	Institusjon: 80% pris pr plass og 20% basert på ADL. Hjemmetjenester: Pris pr bruker basert på ADL Funksjonshemmede: En blanding av de to andre modellene brukes.	Bestiller må ta ansvar for de tjenestene de har budsjettmidler til (BPA og omsorgslønn). Utfører har ansvaret for egne tildelte budsjettammer.
Trondheim har ikke brukervalg. Det er to sykehjem drives av ideelle private leverandører			Rådgivere i kommunaldirektørens stab står sentralt styringen og oppfølgingen av Helse- og velferdskontorene og de utførende enhetene

Tabell 7: Oppsummering Trondheim kommune

4.8 Oslo kommune



Oslo kommune er Norges hovedstad og største by med 613 285 innbyggere (pr. 1. januar 2012). Oslo har en parlamentarisk modell, og en bydelsorganisering med 15 bydeler. Bydelene står nokså fritt til å organisere sine tjenester, innenfor en overordnet struktur med bydelsdirektør, avdelingsledere og seksjonsledere. Variasjonene i organiseringen av bestiller-utfører-modellen i Oslos bydeler er nesten like stor som storbyene seg imellom. Vedtaket om organisering i bestiller-utfører-modell ble bestemt i forbindelse med siste desentralisering i 2004, men mange bydeler hadde innført det tidligere.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har det overordnede ansvaret for Oslos tilbud av slike tjenester til aktuelle brukergrupper. Bydelenes respektive bestillerenheter har ansvaret for tildeling av helse- og omsorgstjenester til bydelens innbyggere. Driften av alle de kommunale sykehjemmene i Oslo er lagt til Sykehjemsetaten, men bydelene har utførende virksomheter innenfor praktisk bistand, hjemmesykepleie og tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Oslo har en rekke sykehjem som driftes av ideelle og kommersielle private aktører, etter avtale med kommunen.¹¹ Oslo praktiserer også en brukervalgsmodell innenfor de hjemmebaserte tjenestene, hvor kommunens innbyggere har anledning til å velge en privat leverandør av praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie. Her er det ca 25 % av tjenestene som utføres av private leverandører. Omfanget av private tjenesteleverandører innenfor helse- og omsorgstjenestene i Oslo medfører økt kompleksitet sammenlignet med de andre studiekommunene.

¹¹ Sykehjemsetaten er kontraktspartner

4.8.1 Gamle Oslo

Bydel Gamle Oslo regnes som Oslos eldste område og har ca 40 000 innbyggere.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Bydelen har seks fagavdelinger hvor pleie og omsorg er i en egen avdeling. Tjenesteytingen til befolkningen administreres gjennom tre avdelinger for myndighetsoppgave (bestiller) og tre avdelinger for tiltak (utfører)	Navn på bestillerfunksjon: Bestillerenheten. Det er en bestillerenhet som tar seg av tjenester til de over 18 år. Enhet under myndighetsoppgaver barn og unge tar seg av tjenester til de under 18 år	Avdelingen har ramrefinansiering hvor pengene blir tildelt i hht historiske data på vedtakstid	Bydelen har hatt mindreforbruk de alle årene siden bydelsreformen i 2004. Siden 2009 er mindreforbruket lavere enn de foregående årene. I 2010 var mindreforbruket mindre enn 1 mill., mens det i 2011 var 10 mill.
Avdelings sjef Myndighetsoppgaver eldre og funksjonshemmede har ansvar for vedtak om pleie og omsorgstjenester, mens avdelings sjef utfører enhetene har ansvar for utføring av helse- og omsorgstjenestene Myndighetsoppgaver barn og unge har tilsvarende ansvar for barn og unge under 18 år.	Enhetsleder bestillerenheten er ansvarlig for saksbehandling, utmåling av tjenestebehov og tildeling av helse- og omsorgstjenester til eldre og funksjonshemmede over 18 år. Fagsenteret håndterer tilsvarende for unge under 18 år.	Budsjettet ligger hos bestillerenheten for kjøp av tjenester av private aktører, mens det ligger hos utfører for kjøp av kommunale tjenester	God styring av rammetildelt budsjett for avdelingen. 2011 gikk med et mindreforbruk iht. rammetildelingen på området. I 2009 og 2010 var det et merforbruk på utførersiden.
Bestiller – og utfører enhetene ligger på samme linje på nivået under hver sin avdelings sjef for henholdsvis myndighetsoppgaver og utfører enheter	Bestillerfunksjonen har ansvar for å bestille alle pleie – og omsorgstjenester som krever enkeltvedtak	Det er ramrefinansiering på alle deltjenester innenfor pleie og omsorg. Resultatenhetene har det totale driftsansvaret.	Det siste året har det vært utfordring med å styre de hjemmebaserte tjenestene i henhold til gitte rammer. Underskuddet har vært jevnlig spredt over alle deltjenestene i bydelen
Det er innført brukervalgsmodell innenfor hjemmehjelp, hjemmesykepleie og BPA. Ellers er det fritt sykehjemvalg i Oslo.	Det meste av arbeidet med private leverandører gjøres i hovedsak av avdelings sjef og stab med ansatt konsulent og jurist som også har ansvaret for forvaltningsoppgaver.	Ramrefinansiering gjelder alle deltjenester.	Resultatoppfølging rapporteres månedlig i linjen.

Tabell 8: Oppsummering bydel Gamle Oslo

4.8.2 St Hanshaugen

Bydel St Hanshaugen er bydelen med både vestkant og østkant. Bydelen har ca. 33 000 innbyggere og er blant Oslos tettest befolkede bydeler.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Bydelen er delt inn i tre avdelinger, og Velferds – og helseavdelingen er en av disse	Navn på bestillerfunksjon: Søknadskontoret for velferds – og helsestjenester. Det er en bestillerenhet (for tjenester til de over 18 år).	Bydelen har hatt rammefinansiering, men har gått over til innsatsstyrt finansiering ved inngangen til 2012. den nye ordningen vil i første omgang omfatte praktisk bistand og hjemmesykepleie	Helse- og omsorgstjenestene (VHA) har hatt budsjettunderskudd de siste fire årene. Underskuddet utgjorde kr. 12,2 mill i 2008, kr. 16,6 mill i 2009, kr. 7,7 mill i 2010 og en liten forbedring i 2011 med kr. 6,6 mill. I 2008 var underskuddet på ca. 5 % av netto driftsutgifter i 2009 6,8 % og 2010 på 3,4 %.
Avdelingssjef for velferd og helse har den overordnede ledelsen for helse og omsorgstjenestene.	Søknadskontoret for helse – og velferdstjenester omfatter pleie -, omsorg -, og rehabiliteringstjenesten, og psykisk helse-enheten i tillegg til boligkontoret.	Søknadskontoret vil fra 2012 ha ansvaret for hele budsjettet for pleie – og omsorgstjenestene. Budsjettet for sosialtjenesten (rus) vil ligge hos Nav – kommunale tjenester.	Det har kun vært mindre budsjett justeringer hvert år i perioden. Samlet for tjenesten har de årlige budsjett justeringer vært 5-7 mill kr årlig. I 2009 utgjorde merforbruket ca. 17 mill kr.
Bestillerenhetene er plassert på linje med utførerfunksjon og rapporterer til avdelingssjef for Helse og Velferd	Bestillerfunksjonen har ansvar for å tildele alle deltjenester, men skiller på tjenester til brukere over og under 18 år	Fra 2012 er det noen tjenester som omfattes av ISF, men bydelen har tradisjonelt hatt rammefinansiering.	Det har vært særlige utfordringer innenfor psykiatri og tjenester for funksjonshemmede, samt for sykehjemsplasser for de over 67 år. Funksjon 253 alders og sykehjem har hatt merforbruk hvert år som har variert fra ca. kr 6 - 13 mill pr. år i perioden. Det har vært utfordringer tilknyttet tilpasning av budsjettet til tjenestebehovet til innbyggerne de siste årene. Bydelen bever seg nå på et nivå som er tilpasset, både budsjettmessig og omsorgsnivå til befolkningen.
Det er brukervalg på hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Fritt sykehjemvalg i Oslo kommune.	Bestillerfunksjonen er involvert i konkurranseutsetting og vurdering av tilbud, samt oppfølging av private leverandører. Byrådsavdelingen har ansvar for kontrakter og det formelle.	Pt er det rammefinansiering, mens fra 2012 skal bydelen over til ISF-modell. ISF modellen vil i første omgang omfatte praktisk bistand og hjemmesykepleie (mer glidende overgang til ny finansieringsmodell for psykisk helse). Sykehjemsplasser kjøpes til faste priser gjennom sykehjemsetaten	Med ny ordning (ISF) fra 2012 er det slik at bestiller må dekke underskuddet og utfører blir avhengig av inntjening for å holde budsjettet.

Tabell 9: Oppsummering bydel St Hanshaugen

4.8.3 Stovner

Bydelen ligger nord i Groruddalen og har ca 30 000 innbyggere.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Bydelen er delt inn i 9 avdelinger/resultatenheter hvor avdeling for forvaltning og hjemmetjenester er en av enhetene. I 2011 ble avdeling for Forvaltning og hjemmetjenester opprettet – omfatter 3 seksjoner for hjemmetjeneste og en seksjon for Forvaltning (tidl. Bestillerenhet)	Navn på bestillerfunksjon: Seksjon for forvaltning. Det er en bestillerenhet, men man har inndelt i to områder; pleie og omsorg og tjenester til funksjonshemmede.	Finansieringsmodellen er hovedsakelig rammefinansiering basert på historiske budsjetter og regnet i forhold til vedtak og årsverk	Forbruket for forvalter og hjemmetjeneste har de siste årene vært økende og utfordrende i forhold til budsjett. Resultatet for avdelingen har derfor også derfor vært varierende de siste tre årene med et samlet mindre forbruk på 4,4 mill kr i 2008, et mindreforbruk på 6,5 mill kr i 2009 og i 2010 et merforbruk på ca. 5,1 mill kr. I 2010 gikk utførelse i balanse, mens forvaltningsseksjonen hadde et merforbruk. I 2011 hadde både bestiller og utførersiden i utgangspunktet et merforbruk, men ble budsjettjustert på slutten av året.
Avdelingssjef for forvaltning og hjemmetjenester har ansvar for både bestiller og utfører	Seksjon for forvaltning (bestiller) er delt inn i fire funksjoner; PLO, rehabilitering, funksjonshemmede og innsatsteam.	For de utførende enhetene for hjemmetjeneste er budsjettprogrammene basert på antall årsverk og lagt ut på seksjonene. For kjøp av tjenester (utenfor bydelen) pleie- og omsorg, sykehjemsplasser, tjenester til funksjonshemmede og psykisk syke, dette innebærer også støttekontakter, individuell avlastning, BPA og TT-kjøring.	Regnskapet gikk i pluss på 1,4 % og 2,1 % av netto driftsutgifter for sektoren i 2008 og 2009. 2010 ble det et merforbruk på ca. 1,6 %.
Avdeling for forvaltning og hjemmetjeneste er organisert direkte under bydelsdirektør, og seksjonene for hjemmetjeneste og forvaltning er organisert på lik linje under avdelingssjef.	Bestillerenheten har ansvar for å tildele alle pleie – og omsorgstjenester som krever enkeltvedtak. Den tildeler tjenester til alle aldersgrupper.	De økonomiske rammene er basert på rammefinansiering.	Overskridelsene i hjemmetjenestene skyldes hovedsakelig befolkningsendringer, men både omorganisering og høyt sykefravær kan være medvirkende årsaker. For forvaltningsenheten skyldes det et overforbruk på sykehjemsplasser og kjøp av tjenester til funksjonshemmede og økte utgifter til TT-kjøring.
Ja, har brukervalg på hjemmehjelp og hjemmesykepleie.	Ansvar for oppfølging av private leverandører ligger hos seksjonsleder for forvaltning	Det opereres med enhetspriser på hjemmehjelp, hjemmesykepleie og sykehjemsplasser.	Bydelsdirektøren blir direkte involvert hvis det tildeles mer tjenester enn det er budsjett for, men om det er lovpålagte tjenester tildeles tjenesten uansett.

Tabell 10: Oppsummering bydel Stovner

4.8.4 Vestre Aker

De tidligere bydelene Vinderen og Røa ble i 2004 slått sammen til bydel Vestre Aker. Bydelen har ca. 45 000 innbyggere.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Bydelen er organisert i en to-nivå modell med enhetsledere som ligger direkte til bydelsdirektør. Bydelsdirektør er nærmeste overordnede	Navn på bestillerfunksjon: Enhet for bestiller.	Bydelen har aktivitetsstyrt finansiering på praktisk bistand og hjemmetjeneste. Når det kommer til sykehjemsplasser bestilles dette av sykehjemsetaten ved behov.	Pleie – og omsorgstjenestene har ikke gått i balanse de tre siste årene, men bydelen har hatt et mindre merforbruk i 2011 enn de tidligere år
Enhetsledere for bestiller og utførere sitter sammen i bydelens lederteam	Enhet for bestiller er delt inn i tre funksjoner med 20 ansatte. Enhetene er direkte underlagt bydelsdirektøren på lik linje med de utførende enhetene.	Bestiller har budsjettet for bestilling av sykehjemsplasser. Hvis boligene for utviklingshemmede og psykiatriske pasienter får mer krevende brukere, blir det overført penger fra bestillers budsjett.	Det har vært en positiv utvikling og nedgang i merforbruk i bydelen. Merforbuket på over 15 mill kr i 2008 ble redusert til 2,4 mill kr i 2010, noe som utgjorde 0,48 % av bydelens totale budsjett. I 2011 gikk bydelen med et overskudd på 5 mill kr som utgjør 0,94 % av budsjett.
Det er 13 enheter under bydelsdirektør, 3 av disse er stabsenheter. Enhet for bestiller ligger som en egen fagenhet på lik linje med utførerene, bl a enhet for hjemmetjenester.	Bestillerenheten har ansvar for å tildele alle tjenester som krever enkeltvedtak. Er delt inn i ulike fagområder som dekker alle aldersgrupper.	De økonomiske rammene beregnes ved aktivitetsstyrt finansiering.	Det har vært størst utfordringer knyttet til alders og sykehjem og boliger til psykiatri og funksjonshemmede.
Bydelen bruker private utførere og har hatt brukervalg siden 2006. Brukervalg på hjemmesykepleie og praktisk bistand, innføres på PBA fra januar 2012.	Bestillerenheten har også ansvar for å følge opp private leverandører.	Rammefinansiering er utgangspunktet. Prinsippet er at det er bestiller som skal ha minusene. Når det kommer nye beboere til boliger for Psykisk utviklingshemmede og psykiatri som skaper endring utover budsjettet må bestiller overføre penger. Utfører må ta det inn i budsjettforutsetningene for neste år. Innenfor hjemmetjeneste vet man ikke om bruker velger kommunal eller privat utfører. Har krav på hva som skal være rammen på vedtakstid eller utført tid. Hvis flere velger private går man på en minus der. Hvis den kommunale leverandøren har gale forutsetninger for å drifte betales det ut mer der.	Merforbruk løses kollegialt og underskuddet i bydelen totalt sett blir fordelt på de ulike enhetene.

Tabell 11: Oppsummering bydel Vestre Aker

4.8.5 Østensjø

Bydelen ligger sør-øst i Oslo og grenser til Østmarka. Det bor ca 45 000 innbyggere i bydelen.

Overordnet organisering av kommunens tjenester	Organisering av bestillerfunksjon	Finansieringsmodell for helse og omsorgstjenestene	Økonomisk styring – utvikling siste tre år
Pleie – og omsorgstjenestene er organisert i avdeling for rehabilitering og omsorg. Det er en egen avdeling for barn og unge med ansvar for tjenestene til funksjonshemmede barn	Navn på bestillerfunksjon: Bestillerkontoret. Det er tre bestillerkontor; avdeling for voksne funksjonshemmede, avdeling for rehabilitering og omsorg og avdeling for barn og unge.	Bydelen har rammefinansiering med faste budsjetter basert på antall vedtakstimer. Utfører får altså tildelt et måltall med et antall timer pr vedtak, ikke penger pr vedtak.	Bydelen har historisk sett hatt store overskridelser. I 2008 gikk sektoren i balanse, men i 2009 ble det en overskridelse i forhold til budsjett på ca. 30 mill mot 17,2 mill kr i 2010.
Det er en avdelingsjef med ansvar for utførende seksjoner og forvaltning innenfor sitt ansvarsområde (rehabilitering og omsorg).	Bestillerkontorene er organisert avdelingsvis med samme avdelingsleder som de utførende enhetene innenfor samme funksjon.	De kommunale tjenesteutførerne er rammefinansiert – beregnet utfra befolkningssammensetning og forventet behov for hjemmetjenestetimer. Det er fastprisordning (timepris) for de private leverandørene av hjemmetjenester	Det er spesielt alders og sykehjem som har utfordringer i forhold til budsjett.
Hver seksjon er et resultatområde. Bestillerenheten er plassert under avdelingsjef for rehabilitering og omsorg.	Bestillerkontoret 18 +: har ansvar for alle tjenester til eldre, psykisk utviklingshemmede og funksjonshemmede over 18 år og hjemmetjenester til barn/unge under 18.	De økonomiske rammene beregnes gjennom rammefinansiering.	Høyt merforbruk sykehjem i 2009. 2010-2011 har dette stabilisert seg på en lavere nivå med tilnærmet budsjettbalanse. Blant årsakene er at man er tettere på sykehusene, bedre interne rutiner, bruk av omsorgsboliger og korttidsboliger. Hjemmetjenesten brukte mye overtid i 2009. Dette har vært betydelig lavere de siste to årene. Tilnærmet budsjettbalanse i 2011.
Bydelen har brukervalg innenfor hjemmehjelp og hjemmesykepleie	Bestillerfunksjonen har ansvar for oppfølging av private leverandører innenfor hjemmetjenesten og tjenester til funksjonshemmede/utviklingshemmede.	Hjemmetjenesten har et fast budsjett basert på timetall. På PU er det mer fra sak til sak. For de resterende deltjenestene ligger budsjettet hos bestiller.	Det gjennomføres avviksrapportering hver måned og ulike tiltak gjennomføres for å redusere overskridelsene.

Tabell 12: Oppsummering bydel Østensjø

4.9 Kategorisering av kommuner og bydeler i henhold til prinsippene i bestiller-utfører-modellen

Vi har kategorisert kommunene og bydelene basert på prinsippene i bestiller-utfører- modellen og av rendyrking av modellen innenfor helse- og omsorgstjenestene.

- **Kategori 1** er den «enkleste» formen for innføring av bestiller-utfører-modell hvor man kun har profesjonalisert saksbehandling og behovsvurdering. Sandnes kommune er plassert i denne kategorien.
- **Kategori 2** skiller i tillegg mellom forvaltning og tjenesteproduksjon i separate virksomheter for alle helse- og omsorgstjenester. I denne kategorien har vi plassert kommunene Drammen og Trondheim, samt bydelene Gamle Oslo, Stovner og Østensjø.
- **Kategori 3** har også innført innsatsstyrt finansiering (ISF) eller aktivitetsstyrt finansiering (ABF) for noen tjenester og lagt pengene for både kommunale og private utførere hos bestiller. Dette er med andre ord de kommunene og bydelene som har gått lengst i innføringen av bestiller-utfører-modellen. Kommunene Bergen, Kristiansand og Stavanger og bydelene St. Hanshaugen og Vestre Aker er i denne kategorien.

Nedenfor vises den oppsummerende tabellen:

Kategorier	Kommuner	Bydeler
1. Har profesjonalisert saksbehandling og behovsvurdering	Sandnes	
2. Har skilt forvaltning og tjenesteproduksjon i separate virksomheter for alle helse- og omsorgstjenester	Drammen Trondheim	Gamle Oslo Stovner Østensjø
3. Som over, men har i tillegg innført ISF eller ABF for noen tjenester og lagt pengene for både kommunale og private utførere hos bestiller	Bergen Kristiansand Stavanger	St.Hanshaugen Vestre Aker

Tabell 13: Kategorisering av kommuner og bydeler etter grad av rendyrking av modellen

Sandnes har profesjonalisert saksbehandling og behovsvurdering innenfor hjemmetjenesten, men skilt saksbehandling til heldøgns plasser (institusjon og bolig) i egen felles bestillerenhet.

Trondheim har en ABF-basert finansieringsmodell, men pengene ligger hos rådmannen/økonomitjenesten som deler ut budsjettmidler basert på finansieringsmodellen.

Hos alle bydelene i Oslo ligger budsjettet for kjøp av sykehjemsplasser fra SYE og kjøp av hjemmetjenester fra private utførere (brukervalgsordningen) hos bestiller. Kategoriseringen her er foretatt på bakgrunn av hva som gjelder for de kommunale utførerne.

I Drammen ble tildeling av tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne lagt til kontor for tjenestetildeling fra 01.01.12.

5 Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene

5.1 Innledning

Bestiller-utfører-modellens innvirkning på kommunens virksomhet vil være sterkt påvirket av endringer i rammebetingelsene for helse- og omsorgstjenestene. Endringer i rammebetingelsene finner blant annet sted gjennom endringer i befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester og endringer i politiske prioriteringer. Som indikator for slike endringer har vi valgt å benytte utvalgte nøkkeltall fra KOSTRA for perioden 2008-2011, og befolkningsstatistikk fra SSB.

Formålet med analysen er å synliggjøre mulige sammenhenger mellom bestiller-utfører-modellen, utviklingen i behovet for helse- og omsorgstjenester, utgifter til helse- og omsorgsformål samt kostnader pr. tjenestemottaker.

Analysene av KOSTRA-dataene, med grafer og figurer, følger som vedlegg 1. I dette kapittelet presenteres hovedfunnene fra analysene.

5.2 Befolkningsutvikling og dekningsgrader

5.2.1 Befolkningssammensetningens betydning for kommunens inntekter og utgifter

Endringer i befolkningssammensetning har konsekvenser både for kommunens inntekter og utgifter. Inntektssystemet for kommunene er bygget opp rundt et indikatorsett, hvor en statistisk beregning av kommunenes utgiftsbehov ligger til grunn.¹² For helse- og omsorgstjenestene er det andelen eldre i de nevnte alderskategoriene og antallet psykisk utviklingshemmede som er de mest tungtveiende indikatorene. Endringer i befolkningssammensetningen medfører dermed endringer i kommunenes inntekter. Videre medfører endringer i befolkningssammensetningen endringer i etterspørselen av tjenester. Med en økning i antall eldre kan kommunene forvente en økning i antall tjenestemottakere innenfor helse- og omsorgstjenestene. Hvor sterk denne økningen blir, vil blant annet avhenge av helsetilstanden i eldrebefolkningen.

Det er lansert tre hovedscenarier om hva som skjer med folks sykkelighet og hjelpebehov når levealderen øker: 1) Sammentrengt sykkelighet, 2) utvidet sykkelighet og 3) utsettelse av sykkelighet i alderdommen.¹³ Med sammentrengt sykkelighet menes det at folk holder seg friske lenger også i den siste perioden av livet, selv ved forlenget levealder. Utvidet sykkelighet betyr at økt levealder fører til at antall år med sykdom og funksjonstap øker. Utsettelse av sykkelighet innebærer at folk holder seg friske lengre når levealderen øker, og at tiden med sykdom og funksjonstap blir omtrent den samme som før. Statlige myndigheter vurderer utsettelseshypotesen som mest nøktern og anbefaler at denne legges til grunn for planleggingen av det kommunale helse- og omsorgstilbudet.¹⁴

5.2.2 Befolkningsutvikling og dekningsgrader i våre studiekommuner

Alle kommunene i studien har hatt en forholdsvis sterk befolkningsvekst de siste ti årene. Veksten varierer fra 13-23 % og er svakest i Bergen og Kristiansand, og sterkest i Sandnes (se kapittel 14, figur 15). Sandnes har hatt den sterkeste veksten både når det gjelder aldersgruppen

¹² H-2249 Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2011 (Grønt hefte).

¹³ Helsedirektoratet, rapport 01/2012. Overordnede trekk og samhandling. Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt

¹⁴ St.meld. nr. 25 (2005-2006)

under 67 år, gruppen mellom 67 og 79 år og gruppen over 80 år. Oslo har en befolkningsnedgang i aldersgruppene mellom 67 og 79 år og gruppen over 80 år. For de øvrige kommunene ligger veksten mellom 3 % og 10 % for aldersgruppen 67-79 år, og mellom 3 % og 13 % for gruppen over 80 år. Når det gjelder dekningsgrader innenfor institusjonsomsorgen (målt i forhold til antallet eldre over 80 år), var det Oslo og Stavanger som hadde de høyeste dekningsgradene i 2008. I 2011 var det Trondheim og Oslo. Sandnes har hatt de laveste dekningsgradene i hele perioden. Med unntak av Oslo har alle kommunene hatt en økning i dekningsgrader.

Når det gjelder dekningsgrader innenfor hjemmetjenesten til gruppen under 67 år, er det Drammen og Kristiansand som har de høyeste dekningsgradene. Det er ingen klare tendenser i utviklingen hos den enkelte kommune. I Drammen og Trondheim er andelen mottakere av hjemmetjenester stigende, mens er andelen nokså stabil eller svakt endret fra et år til et annet i de øvrige kommunene.

For aldersgruppen over 67 år er det Oslo, Drammen og Bergen som har de høyeste dekningsgradene innenfor hjemmetjenesten. Trondheim ligger lavest. Heller ikke her er det noen klare tendenser i utviklingen hos den enkelte kommune. I Sandnes og Trondheim er andelen mottakere av hjemmetjenester synkende, mens den varierer fra ett år til et annet for de andre kommunene.

Vi har undersøkt om andelen tjenestemottakere i de hjemmebaserte tjenestene har endret seg mer enn den forholdsvise endringen i antallet innbyggere totalt sett, for perioden 2008-2011. For aldersgruppen under 67 år ligger befolkningsveksten i kommunene mellom 4,4 % og 7,5 %. Andelen tjenestemottakere er imidlertid stabil for flertallet av kommunene. For aldersgruppen over 67 år ligger befolkningsveksten i kommunene mellom 0,9 % og 8,4 %. Andelen tjenestemottakere er imidlertid redusert i seks av sju kommuner (se kapittel 14, figur 21).

På bakgrunn av innrapportering av tjenestemottakernes bistandsbehov i KOSTRA ser det ut til at andelen brukere med omfattende bistandsbehov har holdt seg noenlunde stabil i alle kommuner i perioden. Flertallet av kommunene har opplevd en reduksjon i andelen brukere med avgrenset behov. Altså er det andelen brukere med lite bistandsbehov som har økt mest i perioden.

Hypotesen om utsatt sykkelighet i eldrebefolkningen kan være en forklaring på denne tendensen. Det er imidlertid lite trolig at «innslaget» av utsatt sykkelighet i befolkningen vil gi seg slike utslag i en så kort tidsperiode.

En annen forklaring kan ligge i at IPLOS-statistikken ikke fanger opp utviklingen i andelen tjenestemottakere med nedsatt funksjonsevne i tilstrekkelig grad.¹⁵ En økning i andelen tjenestemottakere i denne gruppen, og endringer i deres bistandsbehov, vil ikke nødvendigvis komme til syne i IPLOS-statistikken og KOSTRA-data som baserer seg på tall herfra. Økningen i antallet ressurskrevende tjenestemottakere som kommunen mottar tilskudd for indikerer at dette er tilfellet.¹⁶

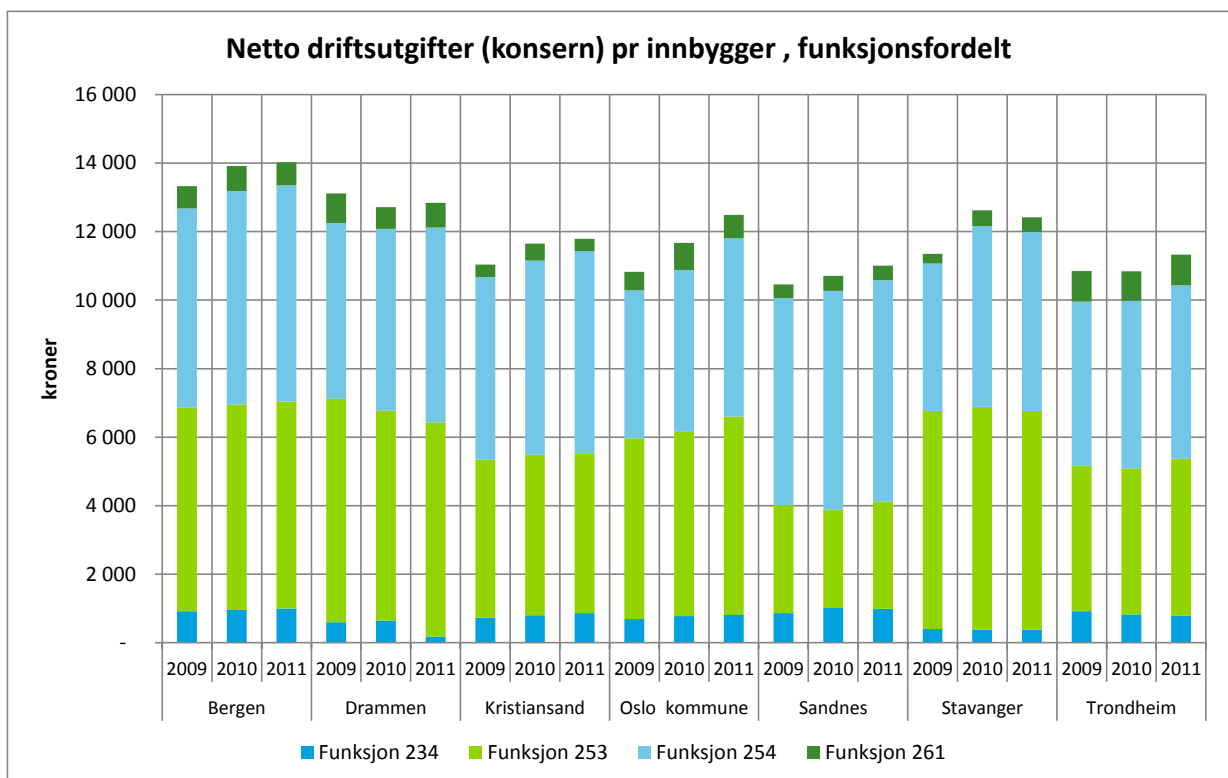
¹⁵ Dette har blant annet sammenheng med at IPLOS ikke fanger opp variasjoner i funksjonsnivå/bistandsbehov som følge av kognitiv svikt i tilstrekkelig grad.

¹⁶ Ordningen med tilskudd til ressurskrevende tjenester og utvikling i antallet tjenestemottakere og tilskuddsbeløp beskrives i kapittel 15.12.

En tredje forklaring kan ligge i at kommunene er blitt mer oppmerksomme på betydningen av å prioritere riktig og å tildele rett mengde tjenester. I dette perspektivet kan reduksjon i dekningsgrader være et uttrykk for at kommunen prioriterer brukere med størst hjelpebehov. En sammenstilling av nyere studier fra pleie- og omsorgsstatistikken på nasjonalt nivå framhever en slik forklaring på reduserte dekningsgrader.¹⁷ Her vises det til endret tildelingspraksis som en følge av at kommunene har måtte prioritere innenfor knappe ressurser. Altså at de påviste endringene i dekningsgrader er en kombinasjon av reduserte inntekter og økninger i befolkningens behov.

5.3 Utvikling i utgiftsnivå 2008-2011

Målt i netto driftsutgifter pr. innbygger er det Bergen som har de høyeste utgiftene til helse- og omsorgsformål. Sandnes og Trondheim har de laveste netto driftsutgiftene pr. innbygger. Dersom det korrigeres for befolkningssammensetningen og andelen eldre, vil dette bildet endres noe. Målt i netto driftsutgifter pr. innbygger over 80 år er det Stavanger og Sandnes som får de høyeste netto driftsutgiftene pr. innbygger, mens Drammen og Trondheim har de laveste driftsutgiftene.



Figur 2: Netto driftsutgifter til helse- og omsorgsformål, fordelt på funksjon. KOSTRA-tall for 2009, 2010 og 2011

Av de tre hovedtjenestene institusjonsomsorg, hjemmetjenester og aktivisering, er det utgiftene til hjemmetjenester som øker mest i perioden (målt i prosentvis økning fra 2009-2011). Veksten i utgiftene til hjemmebaserte tjenester er sterkest i Stavanger og Oslo (henholdsvis 21 % og 20 %). Trondheim er den eneste byen hvor utgiftene til institusjonsomsorg har økt noe mer enn utgiftene til hjemmetjenester. Fra Kristiansand, Oslo og Sandnes rapporteres det om en forholdsvis sterk økning i utgiftene til aktivisering (økning på 16-18 %).

¹⁷ Brevik, Ivar (2010) De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-rapport 2010:2

Alle kommuner, med unntak av Drammen, har hatt en vekst i utgiftsnivå for perioden, helhetlig sett. Økningen i netto driftsutgifter pr innbygger er størst i Oslo (13 %) og Stavanger (8 %). De øvrige kommunene ligger mellom 4 % og 6 %.

Ut fra analysene av veksten i antallet tjenestemottakere i avsnittet foran, er trolig den viktigste forklaringen på høyere utgifter å finne i en økning i antallet tjenestemottakere innenfor hjemmetjenestene. Samtidig indikerer befolkningsveksten at veksten i utgiftene ville vært enda høyere om ikke tildelingspraksis var strammet inn.

5.4 Kostnad pr institusjonsplass

Kostnader pr institusjonsplass må sees i sammenheng med kommunens dekningsgrader og tjenesteprofil. Logisk sett medfører høye dekningsgrader at institusjonsbeboerne har forholdsvis lavere bistandsbehov enn om dekningsgradene er lave, og kun de aller dårligste får tilbud om en institusjonsplass. Da flertallet av storkommunene har hatt en økning i dekningsgradene i institusjonsomsorgen fra 2008-2011, skulle dette resonneret tilsi at bistandsbehovet til beboerne ikke er vesentlig endret. Strukturelle endringer innenfor institusjonstilbudet, som en økning i andelen plasser med større behov for helsefaglig oppfølging, vil imidlertid påvirke kostnaden pr. plass.

Det er store variasjoner i kostnad pr. institusjonsplass mellom byene. Målt i 2011-nivå er differansen mellom høyeste (Sandnes) og laveste (Bergen) pris pr. plass på ca. 275 000 kr (se kapittel 14, figur 27). Hovedårsaken til dette er forskjeller i tjenesteprofil. Sandnes har få sykehjemsplasser, mens Bergen fortsatt har mange aldershjemsplasser blant sine institusjonsplasser.

Alle kommunene har hatt en økning i kostnad pr. institusjonsplass i perioden 2008-2011. Trondheim har hatt den sterkeste økningen i kostnad pr. plass, med 14 %. Dette kan trolig sees i sammenheng med satsningen på helsehus og økningen i andelen korttidsplasser. Stavanger har den laveste økningen i kostnad pr. plass.

Den observerte utviklingen viser at kostnaden pr. institusjonsplass har økt, selv om dekningsgradene også har gått opp. Dette kan tyde på at en større andel av institusjonsplassene benyttes av beboere under 80 år med forholdsvis store bistandsbehov. KOSTRA-tallene gir ikke ytterligere innsikt i mulige årsaker til en slik utvikling. En forklaring kan ligge i en økning i andelen demente med behov for et heldøgntilbud. En annen forklaring kan ligge i at Samhandlingsreformen i realiteten trådte i kraft før reformen formelt ble iverksatt. Dersom denne antakelsen er riktig, har kommunene allerede «trent på» å behandle flere dårligere pasienter innenfor eget tjenestetilbud. Uansett årsak tilsier utviklingen at institusjonsomsorgen har en annen plass i tjenestekjeden enn tidligere. Institusjonstilbudet synes å være mer differensiert, hvilket setter høyere krav til behovsvurdering og at tjenestemottakeren tildeles tjenester på riktig nivå.

5.5 Kostnad pr tjenestemottaker i hjemmetjenesten

KOSTRAs definisjon på hjemmetjenester favner pleie- og omsorgstjenester ytt til personer som bor i eget hjem (inkludert tjenester til beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede med eller uten fast bemanning) som registreres i IPLOS med vedtak knyttet til antall timer per uke.

Det er store variasjoner i kostnad pr. tjenestemottaker i hjemmetjenesten. Målt i 2011-nivå er differansen mellom høyeste (Sandnes) og laveste (Drammen) kostnad pr bruker på ca. 100 000

NOK (se kapittel 14, figur 28). Forskjeller i tjenesteprofil spiller inn også her. Den lave andelen institusjonsplasser i Sandnes medfører at en større andel av deres tjenestemottakere med store bistandsbehov bor i boliger med heldøgnsbemanning og ikke på sykehjem. Drammen har en mer tradisjonell tjenesteprofil, med høyere sykehjemsdekning enn Sandnes, og godt utbygde hjemmetjenester. Høye dekningsgrader både for hjemmetjenestemottakere over og under 67 år i Drammen tyder på at det gis forholdsvis lite tjenester til hver enkelt bruker, og at kostanden pr. tjenestemottaker dermed blir lav.

Alle kommunene har opplevd en økning i kostnader pr. tjenestemottaker. Dette synes å være den viktigste forklaringen på økningen i utgiftene til hjemmetjenester, og i utgiftene til helse- og omsorgsformål totalt sett. Dermed gis det også støtte til hypotesen om at tjenestemottakernes bistandsnivå har økt, ut over det som IPLOS-rapporteringen er i stand til å fange opp.

5.6 Oppsummering av KOSTRA- analysen

Analysen av KOSTRA-dataene for perioden 2008-2011 har avdekket en økning i samlet utgiftsnivå for alle kommuner. Økningen er sterkest innenfor hjemmetjenestene. Dette ser ut til å ha sammenheng med en økning i kostnader pr. tjenestemottaker i hjemmetjenesten og tilhørende økning i tjenestemottakernes gjennomsnittlige bistandsbehov (ut over det som kan dokumenteres gjennom IPLOS). Andelen tjenestemottakere innenfor hjemmetjenestene har samtidig økt mindre enn det økningen i innbyggertall skulle tilsi. Dette tyder på at kommunene er blitt mer oppmerksomme på betydningen av å prioritere riktig og å tildele rett mengde tjenester, og at tildelingspraksis er endret som en følge av at kommunene har måtte prioritere innenfor knappe ressurser. Dersom det er disse mekanismene som har gjort seg gjeldende i storbyene gir det grunnlag for å hevde at mekanismene i bestiller-utfører-modellen benyttes aktivt for å sikre samsvar mellom økonomiske rammer og tildelingen av tjenester. Gjennom endringer av kriteriene for tildeling og/eller tildelingspraksis strammes tilgangen på tjenester inn.

6 Behovsdekning

6.1 Innledning - definering av problemstillinger

Som nevnt innledningsvis er denne dimensjonen knyttet til profesjonaliseringen av bestillerrollen som følge av innføringen av bestiller-utfører-modellen, og hvorvidt dette resulterer i at flere brukere får tildelt riktig type og mengde tjeneste. Det har blitt reist to problemstillinger knyttet *behovsdekning*:

- Den første dreier seg om hvorvidt *profesjonaliseringen av bestillerrollen har medført at den enkelte bruker får de riktige tjenestene*. Herunder ligger forutsetningen om at bestiller skal ha ansvaret for at rett type og mengde tjeneste blir bestilt til tjenestemottaker, mens utfører har ansvaret for å gi den bestilte tjeneste til tjenestemottaker. Bakgrunnen for spørsmålet er at det å motta for mye tjenester kan være uheldig på samme måte som det å motta for lite tjenester. Riktig mengde tjenester gir mottaker mulighet til å mestre sin egen hverdag på best mulig måte, og målet er at tjenestene skal gis etter prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå.
- Det andre spørsmålet er om innføringen av bestiller-utfører-modellen har medført avvikling av *kø og ventelister* i kommunene, eller om det har vært en økning.

Vi har belyst disse spørsmålene ved å kartlegge tjenestekjeden i den enkelte kommune og vi har bedt om intervjukandidatenes vurderinger av hvordan bestiller-utfører-modellen påvirker forekomsten av kø og ventelister. I tillegg har vi etterspurt intervjukandidatenes vurdering av om bestiller-utfører-modellen bidrar til at:

- Det bestilles riktig type og riktig mengde tjenester på overordnet nivå
- Politisk og administrativ ledelse får riktig informasjon om behovet for tjenester
- Tjenestekjeden i kommunen/bydelen utformes i henhold til LEON-prinsippet
- Tjenester tildeles i henhold til LEON -prinsippet
- Det er samsvar mellom brukerens behov og tildelte tjenester

Drøftingen av problemstillingene knyttet til behovsdekning tar utgangspunkt i LEON-prinsippet, og hvorvidt tjenestekjeden i den enkelte kommune er utformet i henhold til dette. Dernest drøftes informantenes synspunkter på spørsmålet om styringsinformasjon og samsvar mellom behov og tildelte tjenester. Avslutningsvis i kapittelet gjøres en analyse og vurdering av hvordan bestiller-utfører-modellen virker inn på problemstillingene rundt behovsdekning.

6.2 LEON-prinsippet og tjenestekjeden

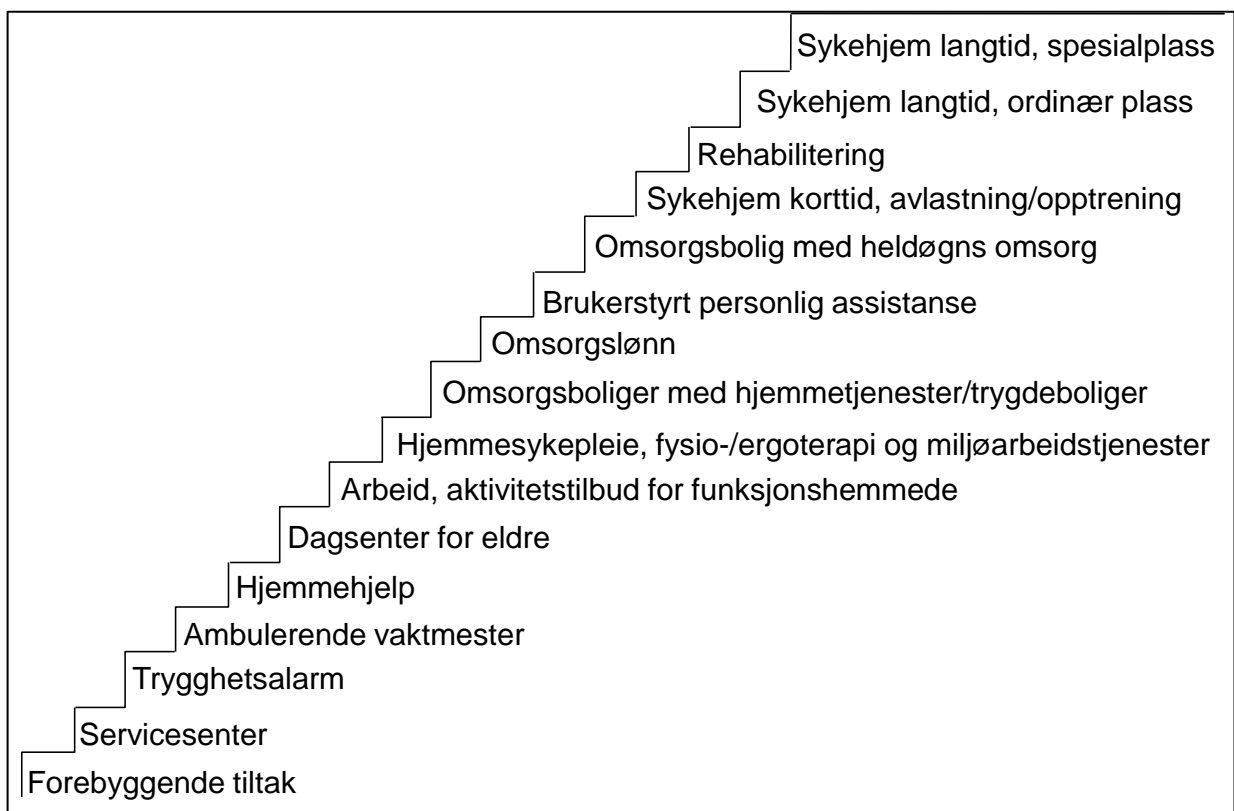
For at bestiller i smått skal kunne bestille rett type mengde tjeneste vil bestiller være avhengig av at kommunens tjenestekjede legger til rette for det. Hvorvidt det legges til rette for at tjenester kan tildeles i henhold til LEON-prinsippet er derfor et grunnleggende premiss for spørsmålet om «rett type og mengde tjeneste». For at tjenestekjeden skal utvikles i tråd med utviklingen i befolkningens behov er det også av avgjørende betydning at kommunens politiske og administrative ledelse får riktig informasjon om behovet for tjenester. Her kan bestillerenhetens samlede oversikt over utviklingen i behov gi mulighet for utbygging av tjenester i riktig tempo og mengde. Spørsmålet om «rett type og mengde tjeneste» dreier seg slikt sett om samspillet mellom «bestilling i stort» og «bestilling i smått».

Med grunnlag i kommunenes innrapportering på antallet tjenestemottakere og plasser innenfor de ulike helse- og omsorgstjenestene, gis et bilde av dimensjoneringen av trinnene i tjenestekjeden for hver kommune. Dermed får vi også et inntrykk av bestillerenhetens «spillerom» i tildelingen av tjenester.

Fordelingen av ressurser mellom de ulike trinnene i tiltakskjeden er avgjørende for effektiv utnyttelse av LEON-prinsippet. Prinsippet innebærer at behandling skal skje på riktig nivå. «Omsorgstrappen» illustrerer ulike nivåer i tjenestene. Hvordan disse er dimensjonert og fungerer er avgjørende for både kvalitet og kostnadseffektivitet. Det er av overordnet viktighet at tjenestemottakerne får et tilbud som er tilpasset deres behov. I praksis gjelder dette alle kategorier brukere, uavhengig av diagnose. Det legges vekt på at brukerne skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, og at man skal kunne bevege seg mellom trinnene i trappen på en fleksibel måte.

I anvendelsen av tiltakskjeden skal det fokuseres på mestring, muligheter og forebygging. Det forebyggende og helsefremmende perspektivet må implementeres i forhold til grupper og individer i hele tiltakskjeden. Trappen viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud. Rett anvendelse av tiltakskjeden er betinget av god samhandling, riktig kompetanse og tjenestevalg, samt forebyggende og helsefremmende tiltak som retter seg mot personer i alle aldersgrupper med ulike behov og forutsetninger.

Figuren under viser tiltakskjeden (slik den illustrerer LEON-prinsippet):



Figur 3: Tiltakskjeden

6.3 Bestilles riktig type og riktig mengde tjenester på overordnet nivå?

Tabellen nedenfor er oppbygd på samme måte som illustrasjonen av tjenestekjeden og LEON-prinsippet i figuren ovenfor. Den viser andel innbyggere som er mottakere av ulike helse- og omsorgstjenester (multiplisert med en indeks på 100). Tabellen synliggjør kommunenes tjenesteprofil, hvordan tjenestene er dimensjonert, og gir en illustrasjon over tildelingspraksis i den enkelte kommune.¹⁸

Satt på spissen framstår Bergen og Oslo som «langtidsplasskommunene», mens Drammen og Trondheim og Drammen fremstår som «korttidsplasskommunene». Sandnes fremstår som «omsorgsboligkommunen» med få brukere i institusjon og mange i bolig. Kristiansand er hjemmetjenestekommunen.

Type tjeneste	Bergen	Drammen	Kristiansand	Oslo	Sandnes	Stavanger	Trondheim
Institusjonsbeboere på langtidsopphold	0,75	0,67	0,61	0,77	0,34	0,70	0,62
Institusjonsbeboere på tidsbegrenset opphold	0,18	0,28	0,15	0,16	0,08	0,16	0,31
Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning	0,24	0,18	0,22	0,24	0,47	0,28	0,28
Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål i alt	0,52	0,87	1,51	0,38	0,66	0,42	0,36
Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	0,21	0,08	0,37	0,05	0,48	0,32	0,43
Pleietrengende med pårørende som mottar omsorgslønn	0,20	0,18	0,15	0,13	0,13	0,07	0,09
Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, i alt	0,40	0,47	0,65	0,36	0,55	0,33	0,41
Hjemmetjenestemottakere, middels bistandsbehov i alt	1,05	1,31	1,70	1,03	1,02	1,40	1,24
Hjemmetjenestemottakere, noe/avgrenset bistandsbehov, i alt	1,71	1,83	1,35	1,41	1,02	1,26	0,97
Mottakere av avlastning	0,11	0,22	0,21	0,16	0,24	0,09	0,11
Mottakere av støttekontakt	0,45	0,53	0,65	0,31	0,45	0,23	0,46
Mottakere av matombringning	0,20	0,71		0,03			0,59
Mottakere av trygghetsalarm	0,84	1,94	2,00	1,80	1,18	1,45	2,25

Tabell 14: Andel innbyggere som mottar ulike tjenester. Antall tjenestemottakere for hver deltjeneste delt på totalt innbyggertall multiplisert med 100. Kilde: KOSTRA 2010

De forskjellene i tjenesteprofil som framkommer av modellen er et resultat av tidligere strategiske valg. Analysen av KOSTRA-data for perioden 2008-2011 (se vedlegg 1) viser at det har funnet sted en dreining i tjenesteprofil i kommunene. Dreiningen går mot en styrkning av hjemmetjenestene, herunder utbygging av boliger med fast bemanning. Et flertall av kommunene har også satset mer på aktivitetstilbud lengre ned i tiltakskjeden. Utsagn fra intervjuene tyder dessuten på at tilbudene øverst i tjenestekjeden har en annen funksjon i tiltakskjeden enn før. Det er en større differensiering innenfor institusjonstilbudet, og den gjennomsnittlige oppholdstiden er lavere. Denne utviklingen er helt i tråd med nasjonale føringer og intensjonene i Samhandlingsreformen.

Det synes å være stor bevissthet i kommunene rundt betydningen av en balansert tjenesteprofil. Samfunnsdebatten rundt konsekvensene av «eldrebølgen» og mye oppmerksomhet rundt Samhandlingsreformen har bidratt i positiv retning. Kommunaldirektører og bydelsdirektører svarer at de finner det utfordrende å få politisk oppslutning om oppbygging av tilbud på mellomnivå i tiltakskjeden. I de politiske miljøene er det fortsatt langtidsplasser i sykehjemsplasser som står sterkt.

¹⁸ Tabellen er basert på KOSTRA-tall fra 2010. I flere av kommunene er det gjort endringer i tjenestestrukturen i 2011.

6.4 Får politisk og administrativ ledelse riktig informasjon om behovet for tjenester?

Det synes å være enighet blant alle kommuner og bydeler om at bestiller-utfører-modellen legger til rette for at politisk og administrativ ledelse får riktig informasjon om behovet for tjenester på overordnet nivå. I realiteten handler ikke dette bare om bestiller-utfører-modellen, men også om at modellen ble innført samtidig med nasjonale dokumentasjonskrav om hvilke tjenester kommunen yter og i hvilket omfang disse ytes (bl.a. IPLOS).

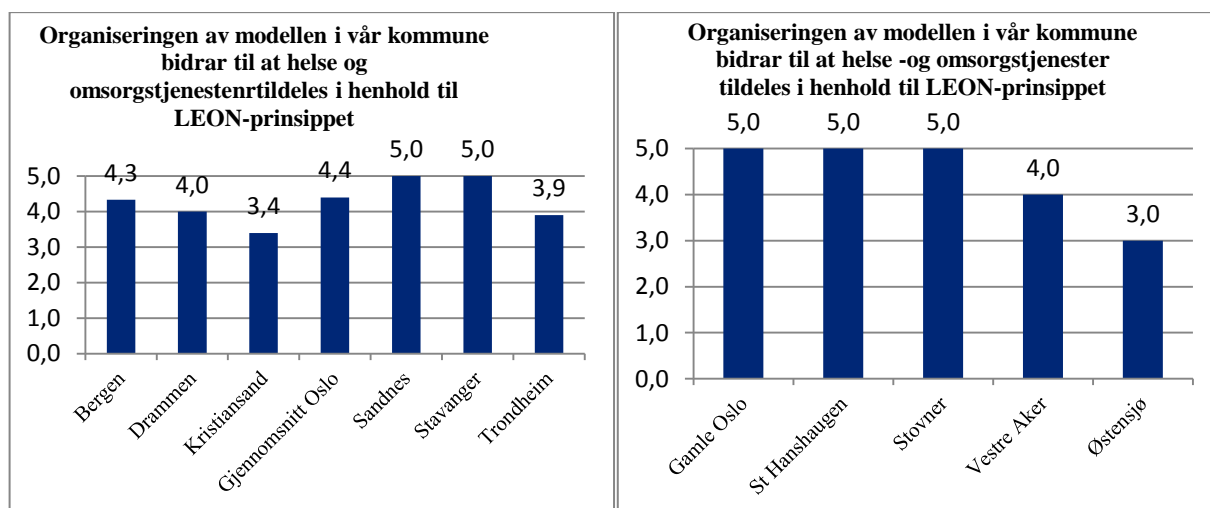
Innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF)/aktivitetsbasert finansiering (ABF) i flere kommuner og bydeler har forsterket behovet for at IPLOS-data er oppdatert og av god kvalitet.

I intervjuene framhever flere av kommunaldirektørene at man ikke i stor nok grad benytter denne dokumentasjonen som styringsinformasjon. Planarbeidet rundt utviklingen av nye tilbud tar utgangspunkt i andre datakilder og observasjoner for å synliggjøre endringer i behov. Bestiller-utfører-modellen oppfattes altså å legge til rette for at politisk og administrativ ledelse får riktig informasjon om behovet for tjenester, men at denne typen styringsinformasjon nok kan utnyttes bedre.

6.5 Bidrar organiseringen av bestiller-utfører-modellen til at tjenester tildeles i henhold til LEON-prinsippet?

Dersom politisk og administrativ ledelse får riktig informasjon om behovet for tjenester, skal kommunens tjenestekjede, ideelt sett, være utformet i henhold til LEON-prinsippet. Dermed bør det også ligge til rette for at tjenester kan *tildes* i henhold til dette. I intervjuene ba vi derfor *ledere og saksbehandlere ved bestillerenhetene* ta stilling til påstanden om at organiseringen av bestiller-utfører-modellen bidrar til at tjenester *tildes* i henhold til LEON-prinsippet.

Figur 4: Organiseringen av bestiller-utfører-modellen bidrar til at tjenester tildeles i henhold til LEON-prinsippet, svarfordeling bestillere kommuner og bydeler



N = 62
Bergen = 6
Drammen = 4
Kristiansand = 5
Oslo = 26
Stavanger = 7
Sandnes = 7
Trondheim = 7

N = 26
Gamle Oslo = 6
St Hanshaugen = 5
Stovner = 4
Vestre Aker = 6
Østensjø = 5

Ledere og saksbehandlere ved bestillerenhetene Stavanger og Sandnes er helt enige i påstanden og har en gjennomsnittscore på 5,0. I Stavanger framheves at bestillerenheten har oversikt over hvilke tjenestetilbud som finnes i kommunen, og at saksbehandlerne er drillet i å tildele tjenester på riktig nivå. I Sandnes, hvor de utførende enhetene har ansvar for både saksbehandling, behovsvurdering og tjenesteutøvelse, vektlegges kjennskapet til brukers funksjonsnivå. De mener nærheten til bruker gjør det enklere å innvilge tjenester på riktig nivå. Kristiansand ligger lavest med en gjennomsnittscore på 3,4. I de utfyllende svarene fra Kristiansand legger representantene fra bestillerenheten vekt på at de ikke har «godt nok grep om de nederste trinnene i omsorgstrappa».

Blant bydelene er Gamle Oslo, St Hanshaugen og Stovner helt enige i påstanden. I Vestre Aker er det en snittscore på 4,0, mens informantene i Østensjø er mest negative med en snittscore på 3,0. I de utfyllende svarene fra Østensjø vektlegges at muligheten til å tildeles i henhold til LEON-prinsippet, avhenger av den enkelte tjenestemottakers boforhold. Dårlig tilgang på egnede kommunale boliger gjør at det tildeles tjenester på høyere nivå enn nødvendig.

Selv om det er noe spredning i svarene, synes det, helhetlig sett, å være nokså bred enighet om at organiseringen av bestiller-utfører-modellen bidrar til at tjenester tildeles i henhold til LEON-prinsippet.

6.6 Er det samsvar mellom brukerens behov og tildelte tjenester?

Bestiller i smått skal ha ansvaret for at rett type og mengde tjeneste blir vedtatt på riktig nivå. I intervjuene spurte vi derfor utførerene om de opplever at bestiller «treffer» med vedtakene, og hva som skjer dersom det ikke er samsvar mellom vedtak og brukerens behov. Disse svarene er oppsummert kvalitativt, basert på informantenes utsagn.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at saksbehandlerne har en kompetanse og erfaring som gjør at de treffer godt med de fleste vedtak. Saksbehandlerne oppgir at det særlig er tre områder hvor det er særlig utfordrende å treffe godt med vedtakene:

- vedtak som tar hensyn til raske endringer i bistandsbehov hos hjemmetjenestebrukere med behov for varige og sammensatte tjenester
- vedtak som tar hensyn til individuelle bistandsbehov kontra fellestjenester i boliger til utviklingshemmede
- vedtak om brukerstyrt personlig assistanse (BPA) som tar hensyn til bistandsbehov og tjenestemottakers mulighet til selv å bestemme når og hvor bistanden skal ytes

Flere av kommunene har gått over fra tidsfestede til tjenestebeskrivende vedtak med angitte normtider for de to førstnevnte områdene ovenfor (se kapittel 7.5 for en mer fullstendig drøfting). Dette ut fra en erfaring om at tidsfestede vedtak innenfor disse komplekse tjenestene virket kostnadsdrivende. På den ene siden gir dette rom for at utføreren kan tilpasse tjenesten til brukerens varierende behov. På den andre siden åpnes det for større utydighet om hva som er riktig mengde tjeneste og koblingen mellom vedtak, utført tjeneste og økonomiske rammer for tjenesten som helhet.

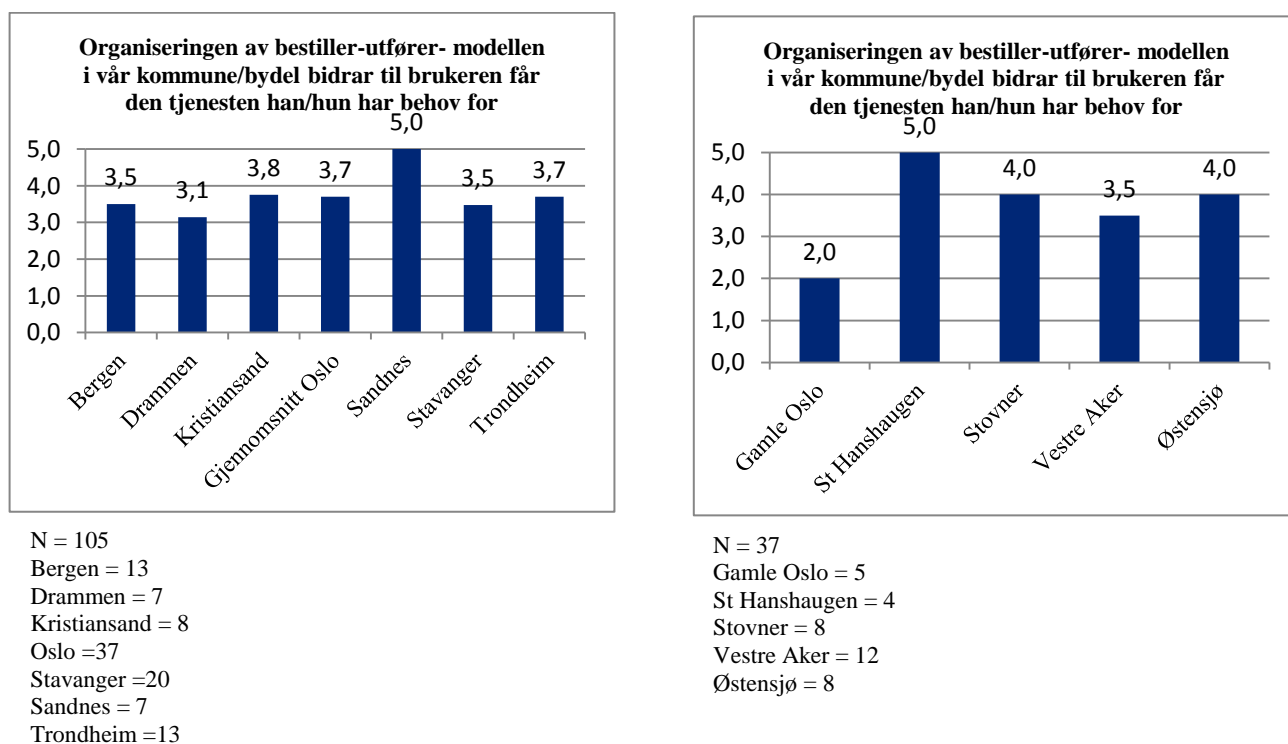
6.7 Bidrar organiseringen av bestiller-utfører- modellen til at brukeren får den tjenesten han/hun har behov for?

Både bestillere og utførere har nevnt at det før bestiller-utfører-modellen, og i modellens tidlige fase, var problemer med at vedtak ikke ble fullt ut gjennomført. Ofte hadde dette sammenheng med kapasitetsutfordringer hos utførere ved sykdom/fravær hos medarbeidere eller i

forbindelse med ferieavvikling. Gjennom tettere oppfølging av utførerne, strengere krav til dokumentasjon og finansieringsmodeller som gir uttelling for gjennomførte besøk, er ikke dette lenger et problem.

Vi har bedt utførerne ta stilling til påstanden om organiseringen av bestiller-utfører-modellen bidrar til at brukeren får den tjenesten han/hun har behov for. Blant kommunene er det Sandnes som er helt enig i påstanden, mens de fem andre kommunene ligger på et snitt mellom 3,1 (Drammen) og 3,8 (Kristiansand).

Figur 5: Bestiller-utfører-modellen bidrar til at brukeren får den tjenesten han/hun har behov for, svarfordeling utførere kommuner og bydeler



Utførerne i Sandnes vektlegger at «makta er lagt til de fagfolkene som er nærmest brukerne. Det er pleierne som møter brukerne som avgjør hva som skal ytes»¹⁹.

I Drammen er det nokså ulike synspunkter mellom utførere fra institusjonsomsorgen, hjemmetjenesten og tjenesten til funksjonshemmede. Utførerne i institusjonsomsorgen framhever at funksjonsnivå hos nye beboere ikke alltid er godt nok kartlagt og at de tilbys «feil type plass». Utførerne i hjemmetjenesten framhever at saksbehandlere ikke klarer å holde tritt med utviklingen i brukernes behov, og at det er noen brukere som «har vedtak om tjenester de egentlig ikke trenger». Innenfor tjenesten til funksjonshemmede er tildelingen av tjenester nylig lagt til Kontor for tjenestetildeling. Utførerne i tjenesten til funksjonshemmede mener dette vil bidra til å høyne kvaliteten på saksbehandlingen og gi riktige prioriteringer av yngre funksjonshemmede.

¹⁹ Respondentene fra Sandnes gir gjennomgående høy score på alle påstander de er bedt om å ta stilling til. Dette korrigeres det for i sammenstillingen av alle svar fra alle kommuner/bydeler i kapittel 10.4. Utførerne i Sandnes verdsetter nærheten til (hjemmetjeneste)bruker i vurderingen av behov, og framhever dette som en styrke i de fleste spørsmål som omhandler bestiller-utfører-modellens virkemåte.

Det er en større spredning i svarene fra utførerne i bydelene enn fra utførerne i kommunene. Utførerne fra bydel St Hanshaugen var helt enige i at «organiseringen av bestiller-utfører-modellen bidrar til at brukeren får den tjenesten han/hun har behov for» (snittscore 5,0). I bydel Vestre Aker lå snittet på 3,5, mens det i bydelene Stovner og Østensjø lå på 4,0. Utførerne i Gamle Oslo er mest uenige i påstanden og ga en snittscore på 2,0. Som begrunnelse for svarene ble utfordringer i balansen mellom ordlyden i vedtaket og variasjoner i brukernes behov framhevet.

Basert på utsagn fra intervjuene er vår tolkning at spredningen i svarene på dette spørsmålet har sammenheng med forskjeller i praktiseringen av bestiller-utfører-modellen, snarere enn hvilken type modell utførerne opererer innenfor.

6.8 Kjø og ventelister

Spørsmålet om avvikling av kjø og ventelister arter seg ulikt fra kommune til kommune. Kommunene har valgt ulike strategier for å synliggjøre at etterspørselen er større enn tilbudet og ressurstilgangen. Tidlig i kartleggingsfasen viste spørsmålet om kjø og ventelister seg å være lite egnet for å belyse problemstillingen om behovsdekning.

Få av kommunene/bydelene opererer med ventelister. Det er etablert egne prosedyrer for hvordan søknaden skal behandles dersom den tjenesten det søkes om, ikke vurderes å være den riktige ut fra søkerens bistandsbehov, eller den tjenesten det søkes om ikke har kapasitet til å ta imot flere.

Forholdet mellom søknad og avslag er ikke et godt mål på sammenhengen mellom behov og tilbud. Søkeren har gjerne begrenset innsikt i kommunens/bydelens samlede tilbud, og kjenner heller ikke tildelingskriteriene for den enkelte tjeneste. Bestillerenhetens veiledning av søkeren i denne fasen er avgjørende for om brukeren opplever å bli godt ivaretatt eller ikke.

Prinsippet «rett til helsehjelp» står sterkt i all tildeling av tjenester. Vårt inntrykk er at saksbehandlere ved bestillerenhetene gjør gode helsefaglige vurderinger om adekvate alternativ dersom den ønskede tjenesten ikke innvilges.

Praksis rundt tildeling/avslag når søker ikke får den tjenesten det søkes om er imidlertid forskjellig. Gjeldende praksis i Trondheim og Bergen eksemplifiserer dette:

- Trondheim opererer med ulike ventelister for ulike tjenester. Det opereres med prioriteringsgrupper og prioriteringsnøkler for å gjøre prioriteringen til ledig plass enklere.
- Bergen gir konsekvent avslag på sykehjemssøknader dersom det ikke er ledig plass. Det gis tilbud om hjemmetjenester og gjøres kontinuerlig vurdering av om andre tiltak må iverksettes. Forvaltningskontorene har oversikter over hvem som har søkt, og er særlig oppmerksomme på utviklingen i deres helsetilstand.

Spørsmålet om økt rettighetsfokus omhandles nærmere i kapittel 9. I spørsmålet om kjø og ventelister kan et slikt rettighetsfokus, i kombinasjon med den profesjonalisering av saksbehandlingskompetansen som bestiller-utfører-modellen innebærer, bidra til at flere søkere kanaliseres inn mot helse- og omsorgstjenestene. Bestiller-utfører-modellen kan, slikt sett, sies å påvirke etterspørselen etter tjenester.

På den andre siden framhever flere kommuner/bydeler at bestiller nå sitter med en oversikt over kommunens samlede tjenesteportefølje, og at dette gjør det enklere å sette sammen «en pakke av tjenester» for den enkelte bruker. Eksempelvis en kombinasjon av omsorgsbolig, hjemmetjenester og dagsenter som en erstatning for langtidsplass i sykehjem. Det gis dermed ikke avslag, men innvilges tjenester som samlet sett imøtekommer brukerens bistandsbehov. Det framheves også at bestillers oversikt over samlet tjenesteportefølje og behov gjør det enklere å prioritere hvilke brukere som har behov for langtidsplass i sykehjem, og hvem som kan klare seg med andre alternativ.

6.9 Behovsdekning - analyse og vurdering

Utformingen av tjenestekjeden er i bunn og grunn et resultat av den styringsinformasjon politikerne har fått og hvilke prioriteringer de har gjort på bakgrunn av den informasjonen. Dette synes i begrenset grad å ha sammenheng med den styringsinformasjon som bestiller-utfører-modellen legger til rette for å framskaffe. Bestiller-utfører-modellen har likevel, i kombinasjon med strengere dokumentasjonskrav, bidratt til at politisk ledelse får mer korrekt informasjon om behovet for tjenester enn tidligere.

I samtlige av våre studiekommuner har det funnet sted en dreining av tjenestekjeden i retning av mer hjemmebasert omsorg. Dette er en ønsket utvikling, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og en utvikling som søkes videreført.

Innføring av skillet mellom bestiller og utfører har bidratt til en profesjonalisering av vurderingen av bistandsbehov og en tydelighet i prioriteringen av søkere. Sammenfatningen av intervjumaterialet tyder på at bestillerenhetene stort sett treffer godt med vedtakene som fattes, og at tildelingen er mer rettferdig og lik enn før. Tildelingen av tjenester til brukere med varige og sammensatte behov (hjemmetjenestebrukere med omfattende tjenester og utviklingshemmede) oppleves som særlig utfordrende. Flere kommuner har erfart at tidsfestede vedtak virker kostnadsdrivende innenfor disse komplekse tjenestene, og har gått over til tjenestebeskrivende vedtak i stedet. Dermed overlates den skjønsmessige vurderingen av tjenestemottakers behov i større grad til utfører.

En tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte kommunens/bydelens ressurser (plassering av økonomisk ansvar hos bestiller) kan videre ha bidratt til å forsterke behovet for at saksbehandlerne finner ressurseffektive løsninger.

Fra utførerhold trekkes det fram at utmålingen av bistand er knapp. Det gjelder særlig tjenestemottakere med behov for lite hjelp. Funn fra KOSTRA-analysen tilsier at tildelingen av tjenester for hjemmetjenestemottakere er strengere enn tidligere, gjennom at en forholdsvis mindre andel av befolkningen over 67 år mottar tjenester. Dette trenger ikke nødvendigvis å bety at helse- og omsorgstilbudet er dårligere enn før, men at det foretas en riktigere prioritering av knappe ressurser.

I et flertall av kommunene er det en klar dreining mot at utførerne overtar en større del av behovsvurderingen i hjemmetjenesten, både ved førstegangsvedtak og ved endring av vedtak. Selv om bestiller har avgjørende myndighet i sakene som vedtaksmyndighet, er det vårt inntrykk at en større del av forvaltningsansvaret overlates til utfører. På dette området er det observert en utvikling som kan bidra til å viske ut det prinsipielle skillet mellom bestiller og utfører. I neste omgang kan denne utviklingen føre til endringer i behovsdekningen. Hvordan dette slår ut avhenger av om «pengesekken» ligger hos bestiller eller hos utfører. Dersom utfører har anledning til å påvirke egne inntekter gjennom en «smart» behovsvurdering og

dokumentasjonspraksis, kan dette også gi systematiske skjevheter i informasjon om behovet for tjenester på overordnet nivå.

Vår vurdering er at bestiller-utfører-modellen ikke i seg selv har hatt noen påvirkning på utviklingen av kø og ventelister. Dette avhenger av hvilken «ventelistepolitikk» kommunen ønsker å benytte, og i hvilken grad kapasitetsutfordringer ønskes formidlet på denne måten.

Gjennom å ha skilt forvaltning og tjenesteproduksjon og ha profesjonalisert saksbehandlingen har alle kommuner og bydeler i studien lagt til rette for de elementene i bestiller-utfører-modellen som sterkest påvirker problemstillingene rundt behovsdekning. Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom kommuner og bydeler i de tre hovedkategoriene av bestiller-utfører-organisering som vi opererer med. De ulikheter mellom kommuner og bydeler som er avdekket synes å finne sin forklaring i forskjeller i praktiseringen av bestiller-utfører-modellen, snarere enn den formelle organiseringen av modellen.

7 Asymmetrisk informasjon

7.1 Innledning – definering av problemstillinger

Når komplekse bestillinger skal foretas, vil det alltid være en grad av skjønnsutøvelse. Hvis en bestilling oppfattes som mer enn tilstrekkelig, altså at bestilt mengde er for stor i forhold til behovet, kan en anta at det er vanskeligere å få informasjon om disse forholdene på bestillersiden. Utfører har svake incentiver til å melde fra om slike feilbestillinger, siden utfører uansett får tilført ressurser i tråd med bestillingen.

Mekanismene i bestiller-utfører-modellen medfører at det er lett å oppdage feilbestillinger som ligger for lavt i forhold til behovet, mens det er vanskelig å oppdage feilbestillinger som ligger for høyt i forhold til behovet. Det reises ett hovedspørsmål knyttet til problemstillingen *asymmetrisk informasjon*:

- Kan mekanismene i bestiller-utfører-modellen føre til at noen får mer tjenester enn behovet tilsier?

Dette spørsmålet har vi søkt å besvare gjennom:

- Å analysere sammenhengen mellom befolkningsendringer, endringer i antallet tjenestemottakere og endringer i andelen tjenestemottakere med henholdsvis lavt, middels og høyt bistandsbehov
- Intervjukandidatenes beskrivelser av hva som skjer dersom det ikke er samsvar mellom brukerens behov og tildelte tjenester
- Intervjukandidatenes beskrivelser av hva som skjer dersom brukeren får mer tjenester enn det behovet tilsier

Drøftingen av problemstillingene knyttet til asymmetrisk informasjon tar utgangspunkt i de påviste befolkningsendringene og endringer i brukermassen. Dernest drøftes informantenes synspunkter på spørsmålene om hva som skjer dersom det ikke er samsvar mellom brukerens behov og tildelte tjenester og hva som skjer dersom brukeren får mer tjenester enn det behovet tilsier. Problemstillingen ovenfor er formulert med bakgrunn i en antakelse om at timefestede vedtak (som grunnlag for utførers finansiering) virker kostnadsdrivende. Vi har derfor kartlagt forekomsten av timefestede kontra tjenestebeskrivende vedtak og sett nærmere på om dette utløser ulik adferd hos utførerne. Avslutningsvis i dette kapitlet gjøres vurderinger av hvordan bestiller-utfører-modellen virker inn på problemstillingene rundt asymmetrisk informasjon.

7.2 Befolkningsendringer, endringer i antallet tjenestemottakere og endringer tjenestemottakernes bistandsbehov

Alle kommunene har opplevd en befolkningsøkning i perioden. Andelen eldre viser derfor en relativ nedgang i forhold til befolkningssammensetningen generelt. I kommunene er det en økning i antall eldre. Den reelle økningen er størst i aldersgruppen 67-79 og 90+. For aldersgruppen 80-89 har utviklingen vært stabil i Drammen, Kristiansand og Sandnes. Oslo har hatt en nedgang på 1 600 personer, mens de øvrige kommunene har hatt en liten nedgang.

Av kapittel 5.2.2 framgår det at andelen tjenestemottakere i hjemmetjenesten har endret seg mindre enn den forholdsvis økningen i antallet innbyggere totalt sett, for perioden 2008-2011. For aldersgruppen under 67 år ligger befolkningsveksten i kommunene mellom 4,4 % og 7,5 %, mens andelen tjenestemottakere i hjemmetjenesten er stabil for flertallet av kommunene. For aldersgruppen over 67 år ligger befolkningsveksten i kommunene mellom

0,9 % og 8,4 %, mens andelen tjenestemottakere er redusert i seks av sju kommuner.

Figur 29 i vedlegg 1 viser at andelen brukere med omfattende bistandsbehov har holdt seg noenlunde stabil i alle kommuner. Flertallet av kommunene har opplevd en reduksjon i andelen brukere med avgrenset behov. Samtidig vises det til en sterk økning i antallet ressurskrevende brukere for et flertall av kommunene.

Disse funnene peker i retning av en strengere tildelingspraksis. Det trenger imidlertid ikke å bety at det ikke gjøres feilvurderinger i enkeltsaker, og at noen brukere får mer tjenester enn det behovet skulle tilsi. Derfor har vi spurt bestillere og utførere om hva som skjer dersom det ikke er samsvar mellom brukerens behov og tildelte tjenester.

7.3 Hva skjer dersom det ikke er samsvar mellom brukerens behov og tildelte tjenester?

Det synes å være en erkjennelse, både blant bestillere og utførere, om at asymmetrisk informasjon kan være et problem. Det framheves at dette ikke er noe nytt. Ved «historisk basert rammebudsjettering», før innføringen av aktivitetsbaserte finansieringsmodeller, ble det heller ikke alltid rapportert om reduksjoner i behov eller frafall av brukere. Fra enkelte utførere framheves det at de som helsepersonell har et ansvar for at kommunens ressurser fordeles på riktig måte – de som trenger det mest skal få mest. Slikt sett foreligger et faglig fundert incitament for å rapportere om reduksjon i behov.

Flere av bestillerenhetene vektlegger betydningen av at de treffer godt med vedtakene, både når det gjelder type tjeneste og tidsangivelse. Ved usikkerhet om tildelingen av et heldøgnsstilbud, gis derfor tilbud om «vurderingsopphold». I hjemmetjenesten fattes først vedtak av kort varighet. Et flertall av bestillerenhetene rapporterer om kapasitetsutfordringer og begrenset mulighet til å følge opp saker hvor det har vært usikkerhet om vedtaket. Dette gjelder også evaluering av effekten av målrettede tiltak. Det overlates ofte til utførerne å vurdere dette.

Flere utførere framhever betydningen av at virksomheten (sonen, boligen, sykehjemmet) er stor nok til å kunne håndtere mindre svingninger i tjenestevolum, og at personalet må flytte mellom virksomheter dersom en utfører opplever press på tjenesten og en annen ikke.

Betydningen av gode rutiner for dokumentasjon av behovsendringer og endring av vedtak framheves, både hos bestiller og utfører. Det er tydelig at prosedyrene på dette området er gjennomarbeidet og grundig utprøvd. Et flertall av kommunene/bydelene bruker egne notatfelt i tjenestens fagprogram (Geric, Profil) for å dokumentere endringer i behov. Flere utførere gir imidlertid uttrykk for at dokumentasjonskravene oppleves rigide og ressurskrevende.

Det er forskjell på kommuner/bydeler med og uten ISF/ABF når det gjelder hvor fort endringer registreres og hvilke krav som stilles til presisjonen i dokumentasjonen. Dette har trolig sammenheng med at endringer i vedtaket har direkte innvirkning på utførers inntekter. Det er to eksempler på det:

- Det stilles krav om at endring i behov skal gi utslag i ADL- score og registreres i IPLOS før vedtaket endres
- Det stilles krav om en vedvarende endring tilsvarende +/- 25 % av utmålt vedtakstid før vedtaket endres

7.4 Hva skjer dersom brukeren får mer tjenester enn det behovet tilsier?

Spørsmålet om brukeren får mer tjenester enn det behovet tilsier vil arte seg forskjellig i institusjonsomsorgen, i boliger med fast bemanning og i de hjemmetjenestene:

I institusjonsomsorgen, hvor beboeren får tilbud om en plass og ikke en spesifikk tidsangitt tjeneste, vil det være opp til utfører å fordele ressurser/kompetanse ut fra beboernes behov. Her kan utfører både redusere og øke bistanden innenfor rammene av vedtaket uten at bestiller får beskjed. Det samme vil være tilfellet i boliger som opererer med rene tjenestebeskrivende vedtak og rammetildeling. Innenfor disse tjenestene er det derfor av avgjørende betydning at brukeren får et tilbud på riktig sykehjemsavdelinger eller i riktig bolig. Dersom beboere får mer tjenester enn det behovet tilsier innenfor et tilbud på riktig nivå i tjenestekjeden, vil det være et resultat av feilaktige vurderinger internt i avdelingen/boligen. Spørsmålet om riktig plassering av beboere vil være et spørsmål til avklaring mellom bestiller og utførende enheter. Spørsmålet om feilaktige vurderinger vil være et spørsmål til avklaring mellom fagpersoner internt hos utfører.

I den ordinære hjemmetjenesten kan variasjonene i den enkelte brukers behov være store. Utfordringen her er å utforme vedtak som ivaretar brukerens rettigheter, er presist med tanke på å definere hva brukeren trenger bistand til og som samtidig treffer godt med (tids)utmålingen. Innenfor disse tjenestene vil det være behov for mer eller mindre kontinuerlig vurdering av om brukeren får mer tjenester enn det behovet tilsier. Da «spennet» innenfor hjemmetjenestene er så stort, vil det også i større grad være opp til utfører å vurdere samsvaret mellom tjenester og behov her. Introduksjonen av tjenestebeskrivende vedtak underbygger utførers ansvar på dette området.

Fra intervjuene er hovedinntrykket at brukere som får mer enn det behovet tilsier, ikke oppleves som noe problem, verken hos bestillere eller utførere. Flere utførere «innrømmer» at man nok er raskere til å melde om endringer i behov når behovet øker. Hovedregelen er at tjenester på lavere bistandsnivå skal prøves ut før tjenester lengre opp i tjenestekjeden settes inn. Flere bestillerenheter opplyser at de er mer påpasselige med dette enn før.

7.5 Tidsfestede versus tjenestebeskrivende vedtak

Problemstillingen asymmetrisk informasjon er knyttet til en antakelse om at tidsfestede vedtak vil være kostnadsdrivende innenfor en ISF/ABF- modell, og at disse mekanismene forsterkes dersom private utførere står for deler av tjenesteproduksjonen.

Med tidsfestede vedtak menes «bestillinger» hvor det er angitt hvor mye tid utfører skal benytte til hver oppgave/hvert oppdrag. Med tjenestebeskrivende vedtak menes «bestillinger» hvor oppgaven som skal utføres er beskrevet og det er angitt en generell normtid for hvor lang tid oppgaven forventes å ta. Tjenestebeskrivende vedtak åpner i større grad for at utførerne selv kan avgjøre hvor lang tid det er nødvendig å bruke på en oppgave/et oppdrag, innenfor den vedtatte normtiden. Dermed blir det også opp til utfører å tilpasse bistanden til variasjoner i brukerens bistandsbehov, uten at dette nødvendigvis medfører endringer i vedtakstid.

For praktisk bistand/hjemmehjelp er brukerbetalingen beregnet på grunnlag av timetall. Disse vedtakene skal derfor ha en tidsangivelse. For omsorgslønn, støttekontakt og BPA-ordninger med privat tjenesteleverandør, er lønn til tjenesteyter beregnet på grunnlag av timetall, derfor er disse vedtakene er også tidsfestet.

I kommuner/bydeler med private utførere benyttes timetall som grunnlag for fakturering på praktisk bistand/hjemmehjelp, hjemmesykepleie og brukerstyrt personlig assistanse.

Blant de kommunale utførerne hentydes det at incentivene til å øke tidsutmålingen i vedtaket vil være enda sterkere hos private utførere enn hos de kommunale. For dem sies muligheten for profitt å ligge i at vedtaksvolumet øker, og at smådriftsulempene reduseres. De private utførerne antas heller ikke å utøve den samme ansvarligheten for «riktig bruk av kommunes ressurser» som de kommunale utførerne mener at de gjør.

I tabellen nedenfor gis en oversikt over hva som benyttes i den enkelte kommune/bydel innenfor den enkelte deltjeneste. Kategoriseringen er foretatt ut fra hvordan bestillingen til utfører er formulert. Tidsangivelsen er ikke alltid oppgitt i vedtaket som sendes ut til bruker. Syke- og aldershjemstilbud er ikke tatt med i oversikten nedenfor – så langt vi kjenner til er alle vedtak om kort- og langtidsopphold i syke- og aldershjem tjenestebeskrivende.

Kommune/bydel	Bestilling som er timefestet med beskrivelse av tjeneste	Bestillingsom er tjenestebeskrivende med normtid for individuelle tjenester
Bergen	Praktisk bistand (hjemmehjelp), brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	Hjemmesykepleie, individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig
Drammen	Praktisk bistand (hjemmehjelp), brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	Hjemmesykepleie, individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig
Kristiansand	Praktisk bistand (hjemmehjelp), hjemmesykepleie, individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig, psykiatrisk sykepleie, avlastning, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn,	
Sandnes	Praktisk bistand (hjemmehjelp), brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	Hjemmesykepleie, individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig (også et tidsэлемент)
Stavanger	Praktisk bistand (hjemmehjelp), hjemmesykepleie, individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	
Trondheim	Praktisk bistand (hjemmehjelp), brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	Hjemmesykepleie, individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig
Gamle Oslo	Praktisk bistand (hjemmehjelp), hjemmesykepleie, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	Individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig
St Hanshaugen	Praktisk bistand (hjemmehjelp), hjemmesykepleie, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	Individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig
Stovner	Praktisk bistand (hjemmehjelp), hjemmesykepleie, individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	
Vestre Aker	Praktisk bistand (hjemmehjelp), hjemmesykepleie, individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	
Østensjø	Praktisk bistand (hjemmehjelp), hjemmesykepleie, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgslønn, støttekontakt	Individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig

Figur 6: Oversikt over hvilke kommuner/bydeler som har timefestede/tjenestebeskrivende vedtak

Som det framgår av oversikten, er tidsfestede vedtak fortsatt mest utbredt blant kommunene/bydelene. Fire av kommunene opererer nå med tjenestebeskrivende vedtak i hjemmesykepleien og individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig. Brukervalgsordningen på praktisk bistand og hjemmesykepleie i Oslo gjør at alle vedtak innenfor disse tjenestene tidsfestes her. Tre av bydelene operer med tjenestebeskrivende vedtak når det gjelder individuelle tjenester til utviklingshemmede i bolig.

Bestiller-utfører-modellen ble introdusert på et senere tidspunkt innenfor tjenestene til utviklingshemmede enn innenfor institusjonsomsorgen og de ordinære hjemmetjenestene. I forbindelse med overgangen til bestiller-utfører-modellen, har flere av kommunene erfart at timefestede vedtak innenfor tjenesten til utviklingshemmede (boliger med fast bemanning) virker kostnadsdrivende. Dette skyldtes at driften dreide seg mot å utføre bestillingen i den enkelte beboers vedtak, framfor å se ressursene i boligen mer under ett. Felles tjenester i boligen (tilsyn, nattevakt) ble dermed en utfordring for vedtaksutforming her. Det oppsto situasjoner hvor brukeren fikk tilbud om mer tjenester (individuell sett) enn det behovet skulle tilsi. De kommunene som nå har gått over til tjenestebeskrivende vedtak for denne

brukergruppen melder om at dette har hatt ønsket effekt, og at utførerne utfordres i større grad på å iverksette bestillingen innenfor de rammene som normtiden gir.

Fra intervjuene med bestillerenhetene er inntrykket at kommuner/bydeler som har private leverandører innenfor hjemmetjenestene har en strengere praksis knyttet til endringer i behov og økt vedtakstid enn kommuner som ikke har det. Hvorvidt kommunens egne utførere er underlagt samme regime, avhenger av om det er innført samme kontrollsystem for alle utførere og om det utøves systematisk prestasjonssammenligning (benchmarking) mellom private og kommunale utførere. «Kombinasjonen» av tidsfestede vedtak og private utførere synes dermed ikke å bidra til problemet med asymmetrisk informasjon blir større i kommuner som har private utførere.

7.6 Vedtakstid versus utført tid

Et sentralt poeng i forhold til problematikken rundt asymmetrisk informasjon er om betalingen til utfører innenfor en ISF/ABF-modell for hjemmetjenestene er beregnet med grunnlag i vedtakstid eller utført tid. Dersom vedtakstid legges til grunn, og det ikke gjennomføres kontroll av om utført tid samsvarer med vedtakstid, kan det bidra til å forsterke mekanismene som leder til asymmetrisk informasjon. Som nevnt synes problemet med at vedtak ikke utføres å være mindre nå enn tidligere, grunnet strengere dokumentasjonskrav og tettere oppfølging. For kommunene kan det likevel være interessant å overvåke forskjeller mellom virksomheter når det gjelder graden av samsvar mellom vedtakstid og utført tid, fordi dette også er et mål på effektivitet.

Våre studiekommuner har noe ulik praksis når det gjelder anvendelsen av vedtakstid og utført tid. Det er også ulik praksis mellom tjenestene innenfor en og samme kommune. Variasjonene framkommer av tabellen nedenfor:

Kommune/bydel	Vedtaksstid eller utført tid til grunn for betalingen til utfører	Økonomisk utfordring
Bergen	Utført tid legges til grunn for betaling på praktisk bistand, vedtakstid på hjemmesykepleie. For tjenesten til utviklingshemmede er det pr i dag en to-delt finansiering: For hjemmeboende og for fellestid i bofellesskap er det innført ABF-finansiering, der vedtakstiden er lagt til grunn. De individuelle tjenestene til brukerne i bofellesskap er fremdeles rammefinansiert.	Aktivitetsavik. Det tildeles mer tjenester enn det rammene tillater
Drammen	Utført tid på private utførere praktisk bistand. Ellers rammebudsjettering.	Merforbruk institusjon
Kristiansand	Vedtaksstid på praktisk bistand og hjemmesykepleie. Månedlig overføring basert på kategorisering av beboere innenfor tjenesten til utviklingshemmede.	Aktivitetsavik. Det tildeles mer tjenester enn det rammene tillater
Sandnes	Rammebudsjettering. Justeringer under veis ut fra utført tid på praktisk bistand og hjemmesykepleie.	Merforbruk hjemmetjenester.
Stavanger	Utført tid på praktisk bistand og hjemmesykepleie. Vedtakstid i tjenesten til utviklingshemmede.	Merforbruk institusjon
Trondheim	Vedtaksstid i på praktisk bistand. Vedtakstid i kombinasjon med ADL-score på hjemmesykepleie og tjenesten til utviklingshemmede	Mindreforbruk. Aktivitetsavik på BPA og omsorgslønn
Gamle Oslo	Utført tid på private utførere praktisk bistand og hjemmesykepleie. Tilsvarende modell for kommunale utførere i enkelte bydeler. Ellers rammebudsjettering. Rammebudsjettering i tjenesten til utviklingshemmede.	Merforbruk hjemmetjenester.
St Hanshaugen	Utført tid på private utførere praktisk bistand og hjemmesykepleie. Tilsvarende modell for kommunale utførere i enkelte bydeler. Ellers rammebudsjettering. Rammebudsjettering i tjenesten til utviklingshemmede.	Aktivitetsavik på sykehjem og tjenesten til utviklingshemmede. Merforbruk hjemmetjenester
Stovner	Utført tid på private utførere praktisk bistand og hjemmesykepleie. Tilsvarende modell for kommunale utførere i enkelte bydeler. Ellers rammebudsjettering. Rammebudsjettering i tjenesten til utviklingshemmede.	Aktivitetsavik på sykehjem og tjenesten til utviklingshemmede. Merforbruk hjemmetjenester
Vestre Aker	Utført tid på private utførere praktisk bistand og hjemmesykepleie. Tilsvarende modell for kommunale utførere i enkelte bydeler. Ellers rammebudsjettering. Rammebudsjettering i tjenesten til utviklingshemmede.	Aktivitetsavik på sykehjem og tjenesten til utviklingshemmede.
Østensjø	Utført tid på private utførere praktisk bistand og hjemmesykepleie. Tilsvarende modell for kommunale utførere i enkelte bydeler. Ellers rammebudsjettering. Rammebudsjettering i tjenesten til utviklingshemmede.	Aktivitetsavik på sykehjem. Ellers budsjettbalanse.

Figur 7: Oversikt over anvendelsen av vedtakstid og utført tid, samt oversikt over hvor økonomiske utfordringer har oppstått. Kilde: opplysninger innhentet i kommunene og årsrapporter.

Dersom kommunen/bydelen har utfordringer med asymmetrisk informasjon og denne påvirkes av om betalingen til utfører beregnes med grunnlag i vedtakstid eller utført tid, vil dette synliggjøres som økonomiske overskridelser. Antakelsen er at dersom vedtakstid legges til grunn for betaling til utfører, og det ikke kontrolleres for utført tid i tilstrekkelig grad, vil utfører arbeide for å få vedtakstiden opp, og avviket synliggjøres gjennom aktivitetsavvik (det bestilles mer tjenester enn de økonomiske rammene tillater).

I tabellen er det derfor synliggjort hvor de senere års økonomiske overskridelser har oppstått – hos bestiller (aktivitetsavvik) eller hos utfører (effektivitetsavvik). Av oppsettet i tabellen framgår det at aktivitetsavvik synes å inntreffe oftere i kommuner hvor vedtakstid legges til grunn for betaling til utfører.

Årsakene til aktivitetsavvik er komplekse, og kan neppe skyldes mekanismer som oppstår i forholdet mellom vedtakstid og betaling til utfører alene. Framstillingen ovenfor synliggjør likevel noen mulige sammenhenger det kan være interessant for kommuner og bydeler med en ISF/ABF- finansiering å gå nærmere inn i. Uansett vil sikring av samsvar mellom vedtakstid og utført tid være en forutsetning for god økonomisk styring.

7.7 Asymmetrisk informasjon – analyse og vurdering

I spørsmålet om asymmetrisk informasjon peker analysene av intervjumaterialet og den øvrige dokumentasjonen fra kommunene/bydelene i forskjellig retning.

I intervjuene beskriver flere av kommunene/bydelene at innføringen av bestiller-utfører-modellen har gitt bedre samsvar mellom bistandsbehov og vedtak, og mellom bistandsbehov og økonomiske rammer. Dette gjelder særlig innenfor tjenesten til utviklingshemmede. En gjennomgang av alle vedtak i forbindelse med innføringen av bestiller-utfører-modellen har gitt riktigere utmåling av vedtaket til den enkelte bruker og en riktigere ressursramme for den enkelte bolig.

Ut fra de beskrivelser vi har fått ser det ut til at incentivet for ikke å yte mer tjenester enn nødvendig først og fremst ligger i kulturen i den enkelte virksomhet, og i den enkelte medarbeidernes faglige integritet, fremfor å være direkte knyttet til mekanismer innenfor bestiller-utfører. Det kan se ut til at strengere krav til endring av vedtak og underbyggende dokumentasjon virker dempende i forhold til at tjenestevolumet økes mer enn det økningen i bistandsbehov tilsier.

Utsagn fra bestillere og utførere i intervjuene tyder på at ordningen med ISF/ABF medfører at utfører melder raskere om endringer i behov. Samtidig stilles det krav om at endringer skal være av varig karakter og av et visst omfang før vedtaket (og dermed utførers inntekter) endres. Som vi tidligere har vært inne på er det en klar dreining mot at utførerne overtar en større del av behovsvurderingen i hjemmetjenesten. Dette kan bidra til at problemet med asymmetrisk informasjon forsterkes.

Med grunnlag i dokumentasjon om type vedtak, finansiering av utførernes tjenesteyting og økonomiske overskridelser, har vi har vurdert om asymmetrisk informasjon er et større problem i kommuner/bydeler som opererer med tidsfestede vedtak, enn i kommuner som ikke gjør det. Dette finner vi ikke grunnlag for i intervjumaterialet. Derimot er det observert en mulig sammenheng mellom vedtakstid som grunnlag for betaling av utførerne og aktivitetsavvik (avvik som oppstår hos bestiller fordi det tildeles mer tjenester enn det budsjetttrammen gir rom for). Kombinasjonen av ISF/ABF, tidsfestede vedtak, og vedtakstid

som grunnlag for betaling til utfører, ser ut til å virke forsterkende på mekanismene som leder til asymmetrisk informasjon. Ikke alle kommunene/bydelene som har denne kombinasjonen oppgir å ha hatt særlige utfordringer på dette området. Her er det innført korrigierende mekanismer, eksempelvis etterprøving av samsvar mellom vedtakstid og utført tid.

Vi har også sett nærmere på om problemet med asymmetrisk informasjon er større hos kommuner som har private utførere. Selv om det finnes enkelte eksempler på slike sammenhenger, finner vi ikke grunnlag for å trekke en slik slutning. Snarere synes skepsis til kommersielle private utførere å føre til tettere oppfølging og økt oppmerksomhet for å unngå problemer med asymmetrisk informasjon.

8 Incentivstrukturen

8.1 Innledning – definering av problemstilling

Slik bestiller-utfører-modellen fungerer i enkelte av kommunene i dag, med bestillinger og medfølgende ressurser, kan utførersiden mangle incentiver for å redusere kostnaden på sikt. En kostnadsreduksjon belønnes vanligvis ikke, da utfører mister budsjettmidler for å gjøre en god jobb. Dette kan være til hinder for frigjøring av ressurser og motivere til forebyggende omsorg. Det reises to spørsmål knyttet til problemstillingen *incentivstruktur*:

- Er det slik at dagens bestiller-utfører-modeller i stor grad er rettighetsbasert i forhold til tjenester på et gitt tidspunkt, og i mindre grad belønner adferd som minsker behovet for tjenester på sikt?
- Kan mekanismene i bestiller-utfører-modellen føre til at det er svakere incentiver for å satse på forebyggende omsorg? Kan dette hindre en effektiv utnyttelse av ressursene?

Disse spørsmålene har vi søkt å belyse gjennom å be om intervjukandidatenes vurderinger av om bestiller-utfører-modellen bidrar til:

- Behovsvurdering og tildeling av tjenester som i større grad er rettighetsbasert enn om man ikke hadde en slik modell
- Belønning av atferd hos medarbeidere (både hos bestiller og utfører) som reduserer behovet for tjenester på sikt
- Økte eller reduserte incentiver for å satse på forebyggende arbeid
- Tjenester *utføres* i henhold til LEON-prinsippet – her er det forebyggende perspektivet etterspurt spesielt

Vi har også spurt om intervjukandidatenes vurderinger av om finansieringsmodellen innført innenfor rammene av bestiller-utfører-modellen gir incentiver for å satse på forebyggende omsorg.

Drøftingen av problemstillingene knyttet til incentivstrukturen tar utgangspunkt i informantenes synspunkter på spørsmålene om behovsvurdering og tildeling av tjenester i større grad er rettighetsbasert innenfor en bestiller-utfører-modell, og om modellen gir økte eller reduserte incentiver for å satse på forebyggende arbeid. Dermed etterspørres utførernes egne vurderinger av om tjenester utføres i henhold til LEON-prinsippet, hvor det forebyggende perspektivet etterspørres spesielt.

Bestillere og utførere har noe ulike synspunkt på hvordan incentivstrukturen slår ut. Kapitlet er derfor bygd opp rundt forskjellene i deres argumentasjon.

8.2 Er behovsvurdering og tildeling av tjenester i større grad rettighetsbasert innenfor en bestiller-utfører-modell?

Det er gjennomgående bred enighet, både blant kommunens toppledelse, bestillere og utførere, om at bestiller-utfører-modellen har medført et større rettighetsfokus. Dette sees i sammenheng med introduksjonen av nye lovverk som har befestet individets rettigheter innenfor helse- og omsorgstjenestene generelt, og økt bruk av juridisk kompetanse i saksbehandlingen spesielt.

Både fordelene og ulempene ved dette trekkes fram:

- Fordeler:
 - Ivaretagelse av den enkelte brukers juridiske rettigheter
 - Tildelingen er mer ensartet og objektiv og i mindre grad opp til den enkelte fagperson
 - Behovsvurdering og tildeling som gjøres ut fra helsefaglige vurderinger – ikke økonomiske eller kapasitetsmessige hensyn hos utfører
 - Enklere klageadgang

- Ulemper
 - Utfører fokuserer på det vedtaket sier og legger mindre vekt på egne observasjoner og vurderinger
 - Vedtaket definerer hva som er nødvendig helsehjelp og utmåler tjenesten i henhold til det – å hjelpe brukeren til å opprettholde egne funksjoner («arbeide med hendende på ryggen») tas ikke hensyn til i utmålingen
 - Fokus på hva den enkelte bruker har behov for (og utførelsen av det enkelte vedtak) gir mindre oppmerksomhet på hva som er riktig bruk av ressursene totalt sett

Basert på disse svarene, er det grunnlag for å si at bestiller-utfører-modellen har bidratt til økt rettighetsfokus innenfor helse- og omsorgstjenestene. Selv om de samme argumentene trekkes fram, vektlegger bestiller fordelene, mens utfører vektlegger ulempene. Utførerne opplever at de har mistet noe av muligheten til å gjøre skjønnsmessige vurderinger av tjenestemottakernes behov, og derfor har mistet fleksibilitet i tjenesteutførelsen.

8.3 Belønner bestiller-utfører-modellen adferd som reduserer behovet for tjenester?

Spørsmålet om bestiller-utfører-modellen belønner en adferd hos medarbeidere som reduserer behovet for tjenester på sikt, henger nøye sammen med spørsmålet om asymmetrisk informasjon som omhandles i kapittel 7. Hypotesen er at forebyggende innsats, som reduserer tjenestebehovet over tid, vil gi reduserte inntekter for utfører innenfor en ISF/ABF- modell, og reduserte incentiv for å arbeide forebyggende.

Også i dette spørsmålet har bestillere og utførere et noe ulikt syn på hvordan modellen slår ut:

- Fra bestillernes side framheves:
 - Det er tendenser til at vedtakstiden øker uten at ADL økes tilsvarende – bestillerenhetene tror ikke dette skyldes at utfører bruker mer tid på å forebygge sykdomsutvikling
 - For enkelte brukere vil riktig innsats i en tidlig fase redusere behovet for tjenester, dette avhenger av at sykehuset skriver gode epikriser, at bestiller treffer godt med vedtaket og at utførerne jobber riktig
 - Hovedregelen er at tjenestevolumet øker – fra bestillers ståsted er det vanskelig å få øye på de sakene hvor tjenestebehovet er redusert

- Fra utførernes side framheves:
 - Tjenesteutførelsen styres av den enkelte tjenestemottakers til enhver tid gjeldende behov
 - Innenfor tjenesten til utviklingshemmede er hovedfokuset på habilitering – det arbeides mot at brukeren skal klare mest mulig selv
 - Hovedregelen er at vedtakene justeres opp – i praksis er det vanskelig å justere ned

- Finansieringsmodellen bidrar til den enkelte medarbeider tar større ansvar for ressursbruken – det kan inspirere til at en også tenker på hva som vil være riktig ressursbruk på lengre sikt

Disse svarene gir ikke grunnlag for å hevde at bestiller-utfører-modellen belønner adferd som reduserer behovet for tjenester, gjennom forebyggende arbeid. Fra enkelte utførere trekkes finansieringsmodellens mulige påvirkning fram. Dette dreier seg kun om enkeltobservasjoner i noen virksomheter.

8.4 Gir bestiller-utfører-modellen økte eller reduserte incentiver for å satse på forebyggende arbeid?

Bestillere og utførere i kommunene/bydelene har nokså ulike oppfatninger om bestiller-utfører-modellen gir økte eller reduserte incentiver for å satse på forebyggende arbeid

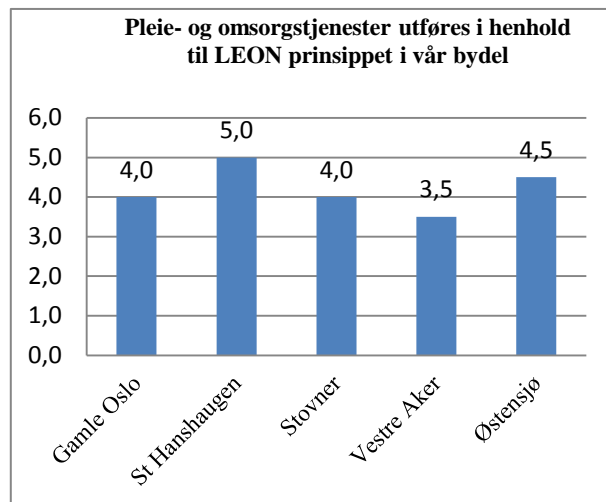
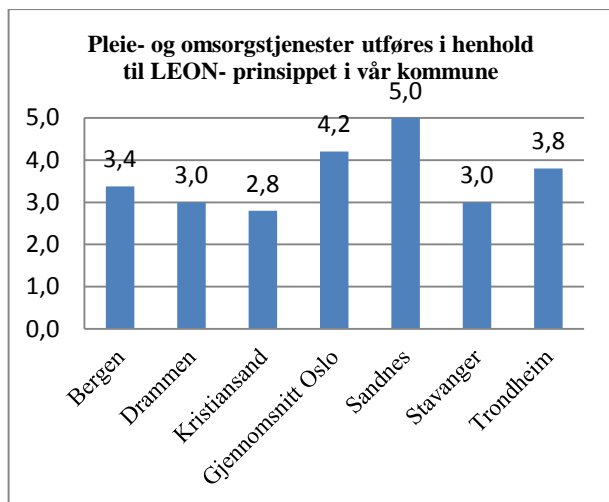
- Fra bestillernes side framheves:
 - Dette har lite med selve modellen å gjøre – det handler om utførernes faglige tilnærming og evne til å tenke forebygging i tjenestutførelsen
 - Det kreves en tjenestestruktur hvor det er mulig å tildele forebyggende tjenester – som rehabiliteringsopphold og dagsenter
 - Det er brukere med de største behovene som prioriteres – ikke brukere som vil ha utbytte av tettere oppfølging i en periode for å forebygge
- Fra utførernes side framheves:
 - Modellen belønner ikke godt, forebyggende arbeid
 - Å stimulere til at brukerne opprettholder egne funksjoner krever tid – det gir ikke vedtakene rom for
 - Brukerne som tildeles hjelp er såpass dårlige at rehabiliteringspotensialet i begrenset grad er til stede

Ut fra disse svarene gir bestiller-utfører-modellen i liten grad incentiv til å drive med forebyggende arbeid. Mekanismene synes heller å bidra i motsatt retning. Noen av kommunene har forsøkt å kompensere for dette gjennom å etablere egne forebyggende tilbud som ikke krever vedtak – som hukommelsesteam og besøkstjeneste til eldre.

8.5 Bidrar organiseringen av bestiller-utfører-modellen til at tjenester utføres i henhold til LEON-prinsippet?

Sett fra utførernes perspektiv er intensjonen med LEON-prinsippet at tjenester skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå og at tjenestutførelsen skal legge til rette for at brukeren opprettholder eller styrker sine funksjoner – altså en intensjon om å utøve godt, forebyggende arbeid. Vi har derfor bedt utførerne om å ta stilling til påstanden om at organiseringen av bestiller-utfører-modellen i egen kommune bidrar til at tjenester *utføres* i henhold til LEON-prinsippet.

Figur 8: Pleie- og omsorgstjenester utføres i henhold til LEON/BEON- prinsippet i vår kommune/bydel svarfordeling utførere kommuner og bydeler



N = 105
 Bergen = 13
 Drammen = 7
 Kristiansand = 8
 Oslo = 37
 Stavanger = 20
 Sandnes = 7
 Trondheim = 13

N = 37
 Gamle Oslo = 5
 St Hanshaugen = 4
 Stovner = 8
 Vestre Aker = 12
 Østernsjø = 8

Det er en større spredning i svarene fra utførerne i kommunene enn fra utførerne i bydelene. Utførerne i Kristiansand er mest uenige i hvorvidt pleie- og omsorgstjenester utføres i henhold til LEON-prinsippet med et snitt på 2,8. Utførerne i Trondheim oppnår en samlet score på 3,8, mens utførerne i Sandnes er helt enige i påstanden (snitt på 5,0). I Kristiansand påpeker utførerne i hjemmetjenesten at brukerne «ofte har kommet så langt i et sykdomsforløp» at forebyggende innsats ikke har særlig effekt. Utførerne i Trondheim vektlegger betydningen av samhandlingsreformen; «De som trenger det mest skal få mest». Dermed prioriteres pasienter med behandlingsbehov framfor brukere i hjemmetjenesten som kunne hatt utbytte av mer forebyggende innsats. I Sandnes framheves nærheten til brukerne i tildeling og utførelse av tjenesten som en styrke også i forhold til det forebyggende arbeidet.

Blant bydelene i Oslo kommune er det bydel Vestre Aker som er mest uenig i påstanden med et snitt på 3,5. I bydel St Hanshaugen er de helt enige med et snitt på 5,0. Gamle Oslo og Stovner har et snitt på 4,0, mens bydel Østernsjø er ganske enige med et snitt på 4,5. Utførerne i hjemmetjenesten i Vestre Aker opplever at de i for stor grad styres av tidsutmålingen i vedtaket og at «det ikke er tid til å arbeide forebyggende». I bydel St Hanshaugen vektlegges at bestillerenheten er tro mot LEON-prinsippet i tildelingen av tjenester, og at dette gjør det enklere for utfører å arbeide på riktig nivå.

Til tross for at utførerne i intervjuene har framhevet bestiller-utfører-modellens begrensninger når det gjelder å fremme forebyggende arbeidet, synes det å være bred enighet, om at organiseringen av bestiller-utfører-modellen bidrar til at tjenester utføres i henhold til LEON-prinsippet. Dette kan tolkes som et uttrykk for at utførerne legger LEON-prinsippet til grunn for sin tjenesteutøvelse, innenfor de rammene som vedtaket gir.

8.6 Incentivstruktur - analyse og vurderinger

Spørsmålet om incentivstruktur og forebyggende omsorg er komplekst og oppleves forskjellig hos bestiller og utfører.

For bestiller er inntrykket at det totale volumet av tjenester øker. Det påpekes også at det er vanskelig for bestillerne å fange opp om reduksjoner i enkeltbrukeres bistandsbehov skyldes godt forebyggende arbeid fra utførers side, eller om reduksjonene er en følge av en generell bedring i brukers helsetilstand uavhengig av dette.

Utførerne påpeker at det gjøres godt forebyggende (og ressurseffektivt) arbeid i enkeltsaker. Dette er det først og fremst utførerne selv som legger merke til. For utførerne i kommuner/bydeler som opererer med rammetildeling av budsjettmidler kan det ligge et incentiv i å arbeide for å redusere brukernes bistandsbehov. Gjennom å arbeide systematisk for å hindre funksjonssvikt i en periode, kan redusert bistandsbehov på lengre sikt gi mer slakk i tjenesten og/eller mulighet til å prioritere andre enkeltbrukere høyere.

For kommuner/bydeler hvor utførerne finansieres gjennom en ISF-løsning, kan en reduksjon i bistandsbehov medføre reduserte økonomiske rammer for utfører. Konsekvensene av disse mekanismene ble omhandlet i kapittelet om asymmetrisk informasjon. For å forhindre slike virkninger har noen av kommunene etablert forebyggende tiltak som ikke krever enkeltvedtak.

Det ser ikke ut til at forskjeller i type bestiller-utføre- modell (kategori 1,2 eller 3) påvirker incentivstrukturen ulikt. Hovedinntrykket fra intervjuene er at incentivet til forebyggende innsats først og fremst ligger i den enkelte medarbeiders faglige stolthet, og at det oppleves riktig å jobbe for å forebygge funksjonssvikt, fremfor at modellen i seg selv har påvirkning på dette.

9 Rettighetsfokus

9.1 Innledning – definering av problemstillinger

Rettighetsfokus i befolkningen er styrket de siste årene og det er en tendens til at brukere og pårørende vet mer om hvilke krav man har. Et rettighetsfokus kan i seg selv øke kostnadene, da flere blir bevisste på hva som er deres rettigheter. Det reises ett hovedspørsmål knyttet til problemstillingen rettighetsfokus:

- Kan rettighetsfokus føre til at flere etterspør en tjeneste fordi det har blitt en rettighet, selv om behovet i befolkningen er uforandret?

Spørsmålet om bestiller-utfører-modeller i for stor grad er rettighetsbasert i forhold til tjenester på et gitt tidspunkt er omhandlet i kapittel 6. I dette kapitlet går vi nærmere inn på spørsmålet om likebehandling av brukerne og brukerens rettsikkerhet.

Dette har vi har vi søkt å belyse gjennom:

- Å analysere sammenhengen mellom befolkningsendringer, endringer i antallet tjenestemottakere og endringer i andelen tjenestemottakere med henholdsvis lavt, middels og høyt bistandsbehov. Har tjenestevolumet økt mer enn det økningen i befolkningen skulle tilsi?
- Å se nærmere på utviklingen i antall tjenestemottakere med tilbud om brukerstyrt personlig assistanse
- Intervjukandidatenes vurderinger av om bestiller-utfører-modellen bidrar til bedre ivaretagelse av brukernes rettsikkerhet.
- Intervjukandidatenes vurderinger av om bestiller-utfører-modellen bidrar til likebehandling av søkere/brukere

Drøftingen av problemstillingene knyttet til rettighetsfokus tar utgangspunkt i de påviste befolkningsendringer og endringer i brukermassen. Dernest drøftes utviklingen i antall tjenestemottakere med tilbud om brukerstyrt personlig assistanse – en tjeneste hvor rettighetsfokus særlig kommer til uttrykk. I vurderingen av behov og tildeling av tjenester er det brukerens mulighet til å leve et fritt og selvstendig liv som vektlegges. Videre går vi inn på informantenes synspunkter på spørsmålene om bestiller-utfører-modellen bidrar til bedre ivaretagelse av brukernes rettsikkerhet og likebehandling av søkere/brukere.

9.2 Befolkningsendringer – endringer tjenestemottakere og bistandsbehov

I kapittel 8.2 er sammenhengen mellom befolkningsendringer, endringer i antallet tjenestemottakere og endringer i andelen tjenestemottakere med henholdsvis lavt, middels og høyt bistandsbehov nærmere beskrevet.

Analysen av KOSTRA-data tilsier at tjenestevolumet har økt, men at økningen er mindre enn det økningen i eldrebefolkningen skulle tilsi. Dette kan være en indikasjon på at helsetilstanden i befolkningen er bedret, at tildelingspraksisen er strengere og/eller at færre etterspør helse- og omsorgstjenester. I dette materialet finner vi derfor ikke støtte til hypotesen om at flere etterspør en tjeneste fordi det har blitt en rettighet.

Andre datakilder viser at det har funnet sted en utvikling i retning av rettighetsfesting av enkelttjenester som angår yngre brukere spesielt. Utviklingen i antall tjenestemottakere med tilbud om brukerstyrt personlig assistanse er ett eksempel på dette.

9.3 Utviklingen i antall tjenestemottakere med tilbud om brukerstyrt personlig assistanse

Som nevnt er brukerstyrt personlig assistanse en tjeneste hvor rettighetsfokuset står sterkt. I vurderingen av behov og tildeling av tjenester vektlegges brukerens mulighet til å leve et fritt og selvstendig liv. Mottakerne av BPA er ofte yngre fysisk funksjonshemmede. Ordningen legger til rette for at brukeren selv kan gå inn som arbeidsleder for sine hjelpere, og selv avgjøre hvordan bistanden skal ytes.

KOSTRA-tallene for perioden 2007-2011 viser en sterk økning i antallet mottakere av BPA i flertallet av kommunene (se figur 31 i vedlegg 1).

I Bergen og Kristiansand er antallet tjenestemottakere med BPA økt med 9 % i perioden, mens økningen for de øvrige kommunene ligger mellom 25 % og 78 %. Dersom utviklingen i antall tjenestemottakere med tilbud om brukerstyrt personlig assistanse brukes som indikasjon på at flere etterspør en tjeneste fordi det har blitt en rettighet, bidrar disse funnene til å bekrefte denne hypotesen.

9.4 Bidrar bestiller-utfører-modellen bidrar til bedre ivaretagelse av brukernes rettssikkerhet?

Bedre rettssikkerhet for brukerne framheves som en av de største styrkene ved bestiller-utfører-modellen, både hos bestillere og utførere. Gjennom å skille forvaltning og tjenesteproduksjon sikres en mer nøytral og objektiv vurdering av brukerens behov. I flere av kommunene har det tidligere vært systematiske forskjeller i tilbudet mellom ulike deler av kommunen/bydelen, enten som konsekvens av ulike økonomiske rammebetingelser eller som en konsekvens av forskjeller i tildeling. Bestiller-utfører-modellen er benyttet for å utjevne disse forskjellene.

I hjemmetjenesten kunne utførerne tidligere utsette eller utelate besøk dersom de hadde kapasitetsproblemer (sykdom, ferieavvikling mv). I et system hvor pengene følger vedtaket vil ikke utfører lenger få betalt dersom oppdraget ikke utføres som avtalt. Gjennom dokumentasjonskrav og tettere oppfølging av utførerne er omfanget av denne praksisen redusert.

Klageadgangen er også styrket med bestiller-utfører-modellen. Det skilles klart mellom klager som angår vedtaket og utmålingen av tjenesten og klager som angår tjenesteutøvelsen. Søker/bruker har anledning til å klage på bestillers utmåling av bistanden og/eller utførers tjenesteutøvelse. Bestiller-utfører-modellen gir en innebygget kvalitetssikring hvor bestiller kontrollerer at tjenesteutførelsen samsvarer med vedtaket og utfører kontrollerer om vedtaket stemmer overens med brukerens behov. I dette ligger en viktig forsikring for ivaretagelsen av brukerens rettssikkerhet.

Økt trygghet og mer erfaring hos bestillerenhetene gjør at saksbehandlerne i mindre grad enn tidligere ser på klager som noe negativt. Bestillerenhetene benytter klager i enkeltsaker til å teste ut lovanvendelse, kriterier for tildeling og helsefaglige vurderinger. Dermed oppnår bestillerenhetene også en korrigering i forhold til egen tildelingspraksis som bidrar til bedre saksbehandling i tilsvarende saker senere.

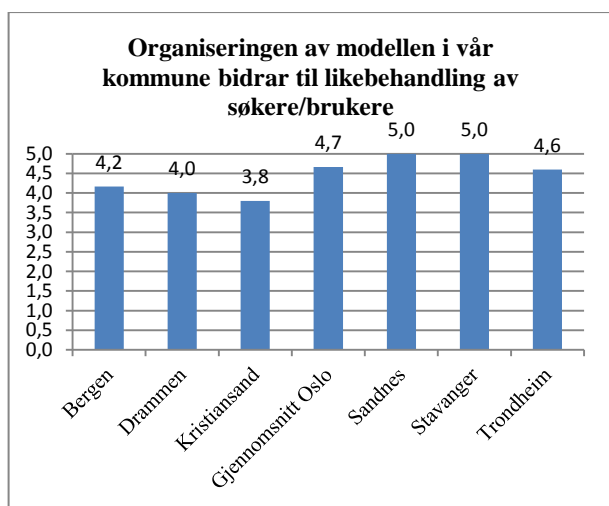
Sandnes har innført et formelt skille mellom bestiller og utfører når det gjelder tildeling av heldøgns plass (i institusjon eller bolig). For alle andre tjenester ligger tildelingsmyndigheten

hos utfører. Sandnes kan dermed sies å stå noe svakere når det gjelder ivaretagelsen av søkeres/tjenestemottakeres rettsikkerhet enn de øvrige kommunene. Vi finner imidlertid ikke grunnlag for en slik påstand i intervjumaterialet. Informantene fra Sandnes har vært opptatt av å få fram styrkene ved den modellen de har valgt, og har ikke pekt på rettsikkerhet og likebehandling som et problem. For Sandnes kan det derfor være interessant å studere eventuelle forskjeller i tildelingspraksis mellom hjemmetjenestesonene ytterligere.

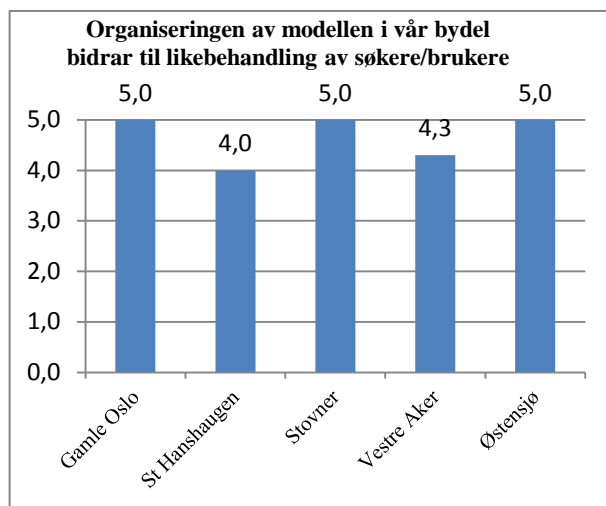
9.5 Bidrar bestiller-utfører-modellen til likebehandling av søkere/brukere?

Ledere og saksbehandlere ved bestillerenhetene i studiekommunene ble i intervjuene bedt om å ta stilling til påstanden om «organiseringen av bestiller-utfører-modellen bidrar til likebehandling av søkere/brukere».

Figur 9: Organiseringen av modellen i vår kommune/bydel bidrar til likebehandling av søkere/brukere, svar fra bestillere



N = 62
 Bergen = 6
 Drammen = 4
 Kristiansand = 5
 Oslo = 26
 Stavanger = 7
 Sandnes = 7
 Trondheim = 7



N = 26
 Gamle Oslo = 6
 St Hanshaugen = 5
 Stovner = 4
 Vestre Aker = 6
 Østensjø = 5

Kristiansand er minst enig i påstanden med et snitt på 3,8, mens de i Stavanger og Sandnes er helt enige. Selv om Kristiansand er den av kommunene som scorer seg selv lavest på dette spørsmålet, er det forbedringer i forhold til tidligere praksis som framheves i utdypingen av svaret. Bestiller i Kristiansand mener skillet mellom bestiller og utfører har gjort det «lettere å opptre nøytralt i vurderingen av behov». De mener dette er særlig viktig for tjenestemottakere som mottar bistand over lang tid. I Stavanger vektlegges profesjonalisering av saksbehandlingen, og at det kan være en styrke at bestiller har en viss avstand til brukerne. Her framheves dessuten at klagebehandlingen fungerer bedre innenfor en bestiller-utfører-modell.

Blant bydelene er enigheten stor, da snittet varierer mellom 4,0 og 5,0. Bestillerenhetene i Gamle Oslo, Stovner og Østensjø sier seg helt enige i påstanden. Her vektlegges at

profesjonalisering av saksbehandlingen har gitt likebehandling av søkere, bedre ivaretagelse av brukernes juridiske rettigheter og økt objektivitet i behovsvurderingen.

Alt i alt er det bred enighet om at tilrettelegging for likebehandling av søkere/brukere er en av de viktigste styrkene ved bestiller-utfører- modellen. Inntrykket er at modellens styrker på dette punktet balanserer de mulige negative konsekvensene av økt rettighetsfokus.

9.6 Rettighetsfokus - analyse og vurdering

I intervjuene har flere av informantene gitt uttrykk for at både brukerne selv og deres pårørende er mer bevisste sine rettigheter enn tidligere. De merker også en sterkere forventning om at kommunen skal «ordne opp» når behovet for helsehjelp melder seg.

Påviste sammenhenger mellom befolkningsendringer, endringer i antallet tjenestemottakere og endringer i tjenestemottakernes bistandsbehov gir ingen klare indikasjoner på at rettighetsfokuset har økt. Derimot viser økningen i antallet tjenestemottakere med tilbud om brukerstyrt personlig assistanse en klar utvikling i slik retning.²⁰ Dette kan tyde på at rettighetsfokuset står særlig sterkt innenfor enkelte deltjenester.

Det framheves at styrking av rettighetsfokuset i befolkningen i seg selv kan være et argument for å profesjonalisere saksbehandling og innføre et skille mellom forvaltning og tjenesteproduksjon. Gjennom en profesjonalisering av saksbehandlingen og en tydeliggjøring av kommunens rolle som myndighetsutøver og tjenesteprodusent mener kommunene at de er bedre skikket til å håndtere rettighetskrav fra befolkningen.

Kommuner/bydeler i kategori 2 og 3 har skilt forvaltning og tjenesteproduksjon for alle tjenester. Disse kommunene bydelene framhever de samme styrkene ved bestiller-utfører- modellen når det gjelder problemstillingene knyttet til rettighetsfokus. Ut fra intervjumaterialet har vi ikke grunnlag for å si at Sandnes kommunes modell, står svakere når det gjelder rettssikkerhet og likebehandling enn modellene i de andre kommunene.

²⁰ Funksjonshemmedes interesseorganisasjoner har arbeidet for at brukerstyrt personlig assistanse skal rettighetsfestes. Individuell rettighetsfesting av BPA er foreløpig ikke vedtatt.

10 Styrker og svakheter ved bestiller-utfører-modellen

10.1 Innledning

I spørsmålet om styrker og svakheter ved bestiller-utfører-modellen har vi valgt å presentere informantenes egne synspunkter på hva som oppleves å være styrker og svakheter ved modellen. Dette gjør vi ut fra et ønske om å identifisere styrker og svakheter i en praksisnær kontekst, framfor mer teoretiske utledninger om hva som kan være styrker og svakheter, under gitte forutsetninger i en idealmodell.

Både kommunens toppledelse, økonomirådgivere, bestillere, utførere og tillitsvalgte ble bedt om å oppgi de viktigste styrkene og svakheterne ved bestiller-utfører-modellen sett fra eget perspektiv.

10.2 Styrker ved bestiller-utfører-modellen

I intervjuene ble informantene bedt om å oppgi de viktigste *styrkene* ved bestiller-utfører-modellen. Det er stort sett de samme svarene som går igjen – både hos kommunens toppledelse, bestillere, utførere og tillitsvalgte:

- Bedre rettssikkerhet for brukerne
- Mer rettferdig tjenestetildeling – nøytral vurdering av brukerens behov og likhet i tildelingen av tjenester
- Økt profesjonalitet i saksbehandlingen
- Bedre oversikt over totalt behov og samlet tjenestetilbud i egen kommune/bydel
- Skillet mellom forvaltning og drift – unngår «bukken og havresekken», også viktig når det gjelder klagebehandlingen
- Bedre økonomisk styring – det er klarere hva som er årsaker til overskridelser og hvor korrigerende tiltak kan settes inn
- Større åpenhet om hvilke tjenester som tildeles og hva som utføres – bedre kvalitetssikring av at vedtaket er riktig og at brukeren faktisk får den tjenesten han eller hun har krav på
- Bedre samsvar mellom økonomiske rammer, vedtak og ressurser til å utføre vedtakene

Det er de kommunene/bydelene som har innført ISF/ABF, som har oppgitt bedre økonomiske styring som en styrke ved modellen.

Tillitsvalgte i flere av kommunene har framhevet modellens styrker i forhold til å sikre samsvar mellom økonomiske rammer, volumet av vedtak og medfølgende ressurser til å utføre vedtakene. Tidligere kunne manglende samsvar mellom disse størrelsene være et problem som ble skjøvet nedover i organisasjonen. I verste fall var det opp til den enkelte medarbeider, nærmest i møtet med brukeren, å avgjøre hvor mye hjelp det var anledning til å gi ut fra tilgjengelig tid og ressurser. Tillitsvalgte ser det som en styrke ved modellen at slike problemstillinger er synliggjort, og at ansvaret for å sikre samsvar mellom økonomiske rammer, volumet av vedtak og medfølgende ressurser til å utføre vedtakene er plassert høyere opp i organisasjonen.

10.3 Svakheter ved bestiller-utfører-modellen

Det er i hovedsak de samme svakheterne ved bestiller-utfører-modellen som trekkes fram – både hos kommunens toppledelse, bestillere, utførere og tillitsvalgt. Utførere og tillitsvalgte er imidlertid mer kritiske til modellen enn det bestillerne er, og styrken i deres utsagn er større.

Blant svakhetene som nevnes hyppigst ved bestiller-utfører-modellen er:

- Større avstand til brukeren/pasienten og tjenesten/utførerne: «De som tildeler er lenger borte fra brukeren»
- Rigid system - mindre fleksibelt i.f.t endringer i brukerens behov
- Fagpersonene hos utfører fratras myndighet – det er ikke de som kjenner brukeren best som avgjør hva brukeren skal få
- Fokus på økonomi kan overstyre brukerens behov og hensynet til kvaliteten på tjenesten
- Bestiller er avhengig av utførers observasjoner og vurderinger for å gjøre jobben sin – dette får utførerne i liten grad «betalt for»
- Mer byråkrati og dobbeltarbeid

Kommuner/bydeler som opererer med rammestyring peker på en svakhet ved modellen når det gjelder manglende sammenheng mellom økonomiske rammer og vedtakene – utfører får ikke betalt for den jobben som gjøres når man opererer med rammefinansiering.

Kommuner med ISF/ABF peker på at finansieringsmodellene er komplekse, at det stilles høye krav til presisjon i dokumentasjonen og at fagsystemer/økonomisystemer må være tilpasset den modellen som benyttes. Dette kan til tider oppleves som tidkrevende.

10.4 Styrker og svakheter ved bestiller-utfører-modellen i den enkelte kommune

Vi har tidligere pekt på de metodiske utfordringene knyttet til at respondenter i noen kommuner/bydeler er gjennomgående mer positive på alle spørsmål enn respondenter fra andre kommuner/bydeler.

For å korrigere for slike forskjeller og tydeliggjøre hva respondentene i den enkelte kommune framhever som styrker og svakheter ved sine respektive modeller, har vi foretatt en omregning av score i de oppsummerende påstandene.

Score på hvert spørsmål er omregnet med utgangspunkt i det spørsmål hvor kommunen oppnådde høyest score. Det er benyttet en skala fra 1-100, hvor en score på 5, gir en indeks på 100.

Resultatene er som tidligere framstilt med utgangspunkt i hva henholdsvis bestillere og utførere har svart.

10.4.1 Sterke og svake egenskaper ved bestiller -utfører- modellen: bestillernes svar

Resultatet av relativiseringen av bestillernes svar framgår av tabellen nedenfor. Høyeste score er markert med grønt, laveste med rødt:

Bestillere						
Kommune	Organiseringen av bestiller-utfører-modellen i vår kommunel bidrar til likebehandling av søkere/brukere	Organiseringen av bestiller-utfører-modellen i vår kommune bidrar til at helse- og omsorgstjenester tildeles i henhold til LEON- prinsippet	Organiseringen av bestiller-utfører-modellen i vår kommune bidrar til helhetlig god forvaltning av ressursene	Organiseringen av bestiller-utfører-modellen i vår kommune bidrar til at tjenester tildeles innenfor økonomiske rammer		
	Vektet score	Vektet score	Vektet score	Vektet score		Gjennomsnitt vektet score
Bergen	96,2	100,0	100,0	92,3		97,1
Drammen	94,1	94,1	100,0	70,6		89,7
Kristiansand	100,0	89,5	89,5	94,7		93,4
Gjennomsnitt Oslo	100,0	94,4	89,4	85,8		92,4
Sandnes	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0
Stavanger	100,0	100,0	100,0	80,0		95,0
Trondheim	100,0	84,8	95,7	87,0		91,8

Figur 10: Resultat av relativiseringen av bestillernes svar på de oppsummerende påstandene i intervjuene. Omregning av score foretatt med utgangspunkt i det spørsmål respondentene sier seg mest enig i. Skala fra 1-100, hvor spørsmål med høyeste score er tildelt en indeks på 100.

Bestiller-utfører-modellens bidrag til likebehandling av søkere/brukere er den påstanden flest respondenter har sagt seg mest enig i. Fem av sju kommuner har høyest score på dette spørsmålet. Bestiller-utfører-modellens bidrag til at tjenester tildeles innenfor økonomiske rammer er den påstanden respondentene er minst enige i. Fem av sju kommuner har lavest score på dette spørsmålet.

Det er Sandnes som er mest tilfreds med egenskapene ved sin bestiller-utfører-modell (gjennomsnitt vektet score på 100), mens Drammen er minst fornøyd (gjennomsnitt vektet score på 90).

10.4.2 Sterke og svake egenskaper ved bestiller -utfører- modellen: utførernes svar

I tabellen nedenfor er utførernes svar oppsummert og omregnet på samme måte. Som det framgår av tabellen, er det større spredning i svarene blant utførerne. Hvilke egenskaper ved bestiller-utfører-modellen respondentene på utførersiden sier seg mest enig i, varierer fra kommunene til kommune.

Utførere						
Kommune	Organiseringen av bestiller-utfører-modellen i vår kommune bidrar til brukeren får den tjenesten han/hun har behov for	Organiseringen av bestiller-utfører-modellen i vår kommune bidrar til at tjenester utføres i henhold til økonomiske rammer	Pleie- og omsorgstjenester utføres i henhold til LEON-prinsippet i vår kommune	Organiseringer av bestiller-utfører-modellen i vår kommune bidrar til effektivitet i tjenesteførelsen	Finansieringsmodellen som er innført innenfor rammene av bestiller-utfører-modellen bidrar til effektivitet i tjenesteførelsen	Gjennomsnitt vektet score
	Vektet score	Vektet score	Vektet score	Vektet score	Vektet score	Gjennomsnitt vektet score
Bergen	96,55	82,76	93,10	100,00	82,76	91,03
Drammen	100,00	86,36	95,45	72,73	95,45	90,00
Kristiansand	100,00	80,00	74,67	80,00	80,00	82,93
Gjennomsnitt Oslo	88,10	83,33	100,00	96,43	76,19	88,81
Sandnes	100,00	70,59	100,00	100,00	100,00	94,12
Stavanger	69,41	100,00	60,00	57,65	47,06	66,82
Trondheim	90,24	80,49	92,68	100,00	90,24	90,73

Figur 11: Resultat av relativiseringen av utførernes svar på de oppsummerende påstandene i intervjuene. Omregning av score foretatt med utgangspunkt i det spørsmål respondentene sier seg mest enig i. Skala fra 1-100, hvor spørsmål med høyeste score er tildelt en indeks på 100.

Bestiller-utfører-modellens bidrag til at brukeren får den tjenesten han/hun har behov for, og bestiller-utfører-modellens bidrag til effektivitet i tjenesteførelsen, er de påstandene flest respondenter har sagt seg mest enig i. Tre av sju kommuner har høyest score på disse spørsmålene. Bestiller-utfører-modellens bidrag til at tjenester tildeles innenfor økonomiske rammer, og finansieringsmodellens bidrag til effektivitet i tjenesteførelsen er de påstandene respondentene er minst enige i. Tre av sju kommuner har lavest score på disse spørsmålene.

Igjen er det Sandnes som er mest tilfreds med disse egenskapene ved sin bestiller-utfører-modell (gjennomsnitt vektet score på 94), mens Stavanger er minst fornøyd (gjennomsnitt vektet score på 67).

11 Er modellen effektivitetsfremmende eller kostnadsdrivende?

11.1 Fremmer modellen effektivitet?

Forskjeller i kommunenes/bydelenes (historiske) inntekts- og utgiftsnivå spiller inn på hvorvidt modellen fremmer effektivitet eller ikke. Vi har i våre analyser og vurderinger skilt mellom «bestillereffektivitet» og «utførereffektivitet»:

- «Bestillereffektivitet»: Hvorvidt bestiller-utfører-modellen har bidratt til en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles på riktig nivå
- «Utførereffektivitet»: Hvorvidt bestiller-utfører-modellen har bidratt til effektivitet i tjenesteproduksjonen/selve tjenesteutførelsen.

Våre funn indikerer at bestiller-utfører-modellen har bidratt til mer rettferdig fordeling av ressursene – både overfor den enkelte bruker og overfor de utførende enhetene. Modellen legger til rette for å prioritere de brukerne som virkelig trenger tjenester, og bidrar til at brukeren får rett hjelp til rett tid. Dette er viktige forutsetninger for god og effektiv bruk av ressursene på operativt nivå.

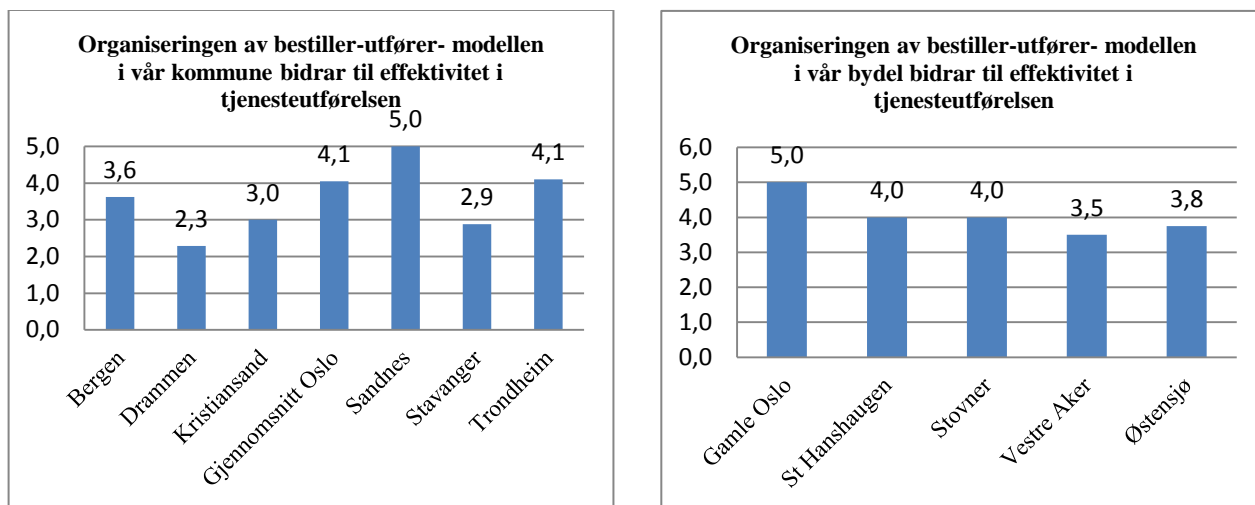
Bestiller-utfører- modellen har også gitt storbyene bedre oversikt over hvor kostnadene utløses og hvorfor. Det er enklere å identifisere om økt utgiftsnivå skyldes økning i volum eller produksjonsutfordringer hos utførerne – dette bidrar til at man leter etter løsningene på styringsutfordringene på riktig sted.

Våre funn tilsier også at bestiller-utfører-modellen har bidratt en profesjonalisering av tjenesteproduksjonen. Utførerne har kunnet konsentrere sin virksomhet om å levere tjenester til avtalt pris og avtalt kvalitet. Utsagn fra utførerne i studiekommunene vitner om at bestiller-utfører-modellen har medført økt bevissthet om ressursbruken i den enkelte virksomhet . Det er blitt mer synlig hvilke virksomheter som driver godt og hvilke som ikke gjør det. Denne kunnskapen kan brukes som redskap for å fremme effektivitet i de virksomhetene som har utfordringer knyttet til egen ressursutnyttelse.

11.2 Bidrar bestiller-utfører-modellen til effektivitet i tjenesteutførelsen – utførernes synspunkt

I intervjuene ble respondentene bedt om å ta stilling til flere påstander som omhandler effektivitet. Vi ba utførerne ta stilling til påstanden om hvorvidt bestiller-utfører-modellen bidrar til effektivitet i tjenesteutførelsen.

Figur 12: Organiseringen av modellen i vår kommune/bydel bidrar til effektivitet i tjenesteutførelsen, svar fra utførerne



N = 105
 Bergen = 13
 Drammen = 7
 Kristiansand = 8
 Oslo = 37
 Stavanger = 20
 Sandnes = 7
 Trondheim = 13

N = 37
 Gamle Oslo = 5
 St Hanshaugen = 4
 Stovner = 8
 Vestre Aker = 12
 Østensjø = 8

Drammen og Stavanger er de av kommunene som er mest uenige i påstanden (score på henholdsvis 2,3 og 2,9). Utførerne i Drammen mener at vedtakene i for stor grad baseres på utførernes observasjoner og vurderinger. Dette gir merarbeid for utførerne og reduserer effektiviteten i tjenesteutførelsen. I Stavanger pekes det på at bestiller-utfører-modellen medfører at utførerne bruker for mye tid på aktivitet som ikke er direkte brukerrettet. Trondheim og Sandnes er de av kommunene som er mest enige i påstanden (score på henholdsvis 4,1 og 5,0).

I Trondheim vektlegger utførerne at deres finansieringsmodell er bygget opp rundt kostnadsdriverne i tjenesten, og at dette virker effektivitetsfremmende «på de riktige stedene». I Sandnes er det tilretteleggingen for å arbeide i henhold til LEON-prinsippet som trekkes fram.

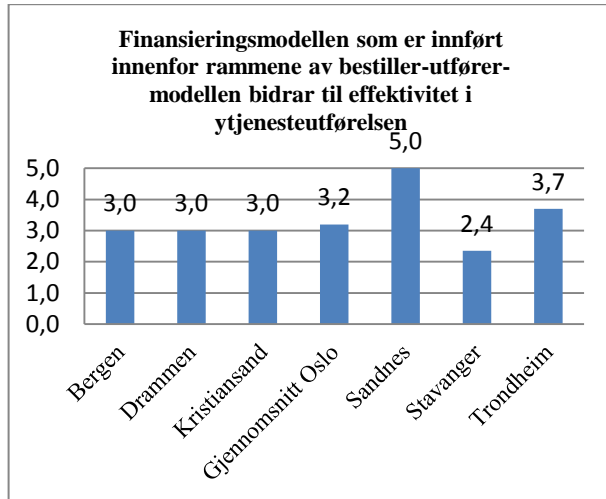
Utførerne fra bydelene i Oslo opplever i større grad enn utførerne fra de andre kommunene at bestiller-utfører-modellen bidrar til effektivitet i tjenesteutførelsen. Gjennomsnittsscore for alle bydelene er 4,1. Begrunnelsen for synspunktet varierer fra bydel til bydel, men brukervalgsordningen nevnes som en underliggende faktor i flere av bydelene.

11.3 Bidrar finansieringsmodellen til effektivitet i tjenesteutførelsen - utførernes synspunkt

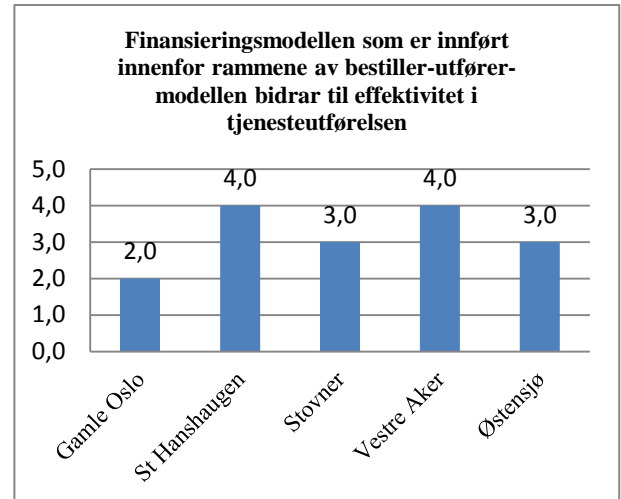
Som vi tidligere har kommentert, har storbyene valgt ulike finansieringsmodeller innenfor bestiller-utfører-modellen. For kommuner som har innført ISF eller ABF antas at mekanismene i finansieringsmodellene kan påvirke effektiviteten i tjenestene positivt.

I intervjuene ble derfor utførerne bedt om å ta stilling til påstanden om finansieringsmodellen som er innført innenfor rammene av bestiller-utfører- modellen bidrar til effektivitet i tjenesteutførelsen.

Figur 13: Finansieringsmodellen som er innført innenfor rammene av bestiller-utfører- modellen i vår kommune/bydel bidrar til effektivitet i tjenesteutførelsen, svar fra utførerne



N = 105
 Bergen = 13
 Drammen = 7
 Kristiansand = 8
 Oslo = 37
 Stavanger = 20
 Sandnes = 7
 Trondheim = 13



N = 37
 Gamle Oslo = 5
 St Hanshaugen = 4
 Stovner = 8
 Vestre Aker = 12
 Østernsjø = 8

Stavanger er den av kommunene som er mest uenige i påstanden (score på henholdsvis 2,4). Utførerne i Stavanger mener at ABF- modellen byen har valgt «koster for mye i forhold til det man får igjen».

Både utførerne i Bergen, Drammen og Kristiansand får en score på 3,0.

Trondheim og Sandnes er de av kommunene som er mest enige i påstanden (score på henholdsvis 3,7 og 5,0). I Trondheim vektlegger utførerne at finansieringsmodellen bidrar til at utfører holder fokus på det vedtaket sier.

I dette spørsmålet har utførerne fra bydelene i Oslo nokså ulike oppfatninger. Gamle Oslo er den av bydelene som er mest uenige i påstanden (score 2,0). Bydelen har vurdert å innføre ISF, men har valgt å ikke gjøre det. Slik finansieringen av virksomheten fungerer i dag, mener utførerne i bydelen at bestiller og utførers respektive økonomiske ansvar ikke er tilstrekkelig avklart.

St Hanshaugen og Vestre Aker er de av bydelene som er mest enige i påstanden (begge med en score på 4,0). Her er det mekanismene i finansieringsmodellen i tilknytning til brukervalgsordningen som trekkes fram.

11.4 Elementer ved bestiller-utfører-modellen som virker effektivitetsfremmende

I analysen av kostnader og gevinster ved bestiller-utfører-modellen er det identifisert en rekke elementer som kan virke effektivitetsfremmende. Disse kan knyttes til de fire hovedproblemstillingene:

- **Behovsdekning:**
 - Politisk og administrativ ledelse får riktig informasjon om behovet for tjenester
 - Riktig dimensjonering av nivåene i tjenestekjeden
 - Tydelighet i prioriteringen av søkere og en profesjonalisering av vurderingen av bistandsbehov
 - Bestiller med oversikt over kommunens samlede tjenesteportefølje
 - Kapasitetsbegrensninger i utførerleddet kan fungere som et incentiv til å finne alternative måter å dekke brukers bistandsbehov på
 - Tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte kommunens/bydelens ressurser (plassering av økonomisk ansvar hos bestiller)
- **Asymmetrisk informasjon:**
 - Bedre samsvar mellom bistandsbehov og vedtak, og mellom bistandsbehov og økonomiske rammer
 - Gode rutiner for revurdering av behov og endring av vedtak
 - Krav til dokumentasjon på endring av behov
 - Utforming av vedtak som tar hensyn til kompleksiteten på tjenesten:
 - Tidsfestede vedtak der lett å måle produksjonen (eksempelvis praktisk bistand i hjemmet, enkle hjemmesykepleieoppdrag)
 - Tjenestebeskrivende vedtak der det vanskelig å måle produksjonen (eksempelvis hjemmetjenestebrukere med behov for varige og koordinerte tjenester, BPA, utviklingshemmede)
 - Betaling til utfører basert på utført tid
- **Incentivstruktur:**
 - Rutiner for vurdering/revurdering som sikrer at tjenestemottaker er plassert på riktig nivå i tjenestekjeden i forhold til eget funksjonsnivå
 - Vedtak som gir rom for at utfører kan arbeide forebyggende når tjenestemottaker har et rehabiliteringspotensial
 - For utførerne i kommuner/bydeler som opererer med rammetildeling av budsjettmidler kan det ligge et incentiv i å arbeide med sikte på å redusere brukernes bistandsbehov
- **Rettighetsfokus:**
 - Gjennom en profesjonalisering av saksbehandlingen og en tydeliggjøring av kommunens rolle som myndighetsutøver og tjenesteprodusent vil kommunene være bedre skikket til å håndtere rettighetskrav fra befolkningen
 - Mer lik og rettferdig behovsvurdering og tildeling av tjenester

11.5 Er bestiller-utfører- modellen kostnadsdrivende?

Spørsmålet om bestiller-utfører-modellen kan virke kostnadsdrivende må sees i sammenheng med forskjeller i inntekts- og utgiftsnivå mellom kommunene. Bestiller-utfører-modellen kan

derfor ha forskjellig «funksjon» i den enkelte kommune, avhengig av økonomiske utfordringer. To eksempler på dette er hentet fra Kristiansand og Bergen:

- I Kristiansand (tradisjonelt lavt utgiftsnivå) benyttes bestiller-utfører-modellen for å opprettholde lavt nivå og sikre riktig og rettferdig prioritering
- I Bergen (tradisjonelt høyt utgiftsnivå) benyttes bestiller-utfører-modellen for å ta ned utgiftsnivå og sikre samsvar mellom budsjett og drift

I undersøkelsen som er gjennomført i storbyene er det identifisert elementer ved bestiller-utfører-modellen som kan virke kostnadsdrivende. Et forhold som ble særlig fremhevet i intervjuene er at modellen fører til økt byråkratisering og at det må tilføres økte ressurser til forvaltning og administrasjon. Modellen medfører også økt kompleksitet som igjen bidrar til økt krav til koordinering og strengere dokumentasjonskrav, f.eks. i forbindelse med vedtaksendringer. Innføringen av kompliserte finansieringsmodeller med krevende timestyringssystem gir mye manuell og kan bidra til at modellen oppleves byråkratiserende og ressurskrevende.

Det er identifisert en dreining mot at utførerne overtar en større del av behovsvurderingen i hjemmetjenesten, både ved førstegangsvedtak og ved endring av vedtak. Dette bidrar delvis til dobbeltarbeid.

11.6 Direkte kostnader ved bestiller-utfører-modellen: dimensjonering av bestillerfunksjonene

En direkte kostnad ved bestiller-utfører-modellen er andelen administrative årsverk som går med til de oppgavene som bestillerfunksjonene må dekke. Som det framgår av intervjumaterialet fra undersøkelsen i storbyene, framheves økt byråkratisering og mer ressurser til administrasjon som en kostnadsdrivende faktor ved bestiller-utfører-modellen. Det hevdes at en organisering i henhold til prinsippene i bestiller-utfører-modellen i seg selv virker forsterkende på ressursbehovet innenfor forvaltningsfunksjonene. Dette medfører at forholdsvis mer ressurser går med til saksbehandling, behovsvurdering, beregning av brukerbetaling og andre forvaltningsoppgaver.

Tabellen nedenfor viser antallet årsverk som jobber med bestilleroppgaver innenfor helse og omsorgstjenestene i den enkelte kommune/bydel. Bestilleroppgavene er delt i tre hovedgrupper:

- Gruppe 1: Antall årsverk med ansvar for saksbehandling, vedtaksarbeid, behovsvurdering og tildeling av tjenester
- Gruppe 2: Antall årsverk med ansvar for brukerbetaling (praktisk bistand) og vederlag (institusjon)
- Gruppe 3: Antall årsverk som har ansvar for anbudskonkurranser, forhandlinger, kontraktsinngåelser og kontraktsoppfølging av private leverandører og eventuelle kommunale foretak som leverer tjenester i konkurranse med andre²¹.

Bestillerfunksjoner i gruppe 1 og 2, er oppgaver som kommunen uansett må dekke, gjennom sitt lovmessige ansvar som myndighetsutøver på helse- og omsorgsområdet. Bestillerfunksjoner i gruppe 3 er oppgaver som følger av konkurranseeksponering eller inngåelse av driftsavtaler med private leverandører.

²¹ St.Hanshaugen og Vestre Aker har ikke oppgitt årsverkstall i kategori 3. Kategori 3- tallene for disse bydelene er derfor beregnet på bakgrunn av gjennomsnittet for de tre andre bydelene (0,7 årsverk)

Flere av bestillerenhetene framhever at også plan-, utviklings- og utredningsoppgaver er lagt til dem. Dette dreier seg i hovedsak om at bestillerenhetenes kompetanse trekkes inn i budsjettarbeid og langsiktig strategiske planlegging.

I Oslo ivaretas bestilleroppgaver i gruppe 3 av Sykehjemsetaten (SYE) og Helseetaten (HEL). Brukervalg og autorisasjoner av private leverandører ligger i HEL og kontrakter for sykehjem i SYE. Anbudskonkurranser og kontraktinngåelser for kjøp av øvrige tjenestetilbud og kontraktsoppfølging på individnivå på alle områder tilligger bydelens ansvar.

I tabellen nedenfor er ikke årsverkene knyttet til bestilleroppgaver i kategori 3 ved SYE og HEL inkludert. Totalt antall årsverk og årsverk pr. innbygger er derfor reelt sett høyere i Oslo enn det som framkommer av tabellen.

Stavanger har tilsvarende løsning som Oslo, når det gjelder bestilleroppgaver i gruppe 3. Det er stab levekår og innkjøpsseksjonen i økonomiavdelingen som står for dette.

	Årsverk 1	Årsverk 2	Årsverk 3	Totalt	Kroner pr innbygger
Bergen	72,0	8,0	3,0	83,0	159
Drammen	19,0	2,5	0,2	21,7	171
Kristiansand	25,0	2,0	0,5	27,5	167
Sandnes	7,0	1,5	0,5	9,0	68
Stavanger	63,0	4,0	2,0	69,0	274
Trondheim	76,6	2,8	0,5	79,9	230
Gamle Oslo	8,0	1,3	0,4	9,7	111
St Hanshaugen	11,5	2,0	0,7	14,2	214
Stovner	7,3	1,3	1,0	9,6	159
Vestre Aker	14,8	1,5	0,7	17,0	192
Østensjø	16,0	2,0	0,7	18,7	202

Figur 14: Oversikt over årsverk og utgifter i kroner pr innbygger i bestillerfunksjonene. Kilde: Innrapporterte tall fra kommuner og bydeler. Totalt innbyggertall pr kommune er innhentet fra SSB.

I tabellen er totalt antall årsverk multiplisert med en årsverkskostnad på 500 000 kr og delt på innbyggertall for å få frem kroner pr. innbygger og synliggjøre forskjeller av ressursinnsats

Stavanger har den bestillerfunksjonen som totalt sett har høyeste kostnader pr innbygger med 274 kr/innbygger. Bestillerfunksjonen i Sandnes har den laveste kostnaden pr innbygger med 68 kr. Gjennomsnittet for de 11 kommunene/bydelene ligger på 177 kr/innbygger.

Det ser ikke ut til å være noe klar sammenheng med type bestiller-utfører-modell (kategori 1,2 eller 3) og dimensjoneringen av bestillerfunksjonene, i den forstand at antall årsverk i bestillerfunksjonene øker med kompleksiteten i bestiller-utfører-modellen. Sandnes, definert som kategori 1, har klart færrest årsverk i sine bestillerfunksjoner. Drammen og Trondheim, definert som kategori 2, har en høyere andel årsverk i sine bestillerfunksjoner enn Bergen og Kristiansand, definert som kategori 3. Det samme gjelder til dels for bydelene i Oslo, hvor Bydel Østensjø i kategori 2, har forholdsvis flere årsverk i sine bestillerfunksjoner enn Vestre Aker i kategori 3. Antallet årsverk i bestillerfunksjonene synes dermed å være begrunnet i andre forhold enn i type bestiller-utfører-modell.

Vi har tidligere framhevet at forvaltningsoppgaver knyttet til behovsvurdering og revurdering av vedtak i stadig større utstrekning overlates til utførerne. Dette betyr at det i realiteten er flere årsverk knyttet til forvaltningsoppgaver enn det som framgår av tabellen.

For de av kommunene/bydelene som har innført ISF/ABF, framheves det fra utførernes side at bestiller-utfører-modellen, og kompleksiteten i finansieringsmodellene, medfører at hver enkelt medarbeider må bruke forholdsvis mer tid til dokumentasjon og registreringer. Det er ikke kartlagt hvor stor andel av tidsbruken hos utførerne som går til administrative oppgaver. Ut fra dette kan det se ut til at type bestiller-utfører-modell har mer å si for utførernes administrative oppgaver og ressursbruken, enn dimensjoneringen av bestillerfunksjonene.

11.7 Elementer ved bestiller-utfører-modellen som kan virke kostnadsdrivende

I analysen av kostnader og gevinster ved bestiller-utfører-modellen er det identifisert en rekke elementer som kan virke kostnadsdrivende. Disse kan knyttes til de fire hovedproblemstillingene:

- **Behovsdekning:**
 - Dimensjonering av nivåene i tjenestekjeden som ikke bidrar til at tjenester kan tildeles på laveste effektive omsorgsnivå
 - Bestiller som kun har myndighet til å tildele tjenester i deler av tjenestekjeden, og ikke har anledning til å ta hele tjenestespekteret inn i vurderingen
 - En større del av forvaltningsansvaret overlates til utførerne. Dette medfører en utvisking av prinsippene i bestiller-utfører-modellen, og innebærer en styingsmessig risiko dersom utfører derigjennom kan påvirke egne inntekter
 - Dersom kommunen velger en «ventelistepolitikk» som synliggjør udekte behov, kan dette virke kostnadsdrivende gjennom at nye tilbud gjenspeiler hva innbyggerne søker om, ikke hva behovet faktisk er
- **Asymmetrisk informasjon:**
 - For kommuner/bydeler hvor utførerne finansieres gjennom en ISF/ABF-løsning, og betaling baseres på vedtakstid, kan det inntre mekanismer som bidrar til at vedtakstiden forsøkes økt og at samlet vedtaksvolum blåses opp
 - ISF/ABF medfører at utfører melder raskere om økninger i behov enn hva som ellers ville vært tilfellet
 - Tidsfestede vedtak i komplekse tjenester
 - Betaling til utfører basert på vedtakstid, hvor det ikke kontrolleres tilstrekkelig for utført tid
- **Incentivstrukturen:**
 - Incentivet til forebyggende innsats innenfor bestiller-utfører- modellen er for svake
 - Det er brukere med størst behov for helsefaglig oppfølging som prioriteres, ikke brukere som ville profittere på forebyggende innsats i en tidlig fase
 - For kommuner/bydeler med en ISF/ABF-modell vil utfører få reduserte inntekter dersom klarer å redusere brukerens bistandsbehov og omfanget på tjenestene
- **Rettighetsfokus:**
 - Det ligger en sterkere forventning blant brukere og pårørende om at kommunen skal «ordne opp» når behovet for helsehjelp melder seg
 - Gjennom profesjonaliseringen av saksbehandlingskompetansen, medfører modellen større rettighetsfokus, det fokuseres sterkere på hvilke rettigheter søkeren har, enn hva det helsemessige behovet faktisk er

- Bestiller-utfører-modellen har, i kombinasjon med strengere dokumentasjonskrav for helse- og omsorgstjenestene generelt sett, bidratt til at mer ressurser går med til administrative oppgaver

11.8 Konklusjon: Er bestiller-utfører-modellen modellen effektivitetsfremmende eller kostnadsdrivende?

Som det framgår av drøftingen ovenfor er det avdekket både effektivitetsfremmende og kostnadsdrivende elementer ved bestiller-utfører-modellen. Disse elementenes «karakter» opptrer ulikt, avhengig av om de observeres fra toppledelsens, bestillers, utførers eller de tillitsvalgtes perspektiv.

Forekomsten av de effektivitetsfremmende elementene i storbyene viser at kommunene på mange områder har oppnådd intensjonene med å innføre en bestiller-utfører-modell (se oppsummering i kapittel 11.4). Gjennom å innføre finansieringsmodeller som ABF/ISF er de effektivitetsfremmende elementene av bestiller-utfører-modellen forsterket.

Samtidig har storbyene erfart at det er klare kostnadsdrivende elementer ved bestiller-utfører-modellen (se oppsummering i kapittel 11.7). Styrken i, og de økonomiske konsekvensene av, de kostnadsdrivende elementene som er identifisert vil variere fra kommune til kommune, og avhenger av hvilke korrigerende grep som er innført.

Det viser seg at mekanismer ved bestiller-utfører-modellen som kan virke kostnadsdrivende i større grad inntreffer hos kommuner/bydeler som har innført ISF/ABF enn i kommuner som har rammeoverføringer som finansieringsmodell. Dette gjelder særlig de kostnadsdrivende elementene knyttet til asymmetrisk informasjon. For utførerne er incentivene til å øke volumet på tjenesten sterkere i en modell hvor en slik økning gir økte inntekter.

Intervjumaterialet viser at storbyene i stor grad er oppmerksomme på de kostnadsdrivende elementene ved bestiller-utfører-modellen. Kommunene synes langt på vei å ha kompensert for effekten av disse elementene, gjennom å fokusere på:

- Korrigerende styringsmessige grep
 - klar kobling mellom politiske prioriteringer og tildeling av tjenester
- Klargjøring av ansvarsforhold mellom bestiller og utfører
 - plassering av økonomisk ansvar hos bestiller
- Utforming av vedtak
 - vedtak tilpasset kompleksiteten innenfor den enkelte deltjeneste
 - tidfestede vedtak der det er lett å måle produksjonen
 - tjenestebeskrivende vedtak der det er vanskelig å måle produksjonen
- Balanse mellom helsefaglige, økonomiske og juridiske hensyn
 - kriterier for tildeling hvor den enkeltes rettigheter balanseres opp mot helsemessige behov
 - tildeling av tjenester innenfor økonomiske rammer
- Ledere og medarbeideres faglige integritet i forhold til

- utøvelse av faglig skjønn i vurderingen av behov
- å arbeide forebyggende på system – og individnivå

I sum finner vi derfor at det er de identifiserte effektivitetsfremmende elementene ved bestiller-utfører-modellen som får størst gjennomslag i praktiseringen av bestiller-utfører-modellen.

Det synes å være økende bevissthet om betydningen av riktig dimensjonering av tjenestekjeden. Dette gir bedre oversikt over totaliteten i tjenestetilbudet og legger til rette for at brukerne kan kanaliseres til riktig tjeneste på riktig nivå. Det synes også å være økende bevissthet om bestillers økonomiske ansvar i tildelingen av tjenester, og at det skal være samsvar mellom brukerens behov, tidsangivelsen i vedtaket og utført tid.

Noe forenklet kan utviklingen av bestiller-utfører-modellen i storbyene sies å ha vært gjennom tre faser:

1. Innføring av bestiller-utfører-modellen, med vekt på profesjonalisering hos bestiller og utfører og realisering av eventuelt effektiviseringspotensial
2. Gradvis synliggjøring av hvilke kostnadsdrivende elementer som kan inntre, dersom det ikke er konsistens i modellen, og organiseringen av modellen ikke er godt nok tilpasset den enkelte deltjeneste
3. Innføring av korrigerende mekanismer som reduserer effektene av de kostnadsdrivende elementene

Sett i et slikt perspektiv er bestiller-utfører-modellen i storbyene nå i en fase hvor oppmerksomheten igjen rettes mot prinsippene i modellen, og hvordan modellen best kan innrettes for å få ut de potensielle styrings- og effektivitetsmessige gevinstene.

12 Hva har modellen betydd for utviklingen i tjenesteytingen?

12.1 Innledning

Utviklingen av bestiller-utfører-modellen har foregått parallelt med en betydelig utvikling av helse- og omsorgstjenestene generelt sett. Konsekvensene av de demografiske endringene, med en økning i antallet eldre har allerede slått inn for flere av storbyene. Samtidig er det registrert en sterk vekst i andelen yngre tjenestemottakere.

LEON-prinsippet har stått sterkt innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene i en årrekke. I forberedelsene til Samhandlingsreformen ble prinsippet om behandling på *beste* effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet) lagt til grunn for ansvarsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette har bidratt til å forsterke dreiningen mot mer hjemmebasert omsorg – en utvikling som allerede hadde gjort seg gjeldende i flere av våre studiekommuner.

Vi forstår bestiller-utfører-modellens betydning for utviklingen i tjenesteytingen i de store byene som:

- Tilrettelegging for at bestiller i stort kan ta velfunderte beslutninger om utviklingen av helse- og omsorgstjenestene
- Økt bevissthet om at tjenestekjeden er riktig dimensjonert
- Tilrettelegging for at bestiller i smått kan kanalisere tjenestemottakere til riktig nivå i tjenestekjeden og sørge for at den enkelte får rett mengde tjenester
- Modellens påvirkning på rolleforståelse og rolleutøvelse for bestillere og utførere
- Økt tilgjengelighet for innbyggere og samarbeidspartnere
- Ansvarliggjøring av politisk nivå
- Tilrettelegging for systematisk prestasjonssammenligning mellom utførende enheter
- Økonomisk styring

I avsnittene nedenfor beskriver vi mer i detalj hva som legges i dette.

12.2 Bruken av styringsinformasjon « i stort»

I kapittelet om behovsdekning ble det poengtert at bestiller-utfører-modellen, i kombinasjon med strengere dokumentasjonskrav, har bidratt til at politisk ledelse får mer korrekt styringsinformasjon. Dette har trolig bidratt til at grunnlaget for politiske vedtak er bedre utredet og at konsekvensene av ulike alternativ er tydeliggjort. Korrekt informasjon om antall tjenestemottakere innenfor de ulike deltjenestene, tjenestemottakernes samlede bistandsbehov, enhetskostnader og utviklingen av disse størrelsene, gir kommunens administrative og politiske ledelse et mer solid fundament for strategiske beslutninger og «bestillinger i stort» enn før bestiller-utfører-modellen ble innført. Slikt sett kan bestiller-utfører-modellen sies å ha bidratt til å synliggjøre hvor det politiske handlingsrommet ligger, i avveiningen mellom økonomi, jus og helsefaglige hensyn.

12.3 Bruken av styringsinformasjon «i smått»

I kapittelet om behovsdekning er det også vist til at «bestiller i smått» nå sitter på en samlet oversikt over kommunens tjenestetilbud. Dette er viktig styringsinformasjon i arbeidet med utforming av enkeltvedtak tilpasset tjenestemottakerens behov. Bedre oversikt gjør det også enklere å sette sammen tjenestepakker spesielt tilpasset den enkelte bruker. Gjennom profesjonalisering av saksbehandlingen og saksbehandlernes trening i å bruke hele tjenestekjeden, legges det bedre til rette for at brukeren kanaliseres til riktig nivå.

I dette perspektivet er bestillerenhetene kommunens viktigste redskap i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Det er gjennom deres tildelingspraksis at nivåene i tjenestekjeden kan justeres. På denne måten iverksetter «bestiller i smått» de strategiske beslutningene til «bestiller i stort».

12.4 Modellens påvirkning på rolleforståelse og rolleutøvelse for bestillere og utførere

Vi har tidligere framhevet hvordan skillet mellom forvaltning og tjenesteproduksjon har bidratt til en profesjonalisering av saksbehandlingskompetansen. Bestillerenhetene kan sies å ha blitt eksperter på å vurdere helsefaglige behov opp mot lovkrav, og nedfelle dette i en bestilling (vedtaket) til utfører.

I intervjumaterialet finner vi også mange eksempler på at bestiller-utfører-modellen har bidratt til en profesjonalisering på utførersiden. Utførerne er blitt mer bevisst sin rolle som tjenesteutøver. De kan sies å ha blitt eksperter på å levere den bestilte tjenesten til avtalt pris og avtalt kvalitet.

Bildet av bestillere og utførere som eksperter på hvert sitt felt, er ikke like framtrædende hos alle studiekommunene. Det er særlig hos kommuner som har innført ISF /ABF og lagt pengene hos bestiller at disse ekspertrollene rendyrkes. I alle kommuner og bydeler som inngår i undersøkelsen har innføringen av bestiller-utfører-modellen medført en tydeligere definering av kommunens/bydelens rolle som myndighetsutøver versus rollen som tjenesteprodusent. En konsekvens av den oppnådde tydeligheten er økt fokus på at tildelingen av tjenester skal skje innenfor økonomiske rammer fra bestillers side, og utføre tjenesten innenfor tildelte økonomiske rammer fra utførers side.

En annen konsekvens av den oppnådde tydeligheten er økt bevissthet om hva som er årsakene til økonomiske overskridelser. Skyldes overskridelsene at bestiller tildeler mer tjenester enn rammene gir rom for? Er det samsvar mellom bestilte tjenester og utførers ressurstilgang (personale) eller er det utfører som ikke utnytter sine ressurser godt nok? Økt bevissthet om disse spørsmålene medfører også at jakten på løsninger kanaliseres til riktig sted. Bestiller kan utfordres på vedtakspraksis og prioriteringen av tjenestemottakere i tildelingsspørsmål. Utfører kan utfordres på ressursutnyttelse og effektivitet i tjenesteutførelsen. Når utfordringene kanaliseres dit virkemidlene sitter, øker også muligheten for at nødvendige tiltak faktisk iverksettes.

12.5 Økt tilgjengelighet for innbyggere og samarbeidspartnere

Bestillerenhetene er på mange måter innbyggernes dør inn til helse- og omsorgstjenestene. Det er hit søknader om tjenester skal sendes og det er gjerne søkerens/pårørendes første kontakt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom å samle kommunens/bydelens forvaltningsoppgaver økes også tilgjengeligheten for publikum. Det er forutsigbart hvor man som innbygger skal henvende seg, og det er lagt et forutsigbart løp for saksbehandlingsprosessen.

Bestillerenhetene fungerer også som spesialisthelsetjenestens inngang til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Spesialisthelsetjenesten har også behov for forutsigbarhet i kommunikasjonen med kommunen når det gjelder hvor man skal henvende seg, og prosessene knyttet til mottakelsen av pasienter fra sykehuset. Betydningen av å ha ett eller noen få

kontaktpunkt inn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har vist seg særlig viktig i kommunikasjonen rundt utskrivningsklare pasienter, etter iverksettingen av Samhandlingsreformen fra 01.01.12. Erfaringene så langt tyder på at tett dialog mellom sykehusets avdelingssykepleiere og et knippe utpekte saksbehandlere fra kommunens bestillerenhet gir bedre samhandling rundt de utskrivningsklare pasientene.

12.6 Ansvarliggjøring av politisk nivå

I en ideell situasjon skal bestiller-utfører-modellen sikre at det er fullstendig samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling av tjenesten og kvaliteten på tjenestene.

Det overordnede formålet med en ISF/ABF-modell er nettopp å sikre samsvar mellom disse størrelsene. Dersom det *ikke* er samsvar, er det et spørsmål som skal løses på politisk nivå.

Politikerne står da overfor tre valg:

- å øke de økonomiske rammene
- å stramme inn kriteriene for tildeling
- å redusere kvaliteten på tjenestene

Prinsippene i bestiller-utfører-modellen, og tydeliggjøringen av ansvaret lagt til «bestiller i stort» legger til rette for at slike spørsmål kan kanaliseres til politisk nivå. Vårt inntrykk er at dette ble særlig vektlagt ved innføringen av bestiller-utfører-modellen og ved etableringen av nye finansieringsmodeller. Spørsmålet om tydeliggjøring av politikernes ansvar innenfor bestiller-utfører-modellen er ikke eksplisitt adressert i undersøkelsen. Politikerne har heller ikke deltatt i intervjuene. Ut fra styringsdokumentene vi har fått oversendt fra kommunene/bydelene ser det ut til at politikernes rolle og ansvar innenfor rammene av modellen er dempet i forhold til det som ble vektlagt ved innføringen av modellen. Saker som omhandler forholdet mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling av tjenesten og kvaliteten på tjenestene, fremmes hovedsakelig gjennom de vanlige budsjett- og rapporteringsprosessene. Våre studiekommuner og bydeler synes dermed å kunne spille på politikernes rolle i bestiller-utfører-modellen i større grad enn det som gjøres i dag.

12.7 Tilrettelegging for systematisk prestasjonssammenligning (benchmarking)

Gjennom å skille forvaltning og tjenesteproduksjon i separate virksomheter, legges det til rette for systematisk prestasjonssammenligning (benchmarking) mellom virksomheter med likeartet tjenesteproduksjon. I modell hvor utførers tjenesteproduksjon i tillegg er innsatsstyrt eller aktivitetsbasert vil utførerne dessuten ha tilnærmet like forutsetninger for å drive innenfor tildelte rammer.

I en slik tankegang kan positiv konkurranse mellom likeartede virksomheter benyttes som grunnlag for læring og forbedring, også når virksomheten ikke er direkte konkurranseutsatt gjennom anbudskonkurranse. Erfaringsmessig er det alltid virksomheter som har høyere brukertilfredshet, høyere medarbeitertilfredshet, lavere sykefravær og bedre økonomistyring enn andre. Når rammebetingelsene er tilnærmet like, vil det fra et styringsperspektiv være interessant å forske på årsaker til forskjellene. Hva er det som gjør at enkelte virksomheter ser ut til å lykkes bedre enn andre? Hva kan andre virksomheter lære av dette?

Våre studiekommuner har i noen grad benyttet systematisk prestasjonssammenligning mellom kommunale virksomheter, som et virkemiddel for utvikling. Den virksomheten som synes å ha størst bevissthet rundt bruken av systematisk prestasjonssammenligning er Sykehjemsetaten i Oslo. For de andre kommunene synes potensialet for å bruke konkurranse som virkemiddel, også mellom kommunale virksomheter, å være større enn det som tas ut pr. i dag.

12.8 Økonomisk styring

Den demografiske utviklingen, utviklingen i etterspørselen etter helse og omsorgstjenester og utvidelser den kommunale helse – og omsorgstjenestens ansvar, har medført betydelige utfordringer for den økonomiske styringen av sektoren. Dette handler både om å kontrollere den samlede utgiftsøkningen og å sikre riktig bruk av knappere ressurser.

Vi har tidligere vist til at forskjeller i inntekts- og utgiftsnivå, og eventuelle overforbruk fra tidligere år, betyr at kommunene har noe ulikt utgangspunkt økonomiske styringen av helse- og omsorgstjenestene. Dette medfører at bestiller-utfører-modellen har forskjellig «funksjon» i økonomistyringen i den enkelte kommune: å opprettholde et moderat utgiftsnivå og sikre riktig og rettferdig prioritering, eller å ta ned utgiftsnivået og sikre samsvar mellom budsjett og drift. Det er særlig kommuner med en ISF/ABF- basert finansieringsmodell som benytter bestiller-utfører-modellen aktivt i den økonomiske styringen av tjenestene. Vi har også stadfestet at bestiller-utfører- modellen har gitt storbyene bedre oversikt over hvor kostnadene utløses og hvorfor. Det kan identifiseres om økt utgiftsnivå skyldes økning i volum på bestillersiden eller produksjonsutfordringer hos utførerne, og korrigerende tiltak kan settes inn på riktig sted.

13 Hvordan kan modellen utformes for å gi mest mulig effektiv ressursutnyttelse?

Med innføringen av bestiller-utfører-modellen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på 1990-tallet ble det også introdusert en markedsbasert logikk for styringen av disse tjenestene. I årenes løp er prinsippene i modellen videreført, foredlet og forenklet i tilpasningen til norske kommuners styringsstruktur. Denne studien har identifisert kostnader og gevinster ved bestiller-utfører-modellen i storbyene, slik modellen organiseres og praktiseres i dag.

13.1 Skillet mellom forvaltning og tjenesteproduksjon ønskes opprettholdt

Informantene i studien gir uttrykk for at bestiller-utfører-modellen har sine svakheter. Tendensen i materialet er at representanter fra bestillersiden framhever gevinstene ved modellen, mens representanter fra utførersiden framhever kostnadene. Ingen av storbyene ønsker seg tilbake til en driftssituasjon hvor det ikke er skilt mellom forvaltning og tjenesteproduksjon. Svakheterne ved modellen kan slikt sett sies å veies opp av gevinstene. Utfordringen for storbyene, og andre kommuner som ønsker å forsterke gevinstene som ligger i en bestiller-utfører-organisering, blir derfor å utforme bestiller-utfører-modellen slik at utnyttelsen av ressursene blir mest mulig effektiv.

13.2 Etterlevelsen av prinsippene i modellen betyr mer enn type modell

I datamaterialet ser vi ingen klare sammenhenger mellom type bestiller-utfører-modell (kommuner/bydeler i kategori 1, 2 og 3) og utvikling i utgiftsnivå. Vi ser heller ingen klare sammenhenger mellom type bestiller-utfører-modell og utvikling i kostnad pr. tjenestemottaker/kostnad pr. plass. Vi har heller ikke gjort funn som tyder på at en type modell (kategori 1, 2 eller 3) er mer effektivitetsfremmende enn en annen. Dette betyr ikke at det ikke er uvesentlig hvilken modell man velger, men at måten modellen praktiseres på og etterlevelsen av prinsippene i modellen har mer å bety for om modellen virker effektivitetsfremmende, enn modellen i seg selv.

13.3 Konsistens i modellen har avgjørende betydning

Konsistensen i modellen som er innført synes å ha selvstendig påvirkning på om de effektivitetsfremmende elementene i modellen får effekt eller ikke. Med konsistensen i modellen dette menes samsvar mellom formell organisatorisk struktur, finansieringsmodell og ansvarsdelingen mellom bestiller og utfører i den daglige virksomheten, eksempelvis:

- Organisatorisk plassering av bestillerenheten som samsvarer med styringsstrukturen i kommunen for øvrig og som samsvarer med den myndigheten som er lagt til bestiller
- Praktisering av skillet mellom bestiller og utfører i daglig drift som samsvarer med prinsippene i bestiller-utfører-modellen og kommunens organisasjonsstruktur (ingen sammenblanding av roller, klar kobling til administrativ og politisk ledelse)
- Finansieringsmodell som harmonerer med de resultatkrav som bestiller og utfører møtes med
- Finansieringsmodell fundert på reelle kostnadsdrivere som synliggjør effektiv drift

Kommuner/bydeler som har etablert en effektivitetsfremmende praksis innenfor rammene av bestiller-utfører-modellen er kommuner/bydeler hvor det er samsvar mellom de nevnte størrelsene, hvor rolle- og ansvarsfordelingen mellom bestiller og utfører er avklart, og hvor det er ikke er tvil om hvor det økonomiske ansvaret for volum og produksjon ligger.

13.4 Grep som bidrar til effektiv ressursutnyttelse

Ut fra de funn vi har gjort, er det noen grep som synes å bidra til effektiv ressursutnyttelse ved innføring og utvikling av bestiller-utfører-modellen:

- Klar kobling mellom politiske prioriteringer på overordnet nivå (bestilling i stort) og tildeling av tjenester (bestilling i smått)
- Samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling og kvaliteten på tjenestene:
 - Tydeliggjøring av bestillers ansvar for aktiviteten (tildeling av tjenester innenfor økonomiske rammer)
 - Tydeliggjøring av utførers ansvar for effektiviteten (tjenesteyting innenfor økonomiske rammer og definert kvalitet)
- Plassering av økonomisk ansvar hos bestillerenheten – tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte kommunens ressurser til innbyggernes beste
- Utbygging av tilbud og tjenester som reflekterer LEON-prinsippet (og ikke behov synliggjort gjennom ventelister)
- Sikre at bestillerenheten har oversikt over helheten i kommunens tjenestekjede og myndighet til å sette sammen pakker av tjenester tilpasset den enkeltes behov
- Utforming av bestiller-utfører-modell og tilhørende finansieringsmodell tilpasset kompleksiteten innenfor den enkelte deltjenestene
 - Der det er lett og måle produksjonen (eksempelvis praktisk bistand i hjemmet, enkle hjemmesykepleieoppdrag), bør hele behovsvurderingen legges til bestillerenheten, og ISF/ABF-modell baseres på timefestede vedtak og betaling til utfører på utført tid
 - Der det er vanskelig å måle produksjonen ((eksempelvis hjemmetjenestebrukere med behov for varige og koordinerte tjenester, BPA, utviklingshemmede) bør en større del av behovsvurderingen overlates til utfører, ISF/ABF-modell baseres på tjenestebeskrivende vedtak og betaling til utfører kontrolleres for utført tid
- Samsvar mellom valgte finansieringsmodell og de styringsprinsipper utførende enheter er underlagt (mulighet til å måle ressursinnsats og styre på resultat)
- Bruk av bestillerenhetens kompetanse i dialogen med spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter
- Arenaer som legger til rette for god dialog mellom bestiller og utfører (arenaer som inkluderer både kommunale og private utførere)
- (Videre)utvikling av teknologi (fagprogram), styringssystemer og rutiner som legger til rette for effektiv ressursbruk

14 Vedlegg 1: Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene: KOSTRA-analyse

14.1 Innledning

Bestiller-utfører-modellens innvirkning på kommunens virksomhet vil være sterkt påvirket av endringer i rammebetingelsene for helse- og omsorgstjenestene. Endringer i rammebetingelsene finner blant annet sted gjennom endringer i befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester og endringer i politiske prioriteringer. Som indikator for slike endringer har vi valgt å benytte utvalgte indikatorer fra KOSTRA²² for perioden 2008- 2011, og befolkningsstatistikk fra SSB.

Formålet med analysen er å synliggjøre mulige sammenhenger mellom bestiller-utfører-modellen, utviklingen i behovet for helse- og omsorgstjenester, utgifter til helse- og omsorgsformål, samt kostnader pr. tjenestemottaker.

Følgende KOSTRA- funksjoner inngår i analysen:

- Bistand, pleie og omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (253)
- Drift og vedlikehold av institusjoner for eldre og funksjonshemmede (261)
- Bistand, pleie og omsorg til hjemmeboende - hjemmetjenester (254)
- Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede (234)

14.2 Utviklingen av behovet for tjenester

Antall innbyggere og befolkningssammensetningen i kommunene vil påvirke behovet for helse- og omsorgstjenester. Endringer i befolkningssammensetningen kan bidra til å belyse sammenhenger mellom endringer i befolkningssammensetningen og/eller økning i behov hos den enkelte tjenestemottaker.

Alle kommunene i studien har hatt en sterk befolkningsvekst i perioden. Veksten i totalbefolkningen varierer fra 13-23 % og er svakest i Bergen og Kristiansand og sterkest Oslo og Sandnes:

Kommune	2001				2006				2011				Økning i antall				Økning i prosent			
	0 - 66	67 - 79	80 +	I alt	0 - 66	67 - 79	80 +	I alt	0 - 66	67 - 79	80 +	I alt	0 - 66	67 - 79	80 +	I alt	0 - 66	67 - 79	80 +	I alt
Bergen	202 401	20 621	10 269	233 291	213 731	19 935	10 954	244 620	231 151	21 194	11 417	263 762	28 750	573	1 148	30 471	14 %	3 %	11 %	13 %
Drammen	47 740	5 390	2 732	55 862	50 591	5 244	2 895	58 730	55 717	5 925	2 955	64 597	7 977	535	223	8 735	17 %	10 %	8 %	16 %
Kristiansand	64 480	6 541	2 956	73 977	68 216	6 357	3 267	77 840	72 940	6 867	3 436	83 243	8 460	326	480	9 266	13 %	5 %	16 %	13 %
Oslo kommune	446 694	41 464	24 431	512 589	488 163	36 281	24 173	548 617	551 046	39 547	22 692	613 285	104 352	-1 917	-1 739	100 696	23 %	-5 %	-7 %	20 %
Sandnes	49 502	3 750	1 677	54 929	54 802	3 791	1 914	60 507	61 345	4 409	2 060	67 814	11 843	659	383	12 885	24 %	18 %	23 %	23 %
Stavanger	97 042	8 131	4 537	109 710	104 832	7 795	4 688	117 315	114 274	8 539	4 693	127 506	17 232	408	156	17 796	18 %	5 %	3 %	16 %
Trondheim	133 062	12 587	5 759	151 408	143 789	11 615	6 326	161 730	156 800	13 058	6 490	176 348	23 738	471	731	24 940	18 %	4 %	13 %	16 %

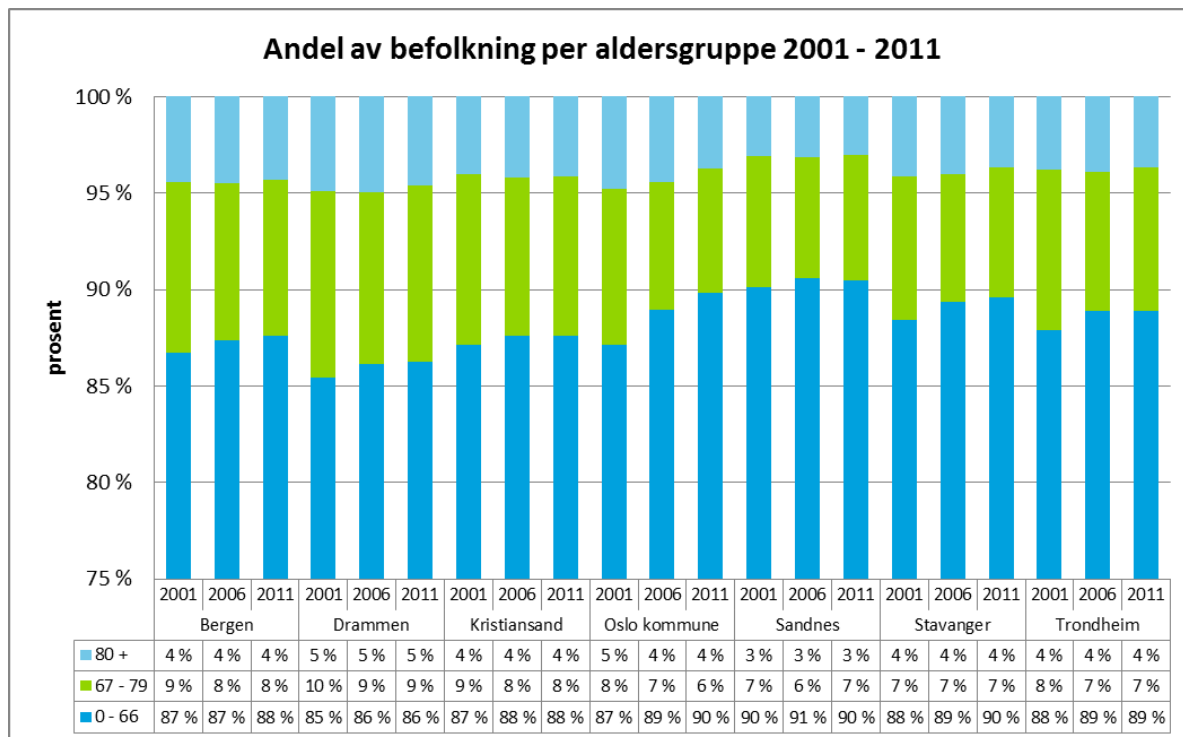
Figur 15: Befolkningsutviklingen innenfor aldersgruppene 0-66, 67-79 og 80+ fra 2001 til 2011

Sandnes har hatt den sterkeste veksten både når det gjelder aldersgruppen under 67 år, gruppen mellom 67 og 79 år og gruppen over 80 år. Oslo har en befolkningsnedgang i aldersgruppene mellom 67 og 79 år og gruppen over 80 år. For de øvrige kommunene ligger veksten mellom 3

²² Indikatorene som hentes fra KOSTRA er basert på kommunenes egne regnskapstall og tjenestedata. Tjenestedataene settes sammen av uttrekk fra IPLOS. Flere av kommunene har avdekket feil og mangler ved egne IPLOS- data. Det er også usikkerheter knyttet til ulikheter i kommunenes registreringspraksis. Dette medfører at identifiserte forskjeller mellom kommunene på indikatorer basert på IPLOS – data må tolkes med forsiktighet.

% og 10 % for aldersgruppen mellom 67 og 79 år og mellom 3 % og 13 % for gruppen over 80 år.

Figuren nedenfor illustrerer hvordan befolkningssammensetningen har endret seg i perioden 2008-2011:

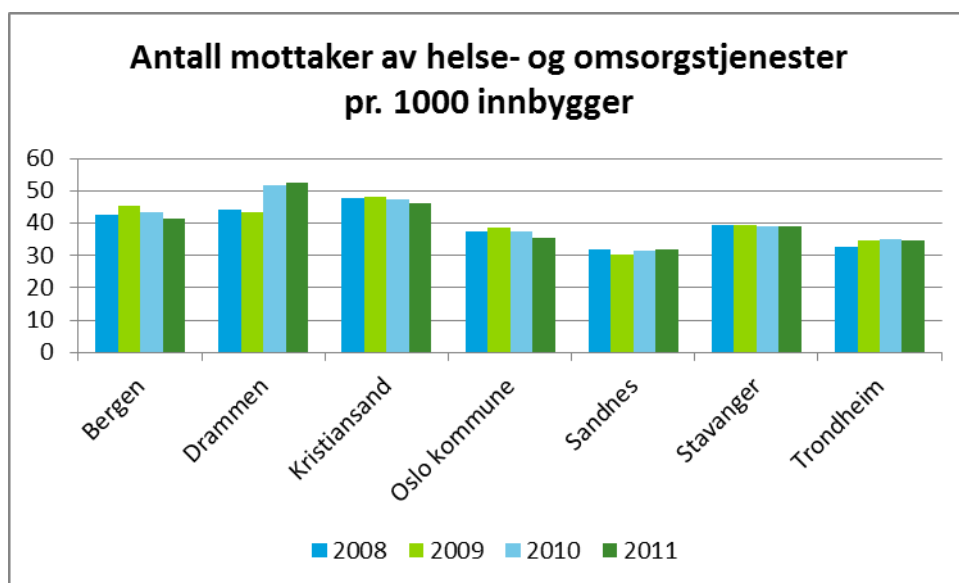


Figur 16: Utvikling i befolkningssammensetning 2001-2011. Kilde:KOSTRA- tallene for 2001, 2006 og 2011

Endringer i befolkningssammensetning har konsekvenser både for kommunens inntekter og utgifter. Inntektssystemet for kommunene er bygget opp rundt et indikatorsett, hvor en statistisk beregning av kommunenes utgiftsbehov ligger til grunn. For helse- og omsorgstjenestene er det andelen eldre i de nevnte alderskategoriene og antallet psykisk utviklingshemmede som er de mest tungtveiende indikatorene. Endringer i befolkningssammensetningen medfører dermed endringer i kommunenes inntekter. Videre medfører endringer i befolkningssammensetningen endringer i etterspørselen etter tjenester. Med en økning i antallet eldre, kan kommunene forvente en økning i antall tjenestemottakere innenfor helse- og omsorgstjenestene. I denne situasjonen blir det avgjørende for kommunene, gjennom tildelingen av tjenester, å sørge for at etterspørselen reguleres slik at det er samsvar mellom økonomiske rammer og volumet av tjenester som skal leveres.

14.3 Utviklingen i antallet tjenestemottakere

Figuren nedenfor viser antall registrerte mottakere av helse- og omsorgstjenester pr. 1000 innbygger i perioden 2008 - 2011.



Figur 17: Antall tjenestemottakere pr. 1000 innbygger. Kilde: KOSTRA 2008, 2009, 2010 og 2011 (foreløpige tall)

Drammen og Kristiansand har den høyeste samlede dekningsgraden, mens Sandnes har den laveste. I tabellen nedenfor tydeliggjøres utviklingen fra år til år, med en vektning i forhold til gjennomsnittet:

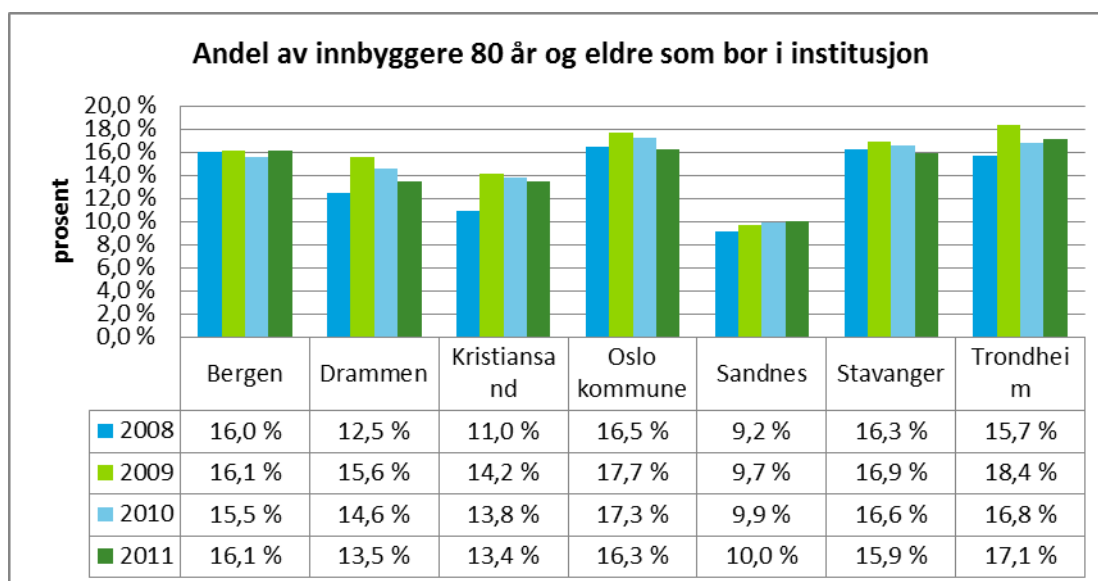
Kommune	2008		2009		2010		2011		Hele perioden Økning i antall tjenestemottakere totalt
	per 1000 innb.	Vektet i forhold til gjennomsnitt	per 1000 innb.	Vektet i forhold til gjennomsnitt	per 1000 innb.	Vektet i forhold til gjennomsnitt	per 1000 innb.	Vektet i forhold til gjennomsnitt	
Bergen	42	⇒	45	↑	43	⇒	41	⇒	264
Drammen	44	↑	43	↑	52	↑	52	↑	674
Kristiansand	48	↑	48	↑	47	↑	46	↑	25
Oslo kommune	37	⇒	39	⇒	37	↓	35	↓	155
Sandnes	32	↓	30	↓	32	↓	32	↓	124
Stavanger	39	⇒	39	⇒	39	⇒	39	⇒	172
Trondheim	33	↓	34	↓	35	↓	35	↓	654

Figur 18: Antall tjenestemottakere pr. 1000 innbygger, vektet i forhold til gjennomsnittet. Kilde: KOSTRA 2008, 2009, 2010 og 2011 (foreløpige tall)

Selv om den andelsvise økningen fra år til år ikke er så stor, er økningen i antall tjenestemottakere betydelig for flere av kommunene. Drammen og Trondheim har den sterkeste økningen i antall tjenestemottakere, mens økningen er lavest i Kristiansand.

14.4 Utviklingen i dekningsgrader i institusjonsomsorgen

Figuren nedenfor gir et bilde på hvor stor andel av kommunens innbyggere over 80 år som bor i institusjon.



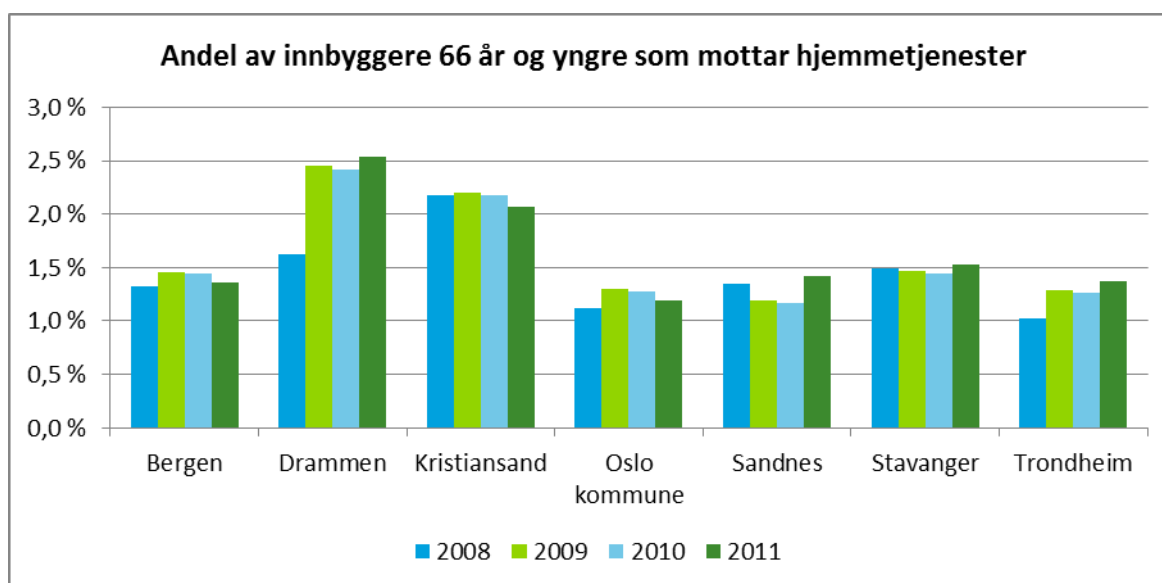
Figur 19: Utviklingen i dekningsgrader i institusjon. Kilde: KOSTRA 2008, 2009,2010 og 2011 (foreløpige tall)

Ved inngangen av perioden var det Oslo og Stavanger som hadde de høyeste dekningsgradene, ved utgangen av perioden var det Trondheim og Oslo. Sandnes har hatt de laveste dekningsgradene i hele perioden. Dette må sees i sammenheng med en høy andel boliger med heldøgns bemanning her.

Med unntak av Oslo har alle kommunene hatt en økning i dekningsgrader i perioden.

14.5 Utviklingen i dekningsgrader i hjemmetjenesten

I figurene nedenfor framkommer utviklingen i antallet tjenestemottakere over og under 67 år.



Figur 20: Utviklingen i dekningsgrader i hjemmetjenesten – tjenestemottakere under 67 år. Kilde: KOSTRA 2008, 2009,2010 og 2011 (foreløpige tall)

Det er Drammen og Kristiansand som har de høyeste dekningsgradene for aldersgruppen under 67 år.

Det er ingen klare tendenser i utviklingen hos den enkelte kommune. I Drammen og Trondheim er andelen mottakere av hjemmetjenester stigende, mens er andelen nokså stabil eller svakt endret fra et år til et annet i de øvrige kommunene.

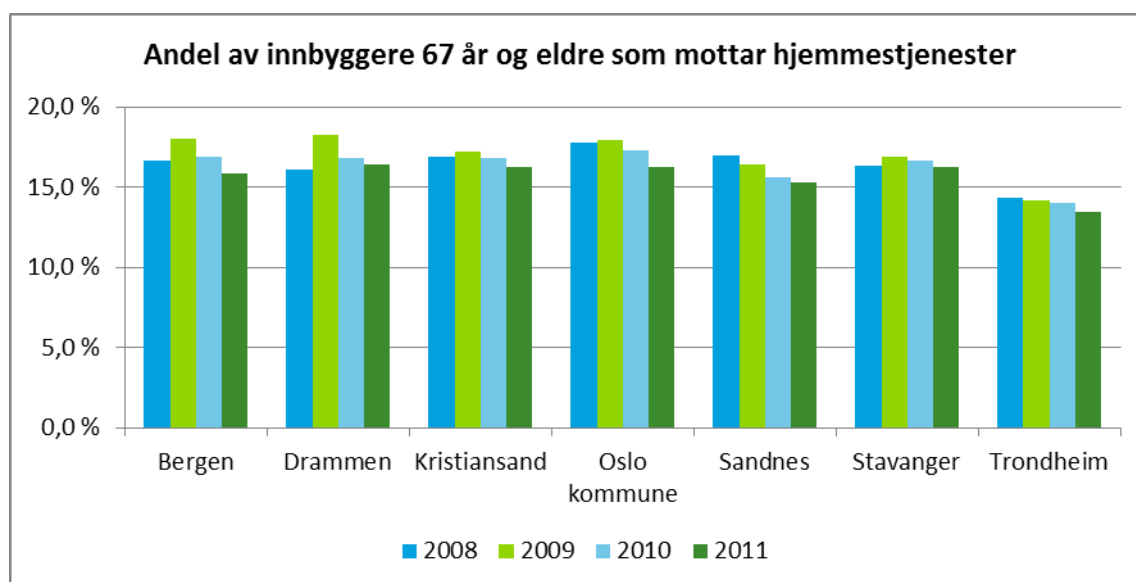
Tabellen nedenfor gir et tydeligere bilde av utviklingen. Her har vi samtidig sett på om utviklingen i andelen tjenestemottakere endres mer enn den forholdsvis økningen i antallet innbyggere i aldersgruppen:

Kommune	2008 - 2009		2009 - 2010		2010 - 2011		2008 - 2011	
	Befolkning	Andel mottakere	Befolkning	Andel mottakere	Befolkning	Andel mottakere	Befolkning	Andel mottakere
Bergen	2,0 %	0,1 %	1,9 %	0,0 %	1,5 %	-0,1 %	5,4 %	0,0 %
Drammen	2,4 %	0,8 %	1,9 %	0,0 %	1,6 %	0,1 %	6,0 %	0,9 %
Kristiansand	1,6 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	1,3 %	-0,1 %	4,4 %	-0,1 %
Oslo kommune	3,1 %	0,2 %	2,2 %	0,0 %	2,2 %	-0,1 %	7,6 %	0,1 %
Sandnes	2,3 %	-0,2 %	1,9 %	0,0 %	2,3 %	0,3 %	6,6 %	0,1 %
Stavanger	1,8 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %	1,8 %	0,1 %	5,6 %	0,0 %
Trondheim	1,9 %	0,3 %	1,6 %	0,0 %	1,4 %	0,1 %	5,0 %	0,4 %

Figur 21: Økningen i andelen tjenestemottakere i aldersgruppen 0-66 år, sett opp i mot den forholdsvis økningen i antallet innbyggere i aldersgruppen. Kilde: KOSTRA 2008, 2009, 2010 og 2011 (foreløpige tall)

For aldersgruppen under 67 år ligger befolkningsveksten i kommunene mellom 4,4 og 7,5 %. Andelen tjenestemottakere er imidlertid nokså stabil for flertallet av kommunene. Drammen og Trondheim har den sterkeste veksten, mens Kristiansand har en liten nedgang.

Når det gjelder andelen av innbyggere over 67 år som mottar hjemmetjenester, ser bildet noe annerledes ut:



Figur 22: Utviklingen i dekningsgrader i hjemmetjenesten – tjenestemottakere over 67 år. Kilde: KOSTRA 2008, 2009, 2010 og 2011 (foreløpige tall)

For denne aldersgruppen er det Oslo, Drammen og Bergen som har de høyeste dekningsgradene. Trondheim ligger lavest. Heller ikke her er det noen klare tendenser i

utviklingen hos den enkelte kommune. I Sandnes og Trondheim er andelen mottakere av hjemmetjenester synkende, mens den varierer fra ett år til et annet for de andre kommunene.

Økningen i andelen tjenestemottakere, sett i forhold til økningen i antallet innbyggere i aldersgruppen gir følgende bilde:

Kommune	2008 - 2009		2009 - 2010		2010 - 2011		2008 - 2011	
	Befolkning	Andel mottakere	Befolkning	Andel mottakere	Befolkning	Andel mottakere	Befolkning	Andel mottakere
Bergen	0,2 %	1,4 %	1,2 %	-1,1 %	1,2 %	-1,0 %	2,7 %	-0,8 %
Drammen	0,2 %	2,1 %	1,7 %	-1,4 %	1,8 %	-0,4 %	3,8 %	0,3 %
Kristiansand	0,7 %	0,3 %	1,5 %	-0,4 %	1,8 %	-0,6 %	4,1 %	-0,6 %
Oslo kommune	-0,9 %	0,2 %	0,4 %	-0,6 %	1,4 %	-1,1 %	0,9 %	-1,5 %
Sandnes	2,1 %	-0,6 %	2,5 %	-0,8 %	3,6 %	-0,4 %	8,4 %	-1,7 %
Stavanger	0,5 %	0,6 %	1,4 %	-0,2 %	1,6 %	-0,4 %	3,6 %	-0,1 %
Trondheim	1,2 %	-0,2 %	1,8 %	-0,1 %	2,2 %	-0,5 %	5,4 %	-0,9 %

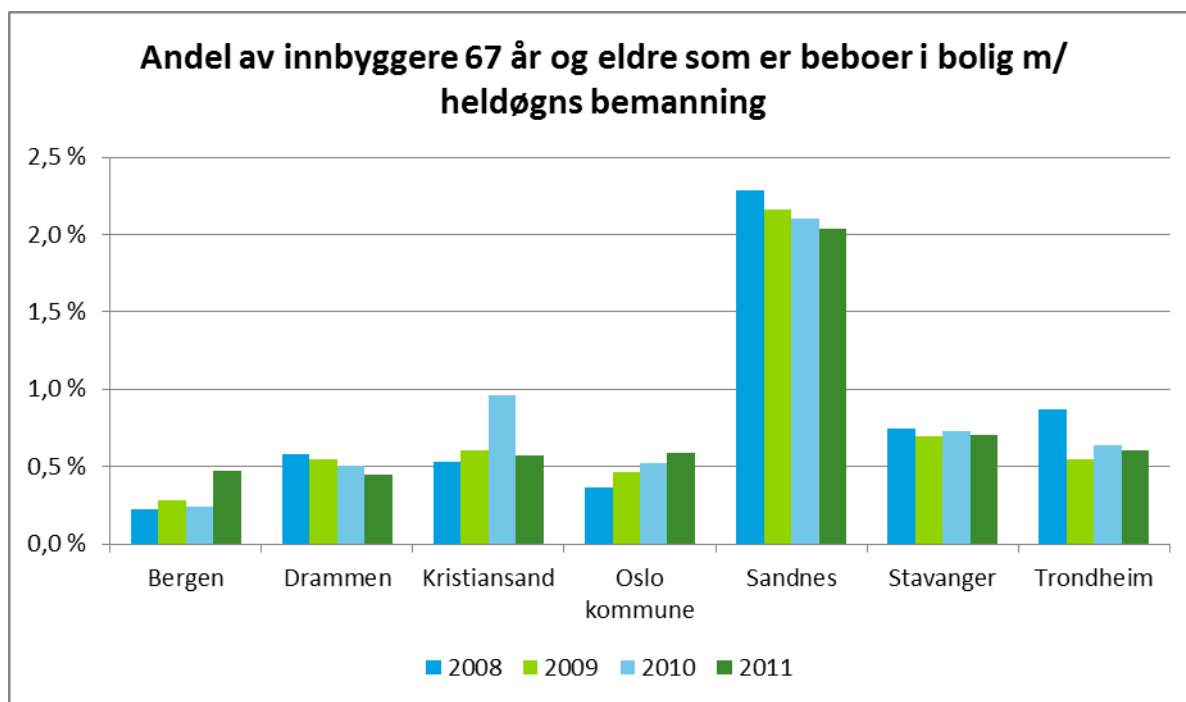
Figur 23: Økningen i andelen tjenestemottakere i aldersgruppen over 67 år, sett opp i mot den forholdsvis økningen i antallet innbyggere i aldersgruppen. Kilde: KOSTRA 2008, 2009, 2010 og 2011 (foreløpige tall)

For aldersgruppen over 67 år ligger befolkningsveksten i kommunene mellom 0,9 og 8,4 %. Andelen tjenestemottakere er imidlertid redusert i seks av sju kommuner.

Ut fra dette ser det dermed ut til at veksten i antall tjenestemottakere er lavere enn det befolkningsøkningen skulle tilsi.

14.6 Utvikling i dekningsgrader -beboere i bolig m/ heldøgns bemanning 67 år og over

Boliger med heldøgns bemanning er et tilbud på «mellomnivå» i tjenestekjeden. Her bor tjenestemottakeren i egen bolig og mottar hjemmetjenester etter behov. En dreining fra institusjon til bolig har vært en ønsket utvikling for mange kommuner. Storbyene har valgt forskjellig utbyggingstakt og ulike strategier for hvordan plassene i boliger med heldøgns bemanning skal benyttes. De har tradisjonelt hatt lav dekning av boliger m/ heldøgns bemanning. Figuren under illustrerer at Sandnes skiller seg ut i så måte:



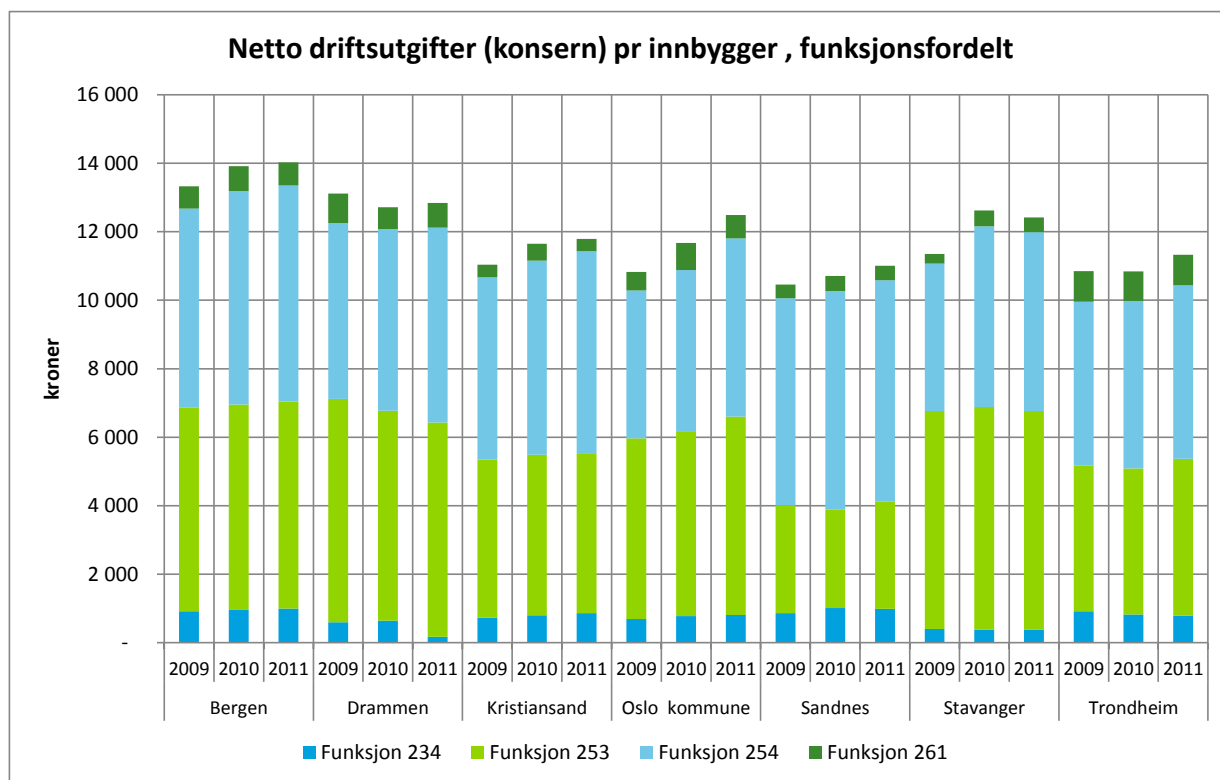
Figur 24: Andel innbyggere i boliger med heldøgns bemanning over 67 år. Kilde: KOSTRA 2008, 2009, 2010 og 2011 (foreløpige tall)

Til tross for utbygging av boliger i flere av kommunene, klarer man ikke å holde tritt med økningen i antallet eldre. Fire av kommunene opplever dermed en reduksjon i dekningsgradene. Oslo har et program for utbygging av omsorgsboliger (Omsorg pluss), som gir en svak økning i dekningsgradene år for år.

For flertallet av kommunene er andelen boliger m/ heldøgns bemanning såpass lav at det ikke gir mye å spille på i tildelingen av tjenester.

14.7 Utviklingen i samlet utgiftsnivå

Utviklingen i utgiftsnivå er et uttrykk for kommunens prioritering av helse- og omsorgstjenestene. Figuren viser utviklingen i samlet utgiftsnivå innenfor helse og omsorgstjenestene samt utviklingen for hver av hovedtjenestene



Figur 25: Netto driftsutgifter til helse- og omsorgsformål, fordelt på funksjon. KOSTRA- tall for 2009, 2010 og 2011

Målt i netto driftsutgifter pr innbygger er det Bergen som har de høyeste utgiftene til helse- og omsorgsformål. Sandnes og Trondheim har de laveste netto driftsutgiftene pr innbygger.

Alle kommuner, med unntak av Drammen, har hatt en vekst i utgiftsnivå for perioden, helhetlig sett. Økningen i netto driftsutgifter pr innbygger er størst i Oslo (13 %), og Stavanger (8 %). De øvrige kommunene ligger mellom 4 % og 6 %.

Av de tre hovedtjenestene er det utgiftene til hjemmetjenester som har øker mest i perioden (målt i prosentvis økning fra 2009-2011). Veksten er sterkest i Stavanger og Oslo (henholdsvis 21 og 20 %).

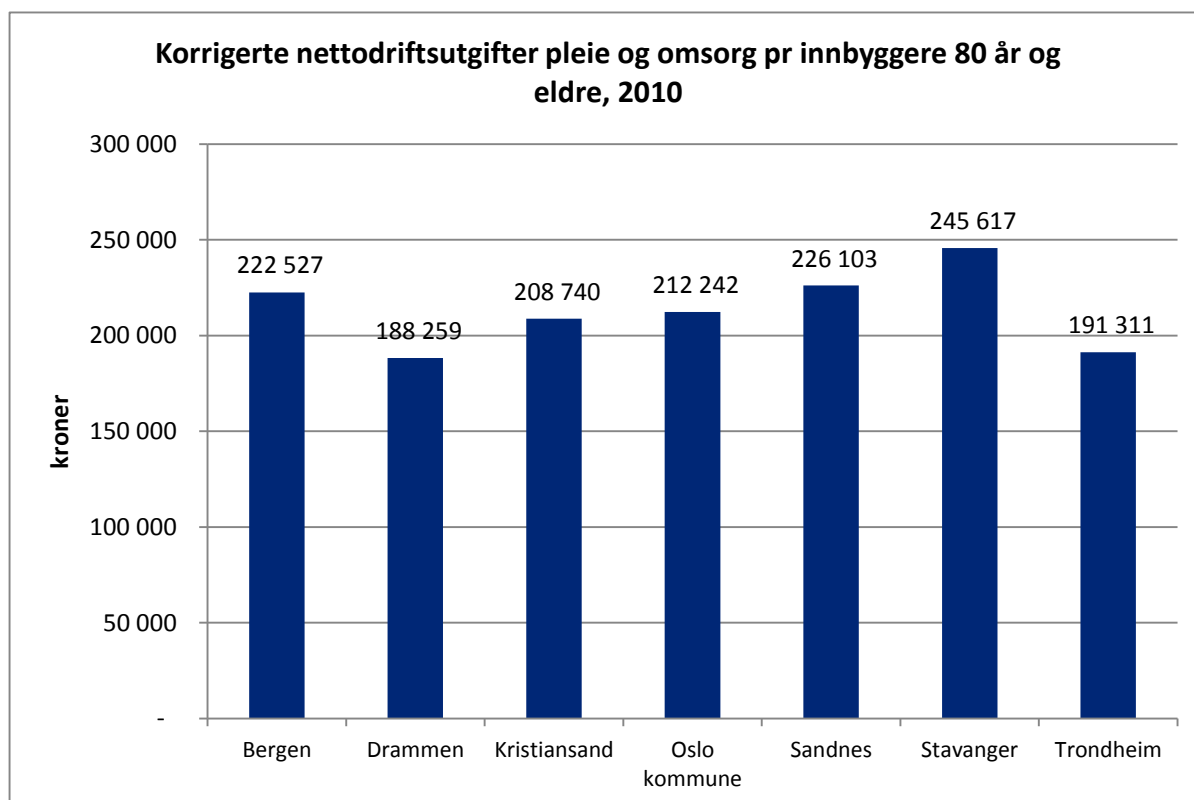
Trondheim er den eneste byen hvor utgiftene til institusjonsomsorg har økt noe mer enn utgiftene til hjemmetjenester. Fra Kristiansand, Oslo og Sandnes rapporteres det om en forholdsvis sterk økning i utgiftene til aktivisering (økning på 16- 18 %).

14.8 Korrigerte netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger over 80 år og eldre, 2010

Netto driftsutgifter pr. innbygger er et noe upresist mål, fordi denne indikatoren ikke tar hensyn til ulikheter i befolkningssammensetningen, og andelen eldre.

I figuren nedenfor er det forsøkt korrigert for slike forskjeller. Netto driftsutgifter til brukere under 67 år er søkt trukket ut, på basis av andelen timer til denne brukergruppen. Deretter er korrigerte netto driftsutgifter delt på antall innbyggere over 80 år.

Bildet ser da litt annerledes ut:



Figur 26: Korrigerte netto driftsutgifter pr. innbygger over 80 år. Kilde: Deloitte, basert på KOSTRA tallene for 2010²³

Stavanger og Sandnes får da de høyeste netto driftsutgiftene pr. innbygger mens Drammen og Trondheim har de laveste netto driftsutgiftene.

Bergen, som hadde de høyeste netto driftsutgiftene pr. innbygger har de tredje høyeste utgiftene når det er korrigert for andelen eldre i befolkningen.

²³ På grunn av usikkerheter ved KOSTRA-tallene for 2011 er 2010-tallene benyttet.

14.9 Utviklingen i kostnader pr institusjonsplass

Begrepet institusjon i denne sammenheng omfatter både institusjonsplasser til eldre (syke- og aldershjem) og institusjonsplasser til funksjonshemmede/utviklingshemmede (barnebolig, avlastningsbolig). Sykehjemsplassene utgjør den langt største andelen institusjonsplasser i alle kommuner.

Kostnader pr institusjonsplass må sees i sammenheng med kommunens dekningsgrader og tjenesteprofil. For en kommune med få sykehjemsplasser og mange boliger med heldøgns bemanning innenfor eldreomsorgen (som Sandnes), vil sykehjemsplassene være forbeholdt brukere med de aller største bistandsbehovene. Kostnaden pr institusjonsplass vil derfor bli høy. En kommune med flere sykehjemsplasser (som Oslo) vil ha lavere kostnader pr plass, fordi beboernes bistandsbehov gjennomgående vil være noe lavere. Bergen, som fremdeles har en forholdsvis stor andel aldershjemsplasser blant sine institusjonsplasser, vil også framstå med lavere kostnader pr institusjonsplass, fordi bistandsbehov hos beboere i aldershjem gjennomgående er lavere enn i sykehjem.

Kommune	Brutto driftsutgifter institusjon pr plass							
	2009	Vektet i forhold til gjennomsnitt	2010	Vektet i forhold til gjennomsnitt	2011	Vektet i forhold til gjennomsnitt	Endring 2009-2011	Endring i %
Bergen	770 073	↓	782 712	↓	857 165	↓	74 453	9 %
Drammen	1 038 049	↑	956 773	↑	1 074 426	↑	117 653	11 %
Kristiansand	898 274	⇒	908 136	⇒	953 426	⇒	45 290	5 %
Oslo kommune	850 138	↓	920 199	⇒	1 003 652	⇒	83 454	8 %
Sandnes	1 153 582	↑	1 015 574	↑	1 132 022	↑	116 448	10 %
Stavanger	888 921	↓	967 169	↑	1 038 999	⇒	71 830	7 %
Trondheim	808 352	↓	779 324	↓	908 024	↓	128 700	14 %

Figur 27: Brutto driftsutgifter i institusjon pr plass. Utvikling for årene 2009, 2010 og 2011. Vektet i forhold til gjennomsnittlig pris pr plass for alle de sju kommunene.

Kostnadene pr. institusjonsplass er lavest i Bergen og Trondheim, og høyest i Sandnes og Drammen. Dette harmonerer godt med logikken rundt sammenhengene mellom dekningsgrader og kostnad pr plass. I 2011 hadde Bergen og Trondheim de høyeste dekningsgradene, mens Sandnes hadde den laveste.

Stavangers rangering i forhold til de øvrige kommunene har endret seg fra et år til det neste.

Alle kommuner har en økning i kostnadene pr. institusjonsplass i perioden 2008- 2011. Trondheim er den av kommunene som har hatt den sterkeste økningen i kostnad pr. institusjonsplass i perioden. Dette kan trolig sees i sammenheng med satsningen på helsehus og økningen i andelen korttidsplasser.

Kristiansand og Stavanger har den mest moderate økningen i kostnad pr. plass.

14.10 Utviklingen i kostnad pr tjenestemottaker i hjemmetjenesten

Utviklingen i kostnad pr tjenestemottaker i hjemmetjenesten kan bidra til å belyse om bistandsbehovet hos den enkelte bruker i gjennomsnitt har økt de senere årene.

KOSTRAs definisjon på hjemmetjenester favner pleie- og omsorgstjenester ytt til personer som bor i eget hjem (inkludert tjenester til beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede med eller uten fast bemanning) som registreres i IPLOS med vedtak knyttet til antall timer per uke. Det vil således være store variasjoner i den enkelte tjenestemottakers bistandsbehov innenfor hjemmetjenesten – fra 2 timer praktisk bistand hver tredje uke til 60 timer hjemmesykepleie hver uke. Kostnad pr. tjenestemottaker i hjemmetjenesten vil derfor gi et nokså upresist mål på utviklingen i kostnader knyttet til den enkelte bruker, og bør sees i sammenheng med endringer i brukersammensetning og dokumentert bistandsbehov (se kapittel 4.8).

Tabellen viser at alle kommuner har opplevd en økning i kostnad pr. tjenestemottaker, men at variasjonen er stor.

Kommune	2009				2010				Endring 2009 - 2010	i %
	Driftsutgifter i 1000 kroner	Mottaker	Utgifter per mottaker (kroner)	Vektet i forhold til gjennomsnitt	Driftsutgifter i 1000 kroner	Mottaker	Utgifter per mottaker (kroner)	Vektet i forhold til gjennomsnitt		
Bergen	1 858 184	8 985	206 810	↑	1 874 816	8 612	217 698	↑	10 889	5,3 %
Drammen	385 964	2 854	135 236	↓	396 907	2 747	144 487	↓	9 251	6,8 %
Kristiansand	492 407	3 280	150 124	↓	490 109	3 256	150 525	↓	401	0,3 %
Oslo kommune	2 936 493	17 575	167 084	↓	3 232 756	17 318	186 670	⇒	19 587	11,7 %
Sandnes	400 315	1 696	236 035	↑	439 898	1 796	244 932	↑	8 897	3,8 %
Stavanger	707 844	3 785	187 013	⇒	753 449	3 836	196 415	⇒	9 402	5,0 %
Trondheim	957 603	4 589	208 674	↑	1 002 724	4 720	212 442	↑	3 768	1,8 %

Figur 28: Utviklingen i kostnader pr. tjenestemottaker i hjemmetjenesten. Kilde: KOSTRA tall for 2009 og 2010.

Kostnadene pr. tjenestemottaker er lavest i Drammen og Kristiansand, og høyest i Sandnes og Bergen. Dette gjelder for 2009 og 2010.

Oslo er den av kommunene som har hatt den sterkeste økningen i kostnad pr. tjenestemottaker i perioden. I 2010 er Oslo likevel bare på gjennomsnittet av kostnader pr tjenestemottaker i forhold til de andre kommunene

14.11 Utviklingen i antall tjenestemottakere med lite, avgrenset og omfattende bistandsbehov

Utviklingen i andelen tjenestemottakere med lite, avgrenset og omfattende bistandsbehov kan bidra til å belyse om en større andel av brukermassen har fått mer omfattende bistandsbehov de siste årene.

Som tidligere nevnt er det svakheter ved KOSTRA-tall som er basert på kommunenes registrering i IPLOS. Det er kjent at registreringspraksis og vurderingen av den enkelte brukers behov varierer fra kommune til kommune. I tillegg har flere av kommunene avdekket feil ved egen IPLOS-registrering. Det er derfor utviklingen i den enkelte kommune vi primært er opptatt av å belyse, og ikke forskjeller mellom kommunene.

Tabellen nedenfor viser andelen av tjenestemottakerne som er registrert med henholdsvis lite, avgrenset og omfattende bistandsbehov.

Kommune	2008				2009				2010			
	lite	noe avgrenset	omfattende	Totalt	lite	noe avgrenset	omfattende	Totalt	lite	noe avgrenset	omfattende	Totalt
Bergen	29,0 %	51,4 %	19,6 %	100,0 %	30,6 %	48,2 %	21,2 %	100,0 %	31,0 %	45,4 %	23,6 %	100,0 %
Drammen	28,8 %	49,4 %	21,8 %	100,0 %	28,7 %	49,8 %	21,6 %	100,0 %	30,5 %	47,3 %	22,2 %	100,0 %
Kristiansand	36,0 %	44,3 %	19,7 %	100,0 %	43,2 %	33,3 %	23,5 %	100,0 %	44,5 %	32,3 %	23,3 %	100,0 %
Oslo kommune	30,0 %	47,4 %	22,7 %	100,0 %	31,3 %	45,6 %	23,1 %	100,0 %	31,8 %	44,0 %	24,2 %	100,0 %
Sandnes	31,8 %	45,4 %	22,8 %	100,0 %	34,5 %	38,2 %	27,3 %	100,0 %	35,0 %	38,4 %	26,6 %	100,0 %
Stavanger	42,6 %	35,5 %	22,0 %	100,0 %	44,0 %	32,6 %	23,5 %	100,0 %	42,0 %	37,1 %	20,8 %	100,0 %
Trondheim	33,9 %	43,5 %	22,5 %	100,0 %	33,4 %	44,1 %	22,4 %	100,0 %	35,3 %	42,5 %	22,3 %	100,0 %

Figur 29: Utviklingen i andelen tjenestemottakere med henholdsvis lite, avgrenset og omfattende bistandsbehov. Kilde: KOSTRA 2008, 2009 og 2010.

Tabellen viser at andelen brukere med omfattende bistandsbehov har holdt seg noenlunde stabil i alle kommuner. Kristiansand har opplevd den største veksten. Flertallet av kommunene har opplevd en reduksjon i andelen brukere med avgrenset behov. Altså er det andelen brukere med lite bistandsbehov som har økt mest i perioden.

Tidligere har vi vist til at veksten i tjenestemottakere over 67 år innenfor hjemmetjenestene er lavere enn det befolkningsveksten skulle tilsi. En forklaring på dette kan være strengere tildeling av tjenester og tøffere prioriteringer enn tidligere. Ut fra dette skulle man tro at bistandsbehovet til tjenestemottakerne gjennomgående skulle bli noe større – altså at det kreves mer for å få tjenester. Dette ser ikke ut til å være tilfellet. Snarere kan det se ut til at strengere tildelingspraksis medfører at forholdsvis flere tjenestemottakere vurderes å være på det laveste bistandsnivået.

Denne hypotesen harmonerer dårlig med et annet utviklingstrekk innenfor helse- og omsorgstjenestene: økningen i antallet ressurskrevende brukere. Vi har derfor sett nærmere på denne utviklingen.

14.12 Utviklingen i ressurskrevende tjenester

Utviklingen i antall tjenestemottakere med lite, avgrenset og omfattende bistandsbehov viser at andelen brukere med lite bistandsbehov som har økt mest. Dette kan tolkes som et uttrykk for økninger i eldrebefolkningen og økt tilgang på tjenestemottakere med lavere bistandsbehov. En annen forklaring kan ligge i at IPLOS-statistikken ikke fanger opp utviklingen i andelen tjenestemottakere med nedsatt funksjonsevne i tilstrekkelig grad. En økning i andelen

tjenestemottakere i denne gruppen, og endringer i deres bistandsbehov, vil ikke nødvendigvis komme til syne i IPLOS-statistikken og KOSTRA-data som baserer seg på tall herfra. Økningen i antallet ressurskrevende tjenestemottakere som kommunen mottar tilskudd for indikerer at dette er tilfellet.

Ordningen om tilskudd til ressurskrevende tjenester innebærer at kommuner kan søke om delvis refusjon for påløpte direkte lønnsutgifter, i de tilfeller der kommunen har fattet enkeltvedtak og yter særlig ressurskrevende helse- og sosialtjenester til enkeltmottakere. Det er ingen begrensninger for å komme inn under ordningen m.h.t. diagnose eller type lidelse. Det ytes refusjon til og med det året tjenestemottakeren fyller 67 år.²⁴

Retningslinjene for hvordan kommunens utgifter skal beregnes endres noe fra år til år. Kommunene har også forbedret sin innrapporteringspraksis med sikte på å få med alle aktuelle brukere og alle relevante kostnader. Utviklingen i antall brukere og i tilskuddsbeløp gir derfor ikke et presist bilde av hvordan behov og utgifter har endret seg. Tendensen er imidlertid klar- et flertall av kommunene har hatt en sterk økning i antallet ressurskrevende brukere og i tilskuddsbeløp:

Kommune	2007			2010			2007- 2010		2007- 2010		2007- 2010	
	Antall tjeneste- mottakere	Egenandel for kommunen	Øremerket tilskudd (til utbetaling) i hele tusen	Antall tjeneste- mottakere	Egenandel for kommunen	Øremerket tilskudd (til utbetaling) i hele tusen	Antall tjeneste- mottakere økning i antall	Antall tjeneste- mottakere økning i prosent	Egenandel for kommunen økning i prosent	Øremerket tilskudd (til utbetaling) økning i hele tusen	Øremerket tilskudd (til utbetaling) økning i prosent	
Bergen	206	49 950	94 028	282	53 910	215 641	76	37 %	8 %	121 613	129 %	
Drammen	31	11 992	8 960	58	9 553	38 212	27	87 %	-20 %	29 252	326 %	
Kristiansand	90	15 895	22 132	92	11 167	44 669	2	2 %	-30 %	22 537	102 %	
Oslo	446	112 025	206 163	554	97 597	390 388	108	24 %	-13 %	184 225	89 %	
Sandnes	46	12 355	12 746	70	9 726	38 903	24	52 %	-21 %	26 157	205 %	
Stavanger	86	23 955	49 628	108	24 028	96 110	22	26 %	0 %	46 482	94 %	
Trondheim	139	33 024	53 792	148	20 003	80 013	9	6 %	-39 %	26 221	49 %	

Figur 30: Utviklingen i tilskuddet til ressurskrevende tjenester for perioden 2007-2010. Kilde: Vedlegg til utbetalingsbrev, kommunevis oversikt for 2007 og 2010.

Drammen har hatt den sterkeste prosentvise økningen i antallet ressurskrevende brukere i perioden med 87 %. Kristiansand har hatt den laveste med 2 %. For de andre kommunene ligger økningen mellom 6 og 52%.

Samtlige kommuner har også hatt en betydelig økning i tilskuddsbeløp. I forhold til 2007- nivå er økningen mellom 49 % (i Trondheim) og 329% (i Drammen).

²⁴ Helsedirektoratet. Rundskriv IS-4/2012 - Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og sosialtjenester i kommunene.

14.13 Utviklingen i antall tjenestemottakere med tilbud om brukerstyrt personlig assistanse

En av oppdragets hovedproblemstillinger er knyttet til spørsmålet om økt rettighetsfokus i befolkningen kan føre til at flere etterspør en tjeneste selv om behovet i befolkningen er uforandret.

Brukerstyrt personlig assistanse er en tjeneste hvor rettighetsfokuset særlig kommer til uttrykk. I vurderingen av behov og tildeling av tjenester er det brukersens mulighet til å leve et fritt og selvstendig liv som vektlegges.²⁵ Utviklingen i antallet tjenestemottakere med vedtak om BPA kan derfor være en indikasjon på om rettighetsfokuset har økt.

Antall tjenestemottakere med tilbud om BPA er bare innrapportert til KOSTRA fra 2007. Utviklingen i BPA-brukere i denne perioden viser en sterk økning i flertallet av kommunene:

	2007	2008	2009	2010	2011	Økning i antall	Økning i prosent	Dekningsgrad 2011*
Bergen	88	83	98	98	96	8	9 %	4 %
Drammen	27	34	35	44	48	21	78 %	9 %
Kristiansand	34	34	36	41	37	3	9 %	5 %
Oslo	208	222	271	278	298	90	43 %	6 %
Sandnes	16	17	22	22	20	4	25 %	3 %
Stavanger	24	27	31	38	42	18	75 %	4 %
Trondheim	62	77	82	81	82	20	32 %	5 %

Figur 31: Utviklingen i antall tjenestemottakere med BPA i perioden 2007-2011. Dekningsgrad 2011 beregnet ift innbyggertall 0-66 år, multiplisert med en faktor 100. Kilde KOSTRA 2007- 2011

I Bergen og Kristiansand er antallet tjenestemottakere med BPA økt med 9 % i perioden, mens økningen for de øvrige kommunene ligger mellom 25 og 78 %.

Dekningsgraden er beregnet på 2011- nivå, i forhold til antall innbyggere under 67 år, multiplisert med en faktor 100. Drammen har den høyeste dekningsgraden, mens Bergen og Sandnes ligger lavest.

²⁵ Funksjonshemmedes interesseorganisasjoner har arbeidet for at brukerstyrt personlig assistanse skal rettighetsfestes. Individuell rettighetsfesting av BPA er foreløpig ikke vedtatt.

15 Vedlegg 2: Intervjuguide

Nedenfor vises intervju spørsmålene vi stilte ved kommune/bydelsbesøk og intervju. Som nevnt i kapittel 2.3 gjennomførte vi intervjuer med:

- kommunaldirektør/bydelsdirektør
- økonomirådgiver
- leder og saksbehandlere ved bestillerenhetene²⁶
- ledere for utførende enheter innenfor institusjonsomsorgen, hjemmetjenesten og tjenesten til utviklingshemmede
- tillitsvalgte

Spørreskjema - kostnader og gevinster ved bestiller-utfører-modellen	
Felles intervjuguide - spørsmålene ble tilpasset organisering og finansieringsmodell i den enkelte kommune/bydel	
Spørsmål som omhandler "Bestiller i Stort" og de overordnede aspektene ved bestiller-utfører-modellen	
1	Bidrar organseringen av bestiller-utfører-modellen i din kommune/bydel til at politisk og administrativ ledelse får riktig informasjon om behovet for tjenester (volum). Hvorfor/hvorfor ikke?
2	Bidrar bestiller-utfører-modellen til at det bestilles riktig type og riktig mengde tjenester på overordnet nivå (pleie- og omsorgstjenestene som helhet)
3	Bidrar organseringen av bestiller-utfører-modellen til at tjenestekjeden i din kommune/bydel utformes i henhold til LEON/BEON- prinsippet? Hvorfor/hvorfor ikke?
4	Bidrar bestiller-utfører-modellen til at det forebyggende perspektivet ivaretas i utformingen av tjenestekjeden i din kommune/bydel? Hvorfor/hvorfor ikke?
5	Bidrar organseringen av bestiller-utfører-modellen å sikre samsvar mellom økonomiske rammer og tildeling av tjenester? På hvilken måte?
6	Hva er deres vurdering av finansieringsmodellen dere har valgt i din kommune/bydel
7	Dersom dere har brukervalg - hvilke konsekvenser får det for bestiller-utfører-modellen?
8	Har din kommune/bydel hatt bedre eller dårligere budsjettkontroll etter innføringen av bestiller-utfører-modellen?
Oppsummerende spørsmål:	
9	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Organiseringen av bestiller-utfører- modellen i vår kommune/bydel bidrar til å gi politisk og administrativ ledelse riktig styringsinformasjon- Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse
10	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Finansieringsmodellene som er innført innenfor rammene av bestiller-utfører- modellen bidrar til god økonomisk styring i vår kommune/bydel. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse
11	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Bestiller-utfører- modellen bidrar til riktig bruk av kommunens/bydelens midler til pleie- og omsorgsmål. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse. På hvilken måte?
12	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Bestiller-utfører- modellen har bidratt til bedre ivaretagelse av brukernes rettsikkerhet.Svarskala 1-5. Be om begrunnelse. På hvilken måte?
Spørsmål som omhandler "Bestiller i smått" og tildelingen av tjenester	
13	Er skillet mellom bestiller og utfører tilstrekkelig avklart i din kommune/bydel? Hvorfor? Hvorfor ikke?
14	Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom bestillerenhet og utførere i tildelingen av tjenester?
15	Opererer dere med timefestede eller tjenestebeskrivende vedtak? Begge deler?
16	Hvordan er rutiner for endring av vedtak - Hva gjør bestiller? Hva gjør utfører? Hva kreves av dokumentasjon?
17	Dersom det ikke er samsvar mellom brukerens behov og tildelte tjenester- hva skjer da?
18	Dersom brukeren får mer enn det behovet tilsier- hva skjer da?
19	Hvor mye ressurser bruker bestillerenhet på administrering knyttet til finansieringsmodellen? Skjønsmessig vurdering. Oppgis som andel av årsverk.

²⁶ Her må det presiseres at Sandnes ikke har et like klart skille mellom hvem som er informanter fra bestiller og utfører i og med at utførere i hjemmetjenesten representerer både utfører og bestiller. Bestillerfunksjonen er representert ved leder og saksbehandlere som har ansvar for tildeling av langtidsplasser.

	Oppsummerende spørsmål:
20	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Organiseringen av bestiller-utfører- modellen i vår kommune/bydel bidrar til likebehandling av søkere/brukere. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse
21	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Organiseringen av bestiller-utfører- modellen i vår kommune bidrar til at pleie- og omsorgstjenester tildeles i henhold til LEON/BEON- prinsippet. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse. Etterspør hvordan det forebyggende perspektivet ivaretas
22	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Organiseringen av bestiller-utfører- modellen i vår kommune/bydel bidrar til helhetlig god forvaltning av ressursene? Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse
23	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Organiseringen av bestiller-utfører- modellen i vår kommune/bydel bidrar til at tjenester tildeles innenfor økonomiske rammer. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse
24	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Finansieringsmodellen vi har valgt i vår kommune/bydel påvirker tildelingen av tjenester. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse. På hvilken måte påvirkes den?
	Spørsmål som omhandler utfører og tjenesteleveransen
24	Er det tilstrekkelig avklart hvilken type og hvilken mengde tjenester som bestilles fra utfører?
25	Hvor går skillet mellom hjemmesykepleie og praktisk bistand/hjemmehjelp? Ivaretas personlig pleie kun av hjemmesykepleien?
26	Hvordan vil dere beskrive samarbeidet mellom bestiller i smått og utfører i tjenesteutførelsen?
27	Hvor mye ressurser bruker utfører på administrering knyttet til finansieringsmodellen? Skjønnsmessig vurdering. Oppgis som andel av årsverk.
28	Hvilken rolle spiller utfører i revideringen av vedtak? Hvordan kvalitetssikrer bestiller utførers tilbakemelding?
	Oppsummerende spørsmål:
29	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Organiseringen av bestiller-utfører- modellen i vår kommune/bydel bidrar til brukeren får den tjenesten han/hun har behov for. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse
30	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Organiseringen av bestiller-utfører- modellen i vår kommune/bydel bidrar til at tjenester utføres i henhold til økonomiske rammer. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse
31	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Pleie- og omsorgstjenester utføres i henhold til LEON/BEON- prinsippet i vår kommune/bydel. . Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse. Etterspør hvordan det forebyggende perspektivet ivaretas
32	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Organiseringen av bestiller-utfører- modellen i vår kommune/bydel bidrar til effektivitet i tjenesteutførelsen. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse. På hvilken måte?
33	Vi ber dere ta stilling til følgende påstand: Finansieringsmodellen som er innført innenfor rammene av bestiller-utfører- modellen bidrar til effektivitet i tjenesteutførelsen. Svarskala: 1-5. Be om begrunnelse. På hvilken måte?
	Avsluttende spørsmål:
34	Hva er de viktigste styrkene ved bestiller-utfører-modellen slik dere ser det?
35	Hva er de viktigste svakhetene ved bestiller-utfører-modellen slik dere ser det?
36	Hva er de viktigste kostnadene ved bestiller-utfører-modellen slik dere ser det?
37	Hva er de viktigste gevinstene ved bestiller-utfører-modellen slik dere ser det?
38	På hvilken måte påvirker bestiller-utfører-modellen kø og ventelister?
39	Hvordan påvirker bestiller-ufører- modellen effektiviteten i tjenestene, slik dere ser det?
40	Belønner bestiller-utfører-modellen en atferd hos medarbeidere (både hos bestiller og utfører) som reduserer, eller øker behovet for tjenester på sikt? I så fall - hvordan?
41	Medfører bestiller-utfører-modellen en behovsvurdering og tildeling av tjenester som i større grad er rettighetsbasert enn om man ikke hadde en slik modell? I så fall - hvordan?
42	Medfører bestiller-utfører-modellen økte eller reduserte incentiver for å satse på forebyggende arbeid? På hvilken måte?
43	Hva ville vært alternativet til bestiller-utfører-modellen, etter deres syn?

Figur 32: Intervjuguide brukt i runde to av intervjuene