

Ressurskrevende tjenester

Time kommune, 2024



INNHOOLD

Innhold	2
Oppdraget	4
Sammendrag	5
Kommunedirektørens kommentar	8
1. Innledning	9
1.1 Bakgrunn, formål og oppbygging av rapport.....	9
1.2 Metode	9
1.3 Begrepsavklaringer	10
1.4 Avgrensninger.....	12
1.5 Revisjonskriterier	12
2 Organisasjon	14
2.1 Organisasjonsstruktur	14
2.2 Organisering av tjenestetilbudet	15
2.2.1 Nærmere om ressurskrevende tjenester	15
2.2.2 Omorganisering og dagens praksis	15
3 Nøkkeltall.....	17
3.1 Bakgrunn og utgangspunkt	17
3.2 Nasjonale utviklingstrekk	18
3.3 Utviklingstrekk i Time kommune	21
3.3.1 Konsekvenser av ny nasjonal praksis.....	22
3.3.2 Lokale utviklingstrekk	24
3.3.3 Hovedtrekk og mulige forklaringsfaktorer.....	27
3.4 Hvem er mottakerne av ressurskrevende tjenester?.....	28
3.5 Vurdering av nøkkeltall og utvikling	30
4 Organisering og styring.....	33

4.1	Fra behov til tildeling.....	33
4.1.1	Lovkrav og revisjonskriterier.....	33
4.1.2	Arbeidsflyt og rutiner.....	35
4.1.3	Hva avgjør tildeling av tjenester?	39
4.1.4	Vurdering	40
4.2	Oppfølging og samarbeid.....	42
4.2.1	Lovkrav og revisjonskriterier.....	42
4.2.2	Strukturer for samarbeid	43
4.2.3	Vurdering	46
5	Hensyn til ulike brukere.....	49
5.1	Fakta.....	49
5.2	Oppsummering.....	50
6	Konklusjon.....	52
	Referanser.....	53

OPPDRAGET

<p><u>Bestilling:</u></p> <p>Kontrollutvalget i Time kommune bestilte 05.06.2023 en forvaltningsrevisjon om ressurskrevende tjenester.</p>	<p><u>Problemstillinger:</u></p> <p>Hvordan er oppfølgingen av brukere med ressurskrevende tjenester organisert og styrt?</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvordan blir tjenestetildeling til ressurskrevende brukere håndtert?• Hvilke vurderinger ligger til grunn for utforminga av tilbudet?• Hvilke instanser er involvert i oppfølgingen?• Hvordan fungerer samarbeidet mellom instansene? <p>I hvilken grad opplever de ansatte at de klarer å balansere hensyn til brukere av ressurskrevende tjenester med hensyn til andre tjenestemottakere?</p>
<p><u>Formål:</u></p> <p>Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan kommunens oppfølging av brukere med ressurskrevende tjenester fungerer.</p>	

Forvaltningsrevisjonen har vært ledet og utført av forvaltningsrevisor Øystein Lundestad, med bidrag fra forvaltningsrevisor Bjørghild Undheim og forvaltningsrevisor Håvard Aarvik-Hansen. Arbeidet og rapporten er kvalitetssikret av oppdragsansvarlig innen forvaltningsrevisjon, Svein Kvalvåg. Revisjonen har fulgt Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

SAMMENDRAG

På oppdrag fra kontrollutvalget i Time kommune har Rogaland Revisjon IKS i 2024 gjennomført en forvaltningsrevisjon av ressurskrevende tjenester i kommunen. Formålet har vært å undersøke hvordan kommunens oppfølging av brukere med ressurskrevende tjenester fungerer. De viktigste funnene våre er:

- Time kommune har en hensiktsmessig organisering og styring på området
- Tilbudet framstår som fungerende, faglig fundert og brukerorientert, med stort sett gode rutiner og strukturer for samarbeid (internt og eksternt)
- Ansatte evner i stor grad å balansere ulike hensyn til ulike brukere
- Området har nasjonalt en betydelig kostnadsvekst. Dette gjelder også for Time kommune, men veksten er her lavere enn snittet i landet ellers

Hovedinntrykk

Overordnet vurderer vi at Time kommune har en god og hensiktsmessig tilnærming til sitt arbeid med ressurskrevende tjenester. Vi mener at kommunen har etablert en fungerende, faglig fundert og brukerorientert praksis ved både håndtering og utforming av tjenestetilbud. Organiseringa er lagt opp på en måte som skal sikre at alle mottakere får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Her framstår de organisatoriske endringene i 2019 som viktige: Kommunen opprettet da Teneste- og samordningskontoret (TSK) som en felles saksbehandlende og koordinerende enhet. Dette gir i dag kommunen bedre oversikt og styring, samt forutsetninger for likebehandling og større grad av forutsigbarhet for søkere og tjenestemottakere.

Faglige vurderinger virker å ligge til grunn for vedtak og oppfølging. Ettersom antallet mottakere av ressurskrevende tjenester er såpass begrenset (2023: 32 personer), er det anledning til stor grad av persontilpasning, med utgangspunkt i den enkelte bruker og vedkommendes behov.

Den enkelte brukers stemme og perspektiv bør imidlertid i større grad framkomme i vedtak og saksforberedende dokumenter. Vår gjennomgang av aidentifiserte vedtak og saksdokumenter til et mindre utvalg mottakere (n=10) tilsier at dette ikke alltid kommer like tydelig fram.

I intervju framkommer det at kommunen har rutiner for å sørge for at den enkelte mottakeren blir spurt hva som er viktig for vedkommende i utforming av tjenestetilbud. Denne informasjonen bør i større grad framkomme i sakens dokumenter. Kommunen bør også vurdere om selve vedtakene i større grad skal inneholde faglige begrunnelser for ulike valg og vurderinger – dette synes i dag å framkomme av andre dokumenter i saken heller enn av vedtaket.

Vi vurderer at kommunens samarbeid mellom de ulike instansene på området stort sett fungerer godt. Fra kommunens side gjelder dette samarbeidet både med de interne (innad i kommunen) og de eksterne aktørene (blant andre spesialisthelsetjenesten og eksterne leverandører av botilbud).

Kommunen har en etablert struktur eller rutine for samarbeidet, men opplever iblant manglende forståelse fra enkelte eksterne om avdelingers rolle og myndighet i deres oppfølging av brukere. Kommunen løser dette selv fortløpende. Kommunen har begrenset med dokumentasjon av antall

og type timeverk som utføres av eksterne leverandører av tilbud (heldøgnsplasser). Vi anbefaler kommunen å skaffe seg bedre oversikt over dette, både av hensyn til brukeren og til kommunens oppfølging av vedkommende og senere refusjonskrav.

Forvaltningsrevisjonen har også undersøkt ansattes opplevelser av ulike brukerhensyn i deres daglige arbeid. Ut fra våre undersøkelser vurderer vi at de ansatte i stor grad evner og makter å balansere hensyn til brukere av ressurskrevende tjenester med hensyn til andre tjenestemottakere. Ansatte opplever at brukere mottar faglig gode tilbud i tråd med vedtak.

Ressursbruk og risiko

I 2023 hadde Time kommune 32 mottakere av ressurskrevende tjenester, dvs. personer som kvalifiserte for refusjon i den statlige tilskuddsordningen. Ordningen gir 80 % refusjon for direkte netto lønnsutgifter over en terskelverdi (2023: 1 608 000 kr). Oversikter fra ansvarlig myndighet (Helsedirektoratet) viser at kommunen dette året hadde nettoutgifter på 123,9 millioner kr. I tråd med kriteriene for ordningen fikk kommunen etterbetalt tilskudd for 57,9 millioner kr (46,8 %).

De siste ti årene har antall mottakere i kommunen økt med 23,1 %, mens kostnadene har økt med 60,5 % (nettoutgifter som inngår i refusjonsgrunnlaget). Tall fra kommunens årsrapport for 2023 tilsier at ressurskrevende tjenester står for 17 % av samlede netto driftsutgifter på tjenesteområdet helse og velferd (og 6,1 % av hele kommunebudsjettet). Kommunens utgifter til ressurskrevende tjenester er svært høye og voksende; samtidig er kostnadsveksten klart høyere i resten av landet.

Vi mener at Time kommune ikke står overfor ei særegen utvikling, med et lokalt betinget utfordringsbilde: Vi ser heller «bare» den lokale varianten av noe som er ei nasjonal utvikling på området, med sterk vekst i antall mottakere og enda sterkere vekst i kostnadene. Dette henger blant annet sammen med økte rettigheter, krav og forventinger til oppfølging, samt medisinsk utvikling.

Etter vår vurdering er det likevel viktig for kommunen å følge godt med på kostnadsutvikling og utvikling i antall brukere. Omfattende behov og høye kostnader gjør at ressurskrevende tjenester representerer en risiko for kommunens økonomi. Tre forhold kan her særlig nevnes: Kommunen har a) en stabil og forholdsvis ung brukergruppe som vil trenge tjenester i mange år framover, b) svært høy og økende ressursbruk de siste årene, og c) et kostnadsnivå som utgjør en stor del av de samlede utgiftene til helse- og velferdstjenester i kommunen.

Vår vurdering er at administrasjonen er bevisst omfanget av ressursbruken og utviklinga på området. Likevel mangler tilsynelatende kommunen en praksis for systematiske gjennomganger og prognoser for forventet behovs- og kostnadsutvikling på området. Vi anbefaler derfor en mer systematisk tilnærming til forventet behovs- og aktivitetsnivå for de ressurskrevende tjenestene, slik at man er best mulig forberedt for framtidig ressursbruk. Dersom dagens utvikling fortsetter, vil behovene øke betydelig og bli krevende for kommunen, også i årene som kommer.

Anbefalinger

1. Kommunen bør vurdere å ha ei mer aktiv og systematisk tilnærming til forventet behovs- og aktivitetsnivå, slik at den best mulig kan ta høyde for framtidig ressursbruk på området, jf. [kap. 3.5](#).

2. Kommunen må sørge for bedre dokumentasjon av brukerens stemme og perspektiv i vedtak og/eller saksinnstilling/begrunnelse, jf. [kap. 4.1](#).
3. Kommunen bør vurdere om en i selve vedtakene skal legge mer vekt på å synliggjøre faglige begrunnelser for ulike valg og vurderinger, jf. [kap. 4.1](#).
4. Kommunen bør vurdere å skaffe seg bedre dokumentasjonsgrunnlag for timeverk utført av eksterne leverandører, jf. [kap. 4.2](#).

Høringsrunde

Et tidligere utkast av rapporten var på høringsrunde i kommunens administrasjon i september 2024. Som i andre forvaltningsrevisjoner: I den anledning ble også kommunedirektøren bedt om en kommentar til rapporten. Denne følger etter sammendraget, under en egen overskrift.

Takk til alle i Time kommune som har bidratt med informasjon til revisjonen og med innspill i rapportens høringsrunde. En særlig takk til rådgiver Rita Ueland for alt arbeid med å ferdigstille og oversende dokumenter. Det som måtte gjenstå av faktafeil i rapporten står for utførers regning.

KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Forvaltningsrevisjonen har som formål om å undersøke korleis Time kommune fylgjer opp innbyggjarar som mottok ressurskrevjande tenester.

Kommunedirektøren er nøgd med at rapporten bekreftar at det var et godt strategisk val og oppretta Teneste -og samordningskontoret i 2019. Kommunedirektøren veit at tenestekontoret har arbeidd mye med å profesjonalisera tenestetildelinga, og sikra godt samarbeid med avdelingane som yt tenestene til innbyggjarane. Det er difor gledeleg at forvaltningsrevisjonen framhevar at Time kommune har ei hensiktsmessig organisering, gode rutinar som er fagleg forankra og god styring.

Det er ei utfordring at 32 tenestemottakarar nyttar 17 % av dei samla netto driftsutgiftene til tenestemrådet Helse og velferd. Dette har Helse og velferd hatt stor merksemd på og det vert arbeidd systematisk med å nytta ressursar på tvers til nytte for fleire innbyggjarar.

Kommunedirektøren vurderer at dette kan vera litt av forklaringa på at Time kommune har lågare kostnadsvekst enn landet knytt til ressurskrevjande tenester.

Ordninga for ressurskrevjande tenester har stor betydning for kommunane. Det er krevjande at den kommunale eigenandelen har auka og at innslagspunktet for ordninga er heva. Kommunen ser ei utvikling der fleire innbyggjarar har tenestebehov som ligg rett under innslagspunktet for ordninga. Dette gjer at kommunane bind opp mykje meir ressursar på få innbyggjarar, enn det som kjem fram i statistikken. Det at ordninga for refusjon for ressurskrevjande tenester ikkje gjeld for innbyggjarar over 67 år, er ei utfordring når levealderen stig i befolkninga.

Kommunedirektøren sluttar seg til anbefalingane frå forvaltningsrevisjonen om kva kommunen skal arbeida med i fortsettinga.

Kommunedirektøren vil takka alle tilsette som har bidratt i arbeidet og Rogaland revisjon for et godt samarbeid i heile prosessen.

1. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN, FORMÅL OG OPPBYGGING AV RAPPORT

Bakgrunnen for denne forvaltningsrevisjonen er ei bestilling fra kontrollutvalget i Time kommune 5. juni 2023. Kontrollutvalget vedtok her å bestille et utkast til et prosjektmandat fra Rogaland Revisjon IKS om ressurskrevende tjenester innen helse og omsorg og barnevern.

Til kontrollutvalgets neste møte 11. september forelå et utkast til prosjektmandat (jf. sak 26/23). Det ble her anbefalt å avgrense prosjektet til ressurskrevende tjenester innenfor helse og omsorg, og ikke inkludere barnevern i undersøkelsene. Rogaland Revisjon anbefalte dette for å ha et bedre vurderingsgrunnlag i rapporten: De to områdene er regulert av ulike lovverk og instanser, i tillegg til at kompleksitet og utfordringsbilde også er ulike.

Kontrollutvalget i Time kommune vedtok i møtet å bestille prosjektet i tråd med dette. Bestilling, formål og problemstillinger fra mandatet er også gjengitt ovenfor, under overskrifta «Oppdraget».

Som avtalt: Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan kommunens oppfølging av brukere av ressurskrevende helse- og omsorgstjenester fungerer. For å vurdere dette er det formulert ulike problemstillinger og revisjonskriterier til bruk i undersøkelsene.

Rapporten er bygget opp rundt denne strukturen: Først presenteres bakgrunn, metode, begreper, avgrensninger m.m. i et innledende kapittel 1. Deretter gir kapittel 2 en oversikt over kommunens organisering av sine helse- og omsorgstjenester. I kapittel 3 presenterer vi nøkkeltall om siste års utvikling i ressursbruken på området, både lokalt og nasjonalt. Disse kapitlene vil gi oss et godt grunnlag for å undersøke problemstillingene i oppdraget. Flere fakta og våre vurderinger blir gitt i kap. 4 og 5, før revisjonens konklusjon og samlede anbefalinger følger i et avsluttende kap. 6.

1.2 METODE

Rapportens metodebruk omfatter dokumentgjennomgang, intervju og statistiske analyser. Dette datamaterialet består av blant annet styringsdokumenter, saksdokumenter, notater og innrapporterte skjema og oversikter. Utover regnskapstall og egne intervjunotater er materialet enten oversendt av Time kommune eller er offentlig tilgjengelig fra andre kilder.

I tråd med oppdragets prosjektmandat er det gjort ei overordnet kartlegging av alle mottakere av ressurskrevende tjenester i kommunen de siste årene. Vi har her foretatt en gjennomgang av kommunens innrapporteringsskjema til Helsedirektoratet. Disse skjemaene inneholder nærmere opplysninger om mottakerne og er grunnlaget for utbetaling av refusjon i den statlige ordningen. Denne kartlegginga gir oss en bedre oversikt over hvem mottakerne er, og er framstilt i kap. 3.4.

Vi har i forlengelsen av dette også gått gjennom et antall aidentifiserte enkeltvedtak på området, for å se på utforming av vedtak, tilbud, begrunnelse osv. Vi fikk her oversendt dokumenter fra de ti siste mottakerne av ressurskrevende tjenester i kommunen. Disse har blitt gjennomgått og kategorisert ut fra faglig beslutningsgrunnlag, brukerstemme og -perspektiv, samt ulike formalia. Denne gjennomgangen er presentert i kap. 4.1.3.

I tillegg inngår informasjon fra kvalitative intervju med elleve ansatte valgt ut basert på rolle, oppgaver og ansvar på området. Intervjuene er gjennomført som såkalt semistrukturerte intervju, med et forhåndsdefinert sett av spørsmål. De gir en grunnleggende struktur, som sikrer at de viktigste temaene blir dekket, samtidig som de gir de mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål og utforske interessante temaer som dukker opp i samtalen.

For å sikre bredde og dybde i informasjonsgrunnlaget ble det gjennomført fysiske intervju ved to av kommunens avdelinger hvor det er forholdsvis mange mottakere av ressurskrevende tjenester: Foren burettslag og Svertingstad bufellesskap. Disse to avdelingene hører hhv. til virksomhetene «miljøtenesten» og «psykisk helse og rusarbeid». Dette er virksomhetene med flest mottakere av ressurskrevende tjenester i kommunen. (For nærmere oversikt over organisasjonen, se kap. 2.)

Mange av de samme spørsmålene er stilt til alle informanter, med noen tilpasninger ut fra ulike roller og oppgaver. Intervju med ansatte i de to avdelingene ble gjennomført som gruppeintervju. Øvrige intervju er gjennomført som individuelle samtaler. Alle intervju er nedtegnet i notatform og er i ettertid verifisert av informanten.

Datamaterialet er gått gjennom og analysert av Rogaland Revisjon i lys av problemstillingene. Noen data er fulgt opp og nærmere ettergått i intervju eller annen, senere korrespondanse. Utover dette er materialet analysert ut fra standard metodebruk for tekst- og tallmateriale. Vurderinger av relevans, representativitet, metodiske utfordringer osv. framkommer i de enkelte kapitlene.

Utvalget av informasjon som inngår i rapporten er gjort av Rogaland Revisjon, ut fra selvstendige vurderinger. I «Referanser» helt til slutt er det en oversikt over all kildebruk i rapporten, inkludert intervjuiste.

1.3 BEGREPSAVKLARINGER

To begreper i rapporten er viktige å definere først som sist. Dette handler om a) den statlige tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester, og b) hva og hvem disse tjenestene omfatter.

a) Den statlige tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester

Finansiering av kommuners helse- og omsorgstjenester skjer i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter (skatteinntekter og rammetilskudd). Rammefinansiering benyttes som en ordning som både er kostnadseffektiv og gir kommunen handlingsrom, blant annet fordi kommunen får beholde gevinsten ved ev. kostnadsreducerende tiltak, og kan prioritere mellom ulike formål og virkemidler (innenfor lovpålagte krav).

Samtidig har det siden 2004 vært en statlig tilskuddsordning for «særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester». Denne tilskuddsordningen gjør at kommuner kan søke refusjon for deler av direkte netto lønnsutgifter de har til disse tjenestene, og er dermed utformet som et supplement til kommunens frie inntekter. (I stortingsforhandlingene ved innføring av ordningen ble dette også omtalt som «toppfinansiering», jf. Innst. S. nr. 259 (2002-2003)).

Formålet med tilskuddsordningen er å legge til rette for at alle kommuner skal kunne gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. I de tilfellene hvor kommunen yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere, kan

derfor kommunen søke om delvis refusjon for sine lønnsutgifter. Det er ingen avgrensninger med tanke på diagnose eller type lidelse hos tjenestemottakeren.

Ordningen sørger for at kommunene gis mulighet til å få refundert deler av sine utgifter, noe som blant annet er viktig for ressursfordelingen mellom kommunene. Ordningen tar dermed høyde for svingninger fra år til år og ulike tjenestebehov mellom kommunene. For kommuner som har høye kostnader på grunn av mange tjenestemottakere som er særlig ressurskrevende, er ordningen et viktig bidrag for å redusere kommunens samlede kostnadsnivå på området.

Regelverket er lagt opp slik at kommunene får kompensasjon for innbyggere som har krav på og mottar særlig ressurskrevende tjenester. Kommunene får iht. ordningen refusjon for 80 prosent av direkte netto lønnsutgifter til helse- og omsorgstjenester som overstiger et nærmere fastsatt beløp (innslagspunkt). Procentsatsen har vært den samme siden 2009, mens innslagspunktet høynes noe hvert år. I 2023 var innslagspunktet 1 608 000 kr, opp fra 1 526 000 kr året før. Kommunene kan dermed søke om og få refusjon for 80 prosent av sine netto lønnskostnader over dette beløpet.¹

Netto lønnskostnader er lønn til ansatte og tilhørende sosiale kostnader, fratrukket øremerkede tilskudd og tilskudd gjennom inntektssystemet. Tilskuddsordningen omfatter tjenestemottakerne til og med det året de fyller 67 år.² I refusjonsgrunnlaget inngår kommunens direkte lønnsutgifter knyttet til bestemte typer helsetjenester³, sosialtjenester⁴ og omsorgstjenester⁵.

Fra 2021 innførte staten en tilleggskompensasjon for kommuner som har under 3200 innbyggere, høye utgifter på området og skatteinntekter under 120 prosent av landsgjennomsnittet siste tre år. Ettersom innbyggertallet nødvendigvis utelukker Time kommune fra denne kompensasjonen, går vi ikke nærmere inn på dette.

Fra neste år vil det bli en omlegging av dagens tilskuddsordning, i sammenheng med nedvekting av det såkalte PU-kriteriet i kommunenes inntektssystem. For å kompensere for dette vil staten heve tilskuddsordningens innslagspunkt. I tillegg endres strukturen for beregning av kommunens egenandel på 20 prosent av utgiftene over innslagspunktet.⁶

b) Nærmere om begrepet «ressurskrevende tjenester»

Som påpekt også i revisjonens mandat: Begrepet «ressurskrevende tjenester» viser altså til tjenester innen helse- og omsorgssektoren hvor enkeltmottakere har et særlig ressurskrevende

¹ For en god oversikt og en kritisk gjennomgang av ordningen som helhet, se KS (2023). For en nærmere oversikt over ordningen og tildelingskriterier for 2023, se Helsedirektoratet (2024).

² Personer over 67 år er altså ikke omfattet av ordningen, selv om ressursbruken skulle overstige innslagspunktet. Administrasjonen i Time kommune oppgir at en får dekket noen av utgiftene til denne gruppa via en søknads- og skjønnsbasert særordning hos Statsforvalteren, hvor en også kan få midler for å dekke høye utgifter innenfor blant annet språkopplæring, eldreomsorg m.m. Dette er ei ordning for å støtte kommunene på enkeltområder fra år til år, uten standardiserte satser.

³ KOSTRA 232, 233, 241.

⁴ KOSTRA 242, 243, 273.

⁵ KOSTRA 234, 253, 254.

⁶ Vi går her ikke nærmere inn på endringene. For detaljer, se Prop. 102 S (2023-2024) Kommuneproposisjonen 2025, kap. 18, jf. Innst. S 440 (2023-2024). For øvrig stemte Stortinget her ned et representantforslag om å avvikle den øvre aldersgrensa i ordningen (forslag 17), mens ei komitétilråding om blant annet å evaluere omlegginga av ordningen ble enstemmig vedtatt (vedtak 815). Nytt innslagspunkt vil bli fastsatt i høstens statsbudsjett.

tilbud fra kommunen.⁷ På grunn av omfanget, kompleksiteten og/eller intensiteten i omsorgen som gis til enkeltmottakere krever disse tjenestene betydelige mengder personell, tid, utstyr og/eller økonomiske ressurser. Det er viktig å understreke at kommunen kun får refusjon for direkte, netto lønnsutgifter som ligger over det til enhver tid gjeldende innslagspunktet.

Dette innebærer at «ressurskrevende tjenester» pr. definisjon er helse- og omsorgstjenester hvor kommunens netto lønnskostnader pr. bruker overskrider et fastsatt beløp (innslagspunktet). Det er også slik Time kommune bruker begrepet, blant annet i årsrapport og i annen dokumentasjon som er oversendt Rogaland Revisjon. Som nevnt kompenseres staten 80 prosent av kommunens netto lønnsutgifter over innslagspunktet, som i 2024 var satt til 1 608 000 kr pr. bruker.

Når rapporten omtaler «ressurskrevende tjenester», viser altså dette til tilfeller hvor kommunens lønnskostnader pr. tjenestemottaker overskrider innslagspunktet. Som hovedregel er derfor andre tjenestemottakere ikke tema for vår gjennomgang, selv om det samlede kostnadsnivået også her kan være høyt (men altså under innslagspunktet).

Enkelte henvisninger vil likevel bli gitt der dette vurderes som relevant. Dersom ikke annet er oppgitt, vil «ressurskrevende tjenester» i det følgende kun vise til tjenester som kvalifiserer for å motta refusjon iht. kriteriene i den statlige tilskuddsordningen.

1.4 AVGRENSNINGER

Undersøkelsen er rettet mot ressurskrevende tjenester innenfor helse- og omsorgsfeltet i Time kommune, nærmere bestemt tilfeller hvor kommunens netto lønnskostnader pr. tjenestemottaker overstiger innslagspunktet på 1 608 000 kr/år. I 2023 var det 32 mottakere som lå over denne grensa og som kommunen dermed fikk statlig refusjon for.

I all hovedsak er derfor undersøkelsen avgrenset opp mot dette innslagspunktet (ressursbruk og tjenestemottakere). Som det framgår av begrepsdefinisjonen over, er innslagspunktet knyttet til et nærmere utvalg tjenestetyper, jf. oppgitte KOSTRA-funksjoner. Tjenester som føres på andre funksjoner eller som kommunen gir uten vedtak omfattes følgelig ikke, for eksempel oppfølging fra skole, fastlege eller helsestasjon.

Videre er det i tjenestetilbudet mulig å skille mellom tjenester til hjemmeboende og tjenester til innbyggere som bor i kommunal bolig eller institusjon. Dette er ikke gjort gjenstand for nærmere undersøkelser. I rapporten er oppmerksomheten rettet mot mottakere av særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester, uavhengig av deres bosituasjon.

1.5 REVISJONSKRITERIER

Revisjonen er gjennomført i henhold til oppdraget og Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). En viktig del av dette er å gjennomføre revisjonen i tråd med nærmere definerte revisjonskriterier.

⁷ Kommunen får og refundert tilsvarende utgifter dersom tilbudet gis av private aktører (iht. avtale med kommunen).

Revisjonskriterier er elementer som inneholder krav, normer eller forventninger, og vil bli brukt til å vurdere funn i de undersøkelsene som gjennomføres. Kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, for eksempel lovverk og politiske vedtak. Revisjonskriterier som er utledet av lov, forskrift og interne retningslinjer og lignende er *skal*-krav, mens revisjonskriterier som er utledet av forskning og lignende er *bør*-krav.

Revisjonskriteriene er utledet av følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinatør
- Prop. 100 L (2020–2021) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)
- Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (Helsedirektoratet 2017)
- Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 11. februar 2019)

Hver problemstilling i oppdraget er dermed vurdert opp mot nærmere definerte revisjonskriterier. Disse framkommer i starten av hvert kapittel av rapporten, og utgjør standarden som kommunens praksis måles opp mot.⁸ Rapportens funn og anbefalinger tar også utgangspunkt i disse kriteriene.

⁸ Dersom problemstillingene ikke er normative, men er rent deskriptive og kun skal *beskrive* kommunens praksis på et område, vil det ikke følge krav, normer eller forventninger til disse. Det er da heller ikke utledet revisjonskriterier, som i kap. 5 i denne rapporten.

2 ORGANISASJON

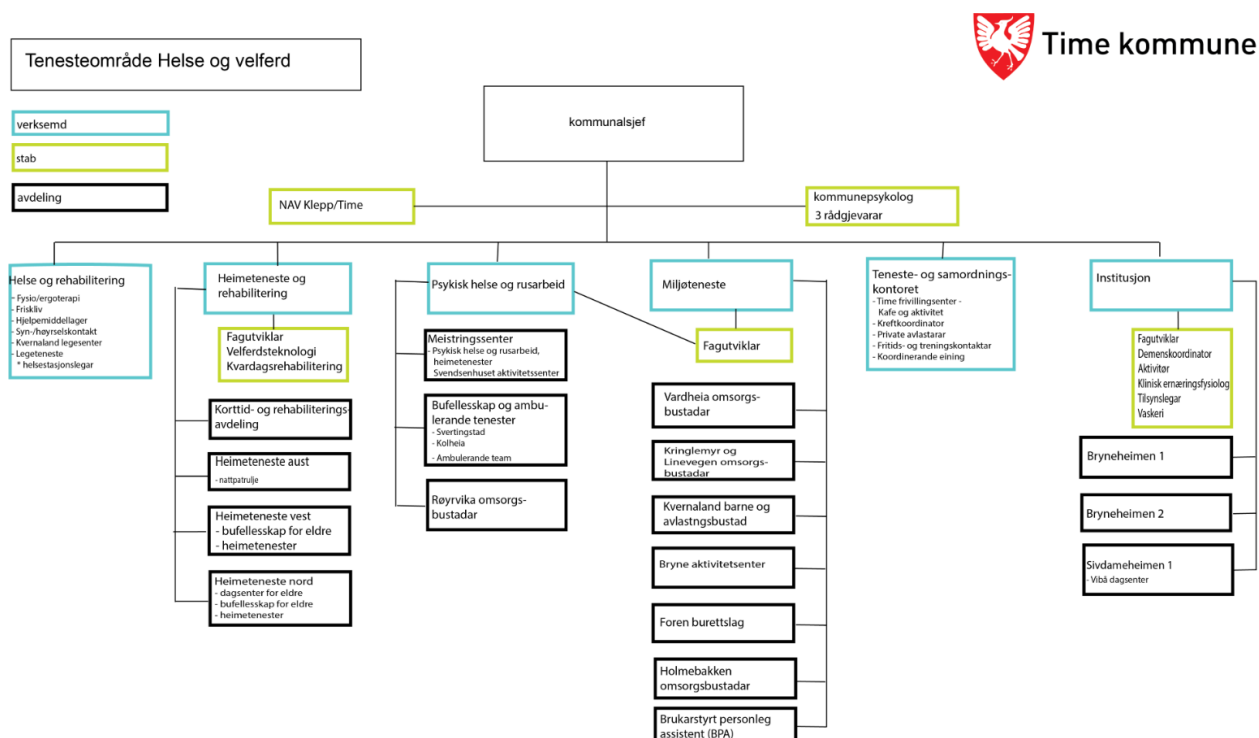
Dette kapittelet gir en overordnet beskrivelse av kommunens organisering av eget tjenestetilbud på området. Først presenteres kommunens organisasjonskart for tjenesteområdet helse og velferd, under ledelse av kommunalsjef. Deretter gis nærmere beskrivelser av hvordan de ressurskrevende tjenestene i Time kommune forholder seg til denne organiseringa, og hvordan dette innebærer en endring fra tidligere praksis, etter en omorganisering i 2019.

Kapittel 2 er kun ment å gi et første, overordnet bilde av organisasjonsstrukturen. Vi vil i et senere kapittel (kap. 4) skissere et flytskjema for kommunens tildeling av tilbudet til mottakere av ressurskrevende tjenester. Det vil her også bli vist til sentrale interne og eksterne instanser som er involvert i tilbudet til den aktuelle gruppa.

Vi går der nærmere inn på hva dagens organisering betyr for tjenestetilbudet mer konkret, hvorvidt det er hensiktsmessig innrettet osv. Fakta, vurderinger og anbefalinger knyttet til denne typen forhold vil først framkomme der.

2.1 ORGANISASJONSSTRUKTUR

Kommunens organisasjonskart for tjenesteområdet helse og velferd ser i skrivende stund⁹ slik ut:



⁹ Hentet fra kommunens nettsider 6. august 2024 (lenke med bedre oppløsning er tilgjengelig [her](#))

Kartet gir en fullstendig oversikt over virksomheter, stabsfunksjoner og avdelinger som ligger til tjenesteområdet helse og velferd, under ledelse av kommunalsjef. Kommunalsjef helse og velferd er igjen underordnet og rapporterer til kommunedirektør, som er øverste administrative leder.

2.2 ORGANISERING AV TJENESTETILBUDET

2.2.1 NÆRMERE OM RESSURSKREVENDE TJENESTER

Naturlig nok er ikke «ressurskrevende tjenester» et eget tjenestetilbud som er avgrenset til én virksomhet, stabsfunksjon eller avdeling på tjenesteområdet. Som det framgår av definisjonene i kap. 1.3: «Ressurskrevende tjenester» handler om brukere med en samlet ressursbruk som utløser statlig refusjon pga. høye netto lønnsutgifter for kommunen. Tjenestene er altså ikke knyttet til ett sett av diagnoser, helse- og velferdstjenester eller brukere.

Tjenestetilbudet til ressurskrevende brukere omfatter dermed flere virksomheter, stabsfunksjoner og avdelinger. Mange i den aktuelle gruppa blir fulgt opp av avdelinger innenfor virksomhetene miljøtjenesten og/eller «psykisk helse og rusarbeid». (Som påpekt i metodedelen: For å ha et best mulig informasjonsgrunnlag og for å dekke begge virksomhetene, gjennomførte vi intervju med avdelingsleder og ansatte ved en enhet hver, hhv. Foren burettslag og Svertingstad bufellesskap.)

Grad og omfang varierer fra mottaker til mottaker, avhengig av behovet. Dette krever et samarbeid mellom ulike enheter ikke bare innad i tjenesteområdet, men også instanser utenfor tjenesteområdet, blant dem både offentlige og private aktører. En nærmere oversikt over antall og omfang av tilbudet til brukere med ressurskrevende tjenester er gitt i kap. 3 om nøkkeltall.

Nedenfor følger en overordnet beskrivelse av hvordan kommunen har innrettet seg i organisering og styring av tjenestetilbudet til ressurskrevende brukere. Ei omorganisering på tjenesteområdet i 2019 har vært sentral for dagens praksis.

2.2.2 OMORGANISERING OG DAGENS PRAKSIS

På oppdrag fra Time kommune leverte konsultentselskapet Agenda Kaupang i 2019 sin rapport «Drifts- og ressursanalyse innen pleie og omsorg». Ei av anbefalingene i denne rapporten var at kommunen burde etablere et felles saksbehandlings- og tildelingskontor for vedtak på området. På dette tidspunktet lå oppgaven med søknadsbehandling til de ulike fagteamene i de respektive tjenesteområdene, en praksis som de fleste kommuner har gått bort fra i senere tid.

Begrunnelsen gitt i rapporten var blant annet følgende, med henvisning til tilsvarende endringer i mange andre kommuner:

Bakgrunnen for mange kommuners valg ved å samle saksbehandlingen og etablering av en felles tildelingsenhet er å sikre mer profesjonell saksbehandling, mer rettferdig tildeling og større grad av lik praksis, større rettsikkerhet ved at formelle rutiner er ivaretatt og en mindre grad av sammenblanding av ulike roller (Agenda Kaupang 2019: 44)

Andre momenter som talte for endring var: mer helhetlig saksbehandling, mer relevant og riktig tildeling av tjenester, og unngå fragmentering av ansvar for saksbehandling og tildeling (jf. *ibid.*).

Time kommune opprettet samme år et tjeneste- og samordningskontor, i tråd med anbefalinga. Kontoret har vært operativt siden 2019. Det er en egen virksomhet, ledet av en virksomhetsleder som rapporterer til kommunalsjef og som inngår i kommunalsjefens ledergruppe.

Søknadsbehandling, tildeling og samordning av ressurskrevende tjenester går dermed gjennom kommunens tjeneste- og samordningskontor (TSK), i likhet med andre søknader innenfor helse- og velferdsområdet. Oppfølging av vedtak og av tjenestemottakere ligger deretter til de relevante virksomhetene og avdelingene i kommunen som mottakeren får tilbud fra. For å sikre et enhetlig tjenestetilbud er TSK etablert som kommunens koordinerende enhet på området. TSK har også en egen systemkoordinator som har dette i oppgave.

Vi har i samtale med administrasjonen etterspurt hvordan kommunens finansiering og økonomisk tilskuddsmodell på området er innrettet. Svaret her er at avdelingene får økonomisk tilskudd og er «dimensjonert» for å dekke et nærmere bestemt antall mottakere og tilhørende ansattårsverk.

Dersom ei avdeling X består av en boenhet som er lagt opp til å ha Y personer med behov for Z ansattårsverk, får avdelinga «hjemler» og budsjettmessige midler tilsvarende dette. Størrelsen på tilskuddet er tilpasset ulik kompetanse og ulik lønn for ulike stillinger, ut fra kravene i vedtakene. Ved endringer i brukergruppa underveis i året – for eksempel ved vedtaksendring eller flytting – kan det bli aktuelt å gjøre endringer i ansattes oppgaver, i enkelte tilfeller også av arbeidssted.

Dette er en helt overordnet beskrivelse av kommunens organisering og oppfølging.

Antall mottakere, kostnader, tilskudd, utviklingstrekk m.m. blir beskrevet i kap. 3 om nøkkeltall. Nærmere detaljer om fordeling av mottakere av ressurskrevende tjenester blant kommunens ulike virksomheter blir gitt i kap. 4, sammen med beskrivelser av arbeidsflyt og rutiner ved tildeling av tjenester. Der gir vi også våre vurderinger av hvordan kommunens organisering, styring, oppfølging, samarbeid osv. fungerer. Avveininger av hensyn til ulike brukere er presentert i kap. 5.

3 NØKKELTALL

3.1 BAKGRUNN OG UTGANGSPUNKT

Kommunens egne oversikter viser at Time kommune har hatt et forholdsvis stabilt antall brukere av ressurskrevende tjenester de siste årene. Tabellen under er hentet fra kommunens årsrapporter og viser antall mottakere av ressurskrevende tjenester de siste fem årene.¹⁰

Tabell 3.1. Antall mottakere av ressurskrevende tjenester

Ressurskrevende tjenester	2019	2020	2021	2022	2023
Antall personer over innslagspunktet pr. år	33	31	33	34	32

Kilde: Time kommune (2022 og 2023)

Samtidig viser årsrapporten til at kommunens utgifter på området er høye: Tall for 2023 tilsier at ressurskrevende tjenester står for 17 % av samlede netto driftsutgifter på tjenestområdet helse og velferd (og 6,1 % av hele kommunebudsjettet), og at utgiftene øker (jf. Time kommune 2023).¹¹

Utviklinga er omtalt slik: «Det er ei jamn auke i ressurskrevjande tenester. Kommunen kan søka Helsedirektoratet om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter. Det er ei utfordring at personar over 67 ikkje er omfatta av denne ordninga og at innslagspunktet for refusjon vert auka» (ibid., s. 53).

Det er her verdt å understreke at kommunal ressursbruk ikke bare handler om penger, men også om personal. Også fagansatte er en begrenset ressurs i kommune-Norge, og ressurskrevende tjenester tilsier som oftest et tilsvarende høyere antall ansatte pr. mottaker.¹² Dette har naturlig nok følger for tilgangen på fagansatte i det øvrige helse- og velferdstilbudet i Time kommune.

Et annet forhold som også legger beslag på begrensede kommunale ressurser, er kapasitet og andre fysiske forutsetninger som kreves for å gi lovpålagt tilbud. Som det framkommer i intervju og vi kommer tilbake til senere i rapporten: Her har ikke kommunen nødvendige/egne lokaler til alle brukeres ulike behov. Kommunen har derfor inngått avtale med både private leverandører og Hå kommune for å tilby riktig tilpassede og tilstrekkelig antall plasser.

Tabell 3.2 nedenfor viser antall heldøgns plasser kommunen har kjøpt hvert av de siste fem årene, som gjengitt i årsrapporten (jf. Time kommune 2023, s. 110):

¹⁰ Tabellen stammer fra tall i kommunens årsrapport 2023 (med tall for 2019 hentet fra rapporten fra 2022 – gjelder også tabell 3.2 nedenfor). Antall personer i 2023 i tabell 3.1 er rettet fra 34 til 32, etter at en så at to brukere ikke var over innslagspunktet for refusjon. Se kap. 3.2 og 3.3 for nærmere detaljer om nasjonale og lokale utviklingstrekk.

¹¹ Årsrapporten inneholder også tabeller over utgifter pr. mottaker. Ettersom tallmaterialet også omfatter noen andre brukere enn dem som faller inn under ordningen vi undersøker, gjengis dette ikke her. Prosenttallene over må tas med dette forbeholdet. For en oversikt over kommunens kostnader og utviklingstrekk over tid, se kap. 3.3.

¹² Kostnadene til ressurskrevende tjenester er i likhet med andre kommunale tjenester i all hovedsak knyttet til lønn til ansatte. Mottakere av ressurskrevende tjenester har som oftest behov for et døgnbemannet tilbud med bemanning i et forholdstall som gjerne er 1:1, ev. 2:1. I noen tilfeller og perioder kan forholdstallet være høyere. Se også kap. 3.4.

Tabell 3.2. Antall kjøpte heldøgns plasser utenfor Time kommune (2019-2023)

Ressurskrevende tjenester	2019	2020	2021	2022	2023
Antall kjøpte heldøgns plasser u/kommunen	8	7	11	9	12

Kilde: Time kommune (2022 og 2023)

Ressursbruk handler med andre ord ikke bare om utgifter i kroner og øre. Det handler også om antall plasser og antall ansatte som kreves for å betjene et tilbud. Selv om vi i rapporten ser mest til kostnadene, er det viktig å ha i bakhodet at kommunal ressursbruk gjerne handler om tre ulike dimensjoner som er gjensidig avhengig av hverandre: penger, plasser og personale.

Nøkkeltallene i resten av dette kapittelet gir en oversikt over omfang og utvikling i kommunen, sett opp mot utvikling på nasjonalt nivå. I første omgang er det kun snakk om å utdype relevante fakta på området, før vi gir ei overordnet vurdering av datamaterialet i siste delkapittel (kap. 3.5).

For våre formål i rapporten gir nasjonale utviklingstrekk viktig kontekst og et bedre grunnlag for vurderinger, også av lokale forhold. Da må vi se nærmere på offisielle tall fra Helsedirektoratet.

3.2 NASJONALE UTVIKLINGSTREKK

Som nærmere omtalt i kapittel 1.3.a): Den statlige tilskuddsordningen for særlige ressurskrevende helse- og omsorgstjenester startet i 2004, og ligger under Helsedirektoratet. Siden 2004 har både samlede utbetalinger, mottakere og innslagspunkt økt betydelig, noe som gir stadig større utgifter for både staten og kommunene.

Dette gjør at flere snakker om en stadig sterkere «yngrebølge»¹³ som skyller over kommunene og skaper store utfordringer i deres ressursbruk og -tilgang (penger, plasser og personale). Metaforen spiller selvsagt på den langt bedre kjente «eldrebølgen», men beskriver lignende utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene rettet mot yngre mennesker. Omsorgsbehovnivå og ressursbruk har også her økt markant de siste årene, og det er ingen tegn til at utviklinga skal stanse. Kommunene forventes dermed å stå overfor stadig større utfordringer også på dette området i årene framover.

Nedenfor er en tabelloversikt fra en prosjektrapport fra 2019, skrevet av en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tabellen viser utviklinga for åra 2004-2023, hvor tallene fram til og med 2019 er hentet fra rapporten.¹⁴ Tall fra og med 2020 har vi hentet og sammenstilt fra årlige tildelingsbrev fra Helsedirektoratet (Hdir).

¹³ Se, for eksempel, kommentaren «Yngrebølgen kommer, og den er dyr» (Kommunal rapport 14. mars 2024), med videre henvisninger til blant annet et working paper fra UiO: «Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021» (Universitetet i Oslo 2024), artikkelen «Vi forbereder oss på «eldrebølgen», men i kommunehelsetjenesten er det en «yngrebølge» (Hagen, T. P., & Tjerbo, T. (2023)), og til den interessante rapporten omtalt over om dagens regelverk (KS 2023). Deler av denne litteraturen handler om tjenester som faller innenfor den statlige tilskuddsordningen vi begrenser oss til her, men er i stor grad relevant for våre tema.

¹⁴ Helsedirektoratet (2019: 4). Som vi skal se, markerer 2020 et tydelig skille i praksis fra Helsedirektoratets side.

Tabell 3.3. Utvikling av satser m.m. tilskuddsordning 2004-2023 (nasjonale tall)

År	Utbetalinger (mill. kr.)	Antall mottakere	Kompensasjons- grad (%)	Innslagspunkt (kroner)	Endring i innslagspunkt
2004	1 506	3 398	80	700 000	
2005	1 852	3 766	80	725 000	3,6 %
2006	1 700	3 676	70	745 000	2,8 %
2007	2 018	4 013	70	770 000	3,4 %
2008*	2 966	4 505	85	800 000	3,9 %
2009	3 998	5 299	85	835 000	4,4 %
2010	4 160	5 527	80	865 000	3,6 %
2011	4 655	5 742	80	895 000	3,5 %
2012†	5 330	6 118	80	935 000	4,5 %
2013	6 361	6 667	80	975 000	4,3 %
2014	7 271	7 125	80	1 010 000	3,6 %
2015	8 264	7 517	80	1 043 000	3,3 %
2016	8 642	7 781	80	1 081 000	3,6 %
2017‡	9 039	7 927	80	1 157 000	7,0 %
2018‡	9 326	8 033	80	1 235 000	6,7 %
2019‡	10 189	8 135	80	1 270 000	2,8 %
2020	10 526	7 829	80	1 361 000	7,2 %
2021	10 696	7 948	80	1 430 000	5,1 %
2022	11 622	8 301	80	1 526 000	6,7 %
2023	13 506	8 665	80	1 608 000	5,4 %

*: Endring av ordningen; til kompensasjon pr. tjenestemottaker

†: Fra 2011-2012 kan 236 mill. kr forklares med endringer i inntektssystemet

‡: Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester: trukket ut hhv. 89 (2017), 129 (2018) og 132 (2019) mill. kr.

Kilde: Helsedirektoratet (2019), og senere tildelingsbrev

Som det framgår av tabellen: Det har vært ulike endringer og utviklingstrekk i løpet av perioden. I 2008 ble ordningen endret til å gi kompensasjon pr. tjenestemottaker, mens det i årene fram mot 2020 ble trukket et tresifret antall millioner ut av den nasjonale ordningen til forsøk med statlig finansiering av enkelte omsorgstjenester (jf. note ‡ i tabellutsnittet over).

Siden 2017 har det – med unntak av ett år (2019) – vært en markant heving av innslagspunktet, jf. de to kolonnene lengst til høyre i tabellen. Tidligere år har innslagspunktet vært oppjustert med om lag 3-4 % årlig. Både i 2017 og 2018 ble innslagspunktet aktivt hevet med 50 000 kr, noe som kom i tillegg den årlige, indeksregulerte oppjusteringa av satsen. Senere har slike aktive hevinger av innslagspunktet ikke blitt oppgitt spesifikt i rundskriv eller tildelingsbrev fra Helsedirektoratet.

Av tabellen kan vi likevel se at det fra 2020 har vært en markant økning av innslagspunktet, også når vi tar høyde for sterkere prisvekst de siste par årene. Dette utviklingstrekket gjør naturlig nok at terskelen heves noe for hvem som kommer inn under ordningen, og at kommunene betaler noe

mer for alle brukere, i og med at kommunene må dekke alle utgifter opp til innslagspunktet. Kompensasjonsgraden har siden 2010 ligget uforandret på 80 prosent, dvs. at kommunene får dekket 80 prosent av sine direkte netto lønnsutgifter over innslagspunktet.

Både staten og kommunene har hatt en voldsom vekst i sine utgifter til ressurskrevende tjenester. Som tabell 3.3 viser: Summen av de statlige utbetalingene har mangedoblet seg fra oppstarten i 2004 (1,5 milliarder kr). Den rundet 10 milliarder kr i 2019 og nådde i fjor et foreløpig toppnivå med 13,5 milliarder kr. Dette tilsvarer altså en økning på 797 prosent i løpet av tjuårsperioden.

Økningen i antall mottakere som inngår i ordningen har også vært betydelig, fra 3398 til 8665 i samme periode. Dette er en økning på 155 prosent. Gjennomsnittlig utbetaling til kommunen pr. mottaker har dermed økt fra 443 000 kr i 2004 til hele 1,56 millioner kr i 2023. Dette skjer altså samtidig som innslagspunktet er hevet med 130 prosent i samme periode. Til sammenligning har konsumprisindeksen økt med 60 prosent siden 2004.

Det har med andre ord vært en markant aktivitetsøkning og kostnadsvekst på området. Selv med økning av innslagspunktet er det fortsatt en betydelig økning i utgiftene for staten, en økning som i langt større grad skyldes økte kostnader pr. mottaker enn en økning i antall mottakere (men også denne økningen er betydelig). For en grafisk framstilling av dette, se figur 3.1 nedenfor.

Selv om kommunene får refundert 80 prosent av sine netto lønnsutgifter over innslagspunktet for disse tjenestene, har utviklinga medført en klar økning i utgifter også for kommune-Norge. Dette gjelder ikke bare egenandelen på 20 prosent av samlede netto lønnsutgifter, men også hevingene fra 2017 av innslagspunktet (utover generell prisvekst). I tillegg har Helsedirektoratet siden 2020 strammet inn reglene med tanke på beregningsgrunnlaget for hva som kvalifiserer for refusjon.

På oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet satte Helsedirektoratet i 2019 ned ei arbeidsgruppe for å gjennomføre en stedlig kontroll av tilskuddsordningen: Som arbeidsgruppa selv formulerte det i sin rapport: «Formålet med kontrollen var å gå gjennom kommunenes rutiner for framstilling av antall timer og gjennomgang av underlagsdokumentasjonen knyttet til enkeltbrukere. Kontrollen ble gjennomført i ti kommuner av ulik størrelse og med ulikt antall tjenestemottakere» (Helsedirektoratet 2019, s. 2). Et hovedfunn i rapporten var at det var ulike rutiner og ulike modeller i kommunene som ble brukt til å beregne refusjonsgrunnlaget (jf. *ibid.*).

I etterkant av rapporten ble det gjort flere presiseringer av hva tilskuddsordningen omfatter og ikke. Fra 2020 har det dermed vært en strengere praksis på hva kommunen får refundert av sine utgifter. Blant presiseringene som ble gjort i Helsedirektoratets rundskriv IS-4/2020 finner vi:

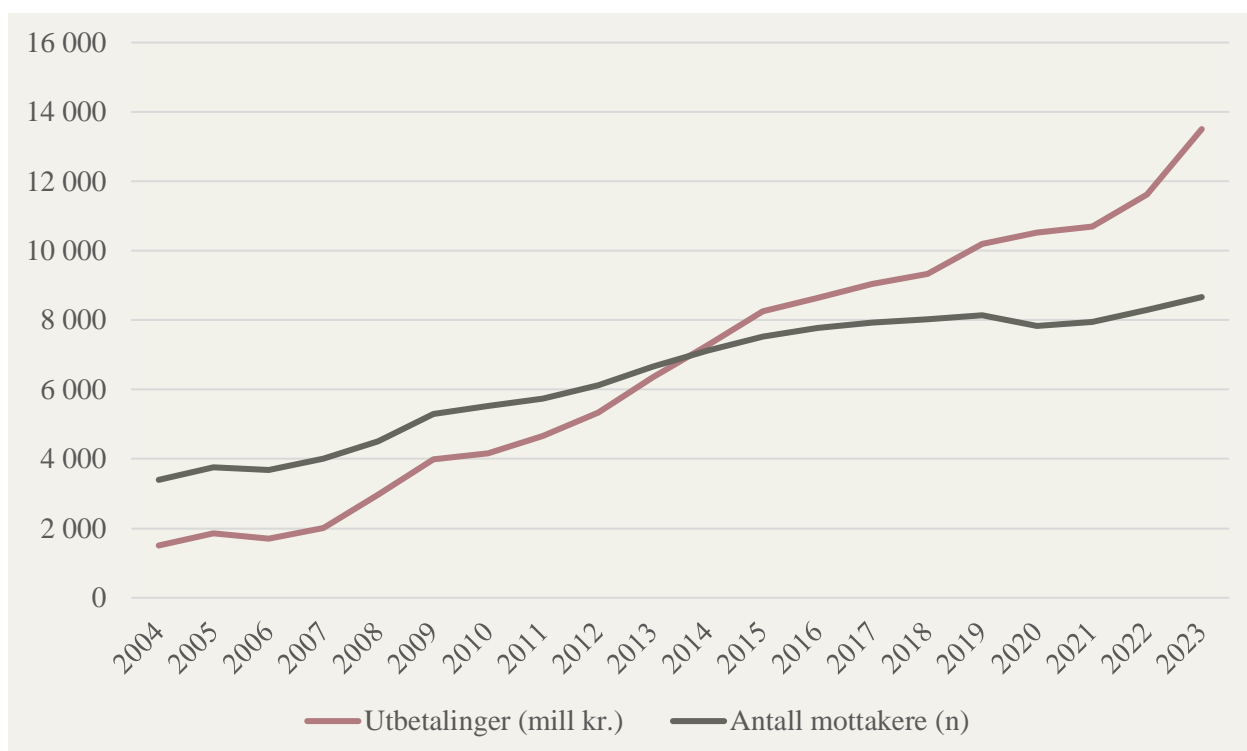
- *Det er kun anledning til å søke om refusjon for direkte lønnsutgifter knyttet til direkte brukertid. Alt administrasjonsarbeid, opplæring/veiledning av ansatte og beredskapsordninger faller utenfor ordningen.*
- *Det er kun anledning til å søke om refusjon for utførte timer. Timer der det foreligger enkeltvedtak, men tjenesten ikke er levert, faller utenfor tilskuddsordningen.*
- *Utgifter i forbindelse med sykefravær må trekkes ut fra refusjonsgrunnlaget, dette gjelder både for korttidsfravær (egenmeldt) og langtidsfravær (legemeldt).¹⁵*

¹⁵ Som gjengitt i Helsedirektoratets informasjon om rundskrivet, her fra artikkel om saken på NKRFs nettsider (Norges kommunerevisorforbund 2020, 23. januar). For lesbarheten er det lagt til et punktum i andre kulepunkt.

Dette er forhold som også administrasjonen i Time kommune trekker fram i intervju: Kommunen får ikke lenger dekket sykefravær eller opplæringsvakter, blant annet. Opplevelsen er at nasjonale myndigheter har strammet inn praksisen, og overlater en større andel av utgiftene til kommunen.

Som vist i tabell 3.3 ble innslagspunktet også hevet betydelig (opp 7,2 %). Dette førte i 2020 til en midlertidig nedgang i antall mottakere som kvalifiserte for ordningen på nasjonalt nivå, og til at utbetalingene ble lavere enn de ville ha vært. Etter 2020 har veksten i antall mottakere og ikke minst timeverk/kostnader fortsatt å stige, slik at kostnadene til både stat og kommuner har fortsatt å øke også de siste årene. Figuren nedenfor viser de nasjonale utviklingstrekkene fra tabell 3.3 for statlige utbetalinger og antall mottakere siste 20 år.

Figur 3.1. Utbetaling og mottakere ressurskrevende tjenester, Norge (2004-2023)



Kilde: Helsedirektoratet (2019), og senere tildelingsbrev

Som allerede anført: Dette viser en betydelig økning i de statlige utbetalingene som langt overgår utviklinga i antall mottakere av tjenestene. Samtidig vet vi at både innstramningene fra 2020 og hevingene av innslagspunkt gjør at alle kommuner får lavere tilskudd (mindre refusjon) pr. krone benyttet på mottakerne av ressurskrevende tjenester. Dette siste forholdet ser vi også nærmere på i neste delkapittel, om utviklingstrekk i Time kommune (kap. 3.3).

3.3 UTVIKLINGSTREKK I TIME KOMMUNE

Det er to hovedlinjer som gjør seg gjeldende for kommunens kostnader og aktivitetsnivå på området. Den ene handler om følgene av Helsedirektoratets nye praksis og presiseringer fra og med 2020 (kap. 3.3.1), den andre gjelder lokale utviklingstrekk innad i kommunen (kap. 3.3.2). Disse hovedtrekkene og mulige forklaringsfaktorer er deretter forsøkt sammenstilt i kap. 3.3.3.

3.3.1 KONSEKVENSER AV NY NASJONAL PRAKSIS

Særlig fra 2020 strammer Helsedirektoratet inn praksisen for hvilke timer som kommunene får refusjon for, jf. over. Tabellen nedenfor viser Time kommunes beregningsgrunnlag og tilskudd i form av refusjon for netto lønnsutgifter over innslagspunktet for de siste ti åra:

Tabell 3.4. Oversikt tilskudd Time kommune 2014-2023 (jf. tildelingsbrev Hdir)

År	Mottakere	Nettoutgifter (1000 kr)	Øremerket statlig tilskudd (1000 kr)	Andel refundert av nettoutgifter
2014	26	77 169	40 041	51,9 %
2015	27	78 896	39 767	50,4 %
2016	26	78 605	38 818	49,4 %
2017	27	83 175	39 864	47,9 %
2018	32	99 672	47 226	47,4 %
2019	33	104 323	47 528	45,6 %
2020	31	93 834	39 601	42,2 %
2021	33	103 623	44 091	42,5 %
2022	34	124 896	58 414	46,8 %
2023	32	123 892	57 948	46,8 %

Kilde: Tildelingsbrev Helsedirektoratet

Som vi ser av tabellen: I hovedsak er det en stegvis og relativt stabil økning i antall mottakere, nettoutgifter og tilskudd til Time kommune. To år går antallet mottakere ned med to personer: 2020 og 2023. Samtidig går statlig tilskudd og andelen nettoutgifter som kommunen får refusjon for markant ned i 2020. De to siste årene har det igjen vært en signifikant økning i nettoutgiftene og refusjonsandelen.

Hvis vi ser på hele tiårsperioden: Antallet mottakere går opp fra 26 til 32, en økning på 23,1 %. Kommunens nettoutgifter øker med 60,5 %, mens tilskuddene øker i samme periode «bare» med 44,7 %. Deler av denne forskjellen i økning mellom nettoutgifter og tilskudd handler nettopp om innstrammingene fra Helsedirektoratets side.

Dette er utviklingstrekk vi også kjenner igjen fra framstillingene av nasjonal utvikling i kap. 3.2. Det er økning i antall mottakere, men en enda sterkere økning i kostnadene. Dette gir for så vidt en økning også i samlet refusjon som kommunen får fra staten, men samlet utvikling gjør at Time får stadig høyere kostnader på området (og samlet sett lavere refusjonsandel).

Som vi så på det nasjonale nivået: 2020 markerer et skille i hvordan Helsedirektoratet praktiserer tilskuddsordningen. Fra det ene året til det andre kan vi også for Time kommune se ei tydelig innstramming av beregnings- og tildelingspraksis, jf. den markante nedgangen i andelen utgifter kommunen får refundert.

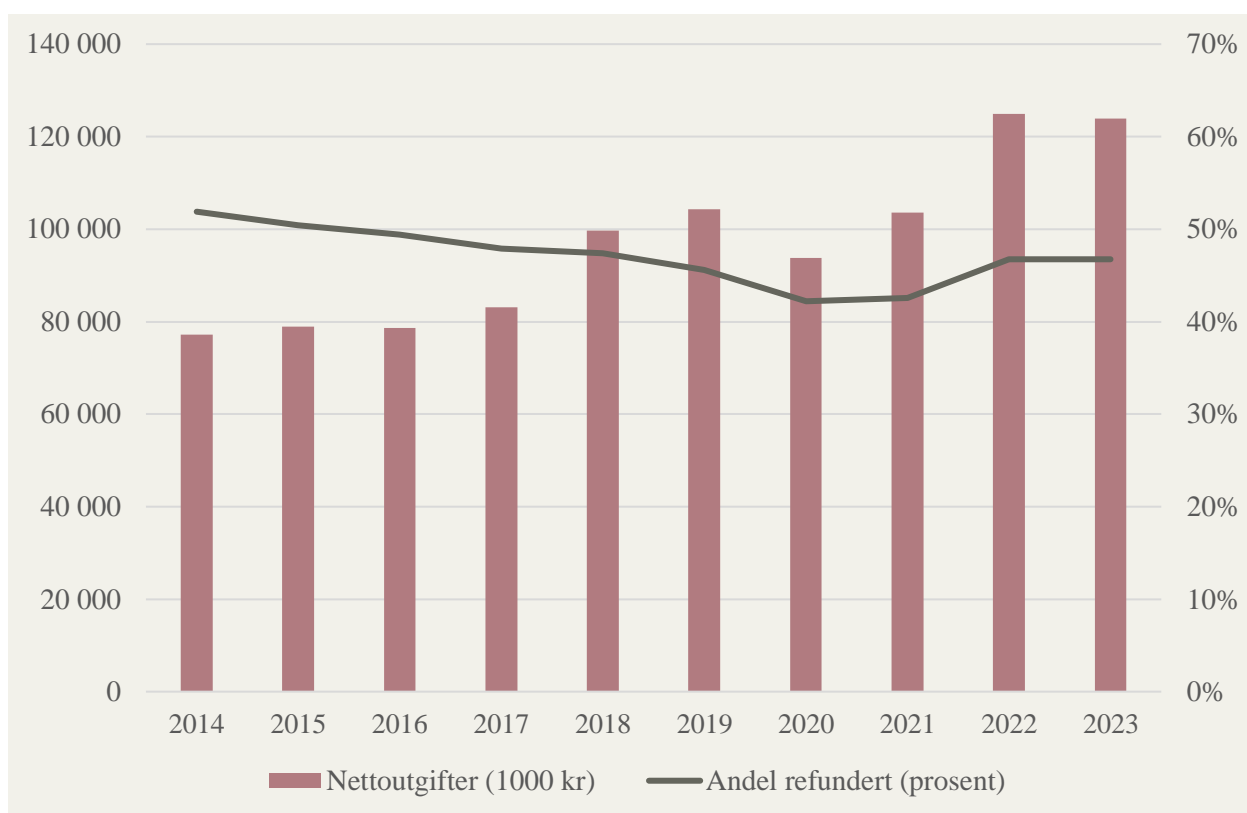
Dette henger imidlertid også sammen med en nedgang i antall brukere samme år. Vi ser at det da var en nedgang fra 33 til 31 mottakere. En detaljert gjennomgang av innsendte refusjonsskjema til Helsedirektoratet viser at det her er snakk om mer enn én mottaker med et relativt høyt timetall

som ikke er med i samme skjema i 2020.¹⁶ Frafall av brukere med relativt høyt timetall knyttet til sitt tilbud vil nødvendigvis også påvirke andelen refusjon kommunen får, ettersom kommuner får en relativt sett større andel refundert for tilbud som ligger langt over innslagspunktet.

Slike årlige svingninger forklarer noe, men langt fra hele endringsbildet for 2020. Vår gjennomgang av innsendte refusjonsskjema for 2019 og 2020 viser at svært mange mottakere får en mindre reduksjon av antall timeverk som inngår i beregningsgrunnlaget («nettoutgifter») for refusjon. Samlet antall tjenestetimer som gis refusjon for synker fra 246 234 til 233 981 timer, en nedgang som er mer enn det dobbelte av hva som kan forklares ut fra nedgangen i antall brukere.

Vi kan illustrere utviklinga i kommunens nettoutgifter og refusjonsandel i figuren nedenfor.

Figur 3.2. Utvikling i nettoutgifter og refusjonsandel for brukere med ressurskrevende tjenester i Time kommune (2014-2023)



Kilde: Helsedirektoratet

Figuren viser hvordan kommunens ressursbruk på området øker markant (søylene), mens andelen som dekkes av statens tilskuddsordning går ned (linje). Ny praksis og nye presiseringer fra Helsedirektoratet fra og med 2020 forklarer noe av kommunens økte ressursbruk på området: I likhet med andre kommuner får Time fra 2020 en lavere andel av sine netto lønnsutgifter dekket av tilskuddsordningen. Veksten i nettoutgifter og refusjonsandel for 2022 og 2023 kan forklares av en sterk økning i tjenestetimer siste to år (mer om dette i neste delkapittel).

¹⁶ Som tidligere påpekt er den aktuelle gruppa mottakere av ressurskrevende tjenester rimelig stabil og i hovedsak den samme fra år til år. Generelt sett er det med ujevne mellomrom noe frafall, da vanligvis flytting eller bortgang.

3.3.2 LOKALE UTVIKLINGSTREKK

I rapporten har vi i all hovedsak holdt oss til lokale tall, sett i lys av nasjonale utviklingstrekk. Hver kommune vil nødvendigvis ha noe ulike grupper av tjenestemottakere med ulike omfang av vedtak, ulike tilbud i ulike institusjoner osv. Dette vil virke inn på sum og prosentandel som hver kommune får refundert, noe som igjen vanskeliggjør gode sammenligninger mellom kommuner.

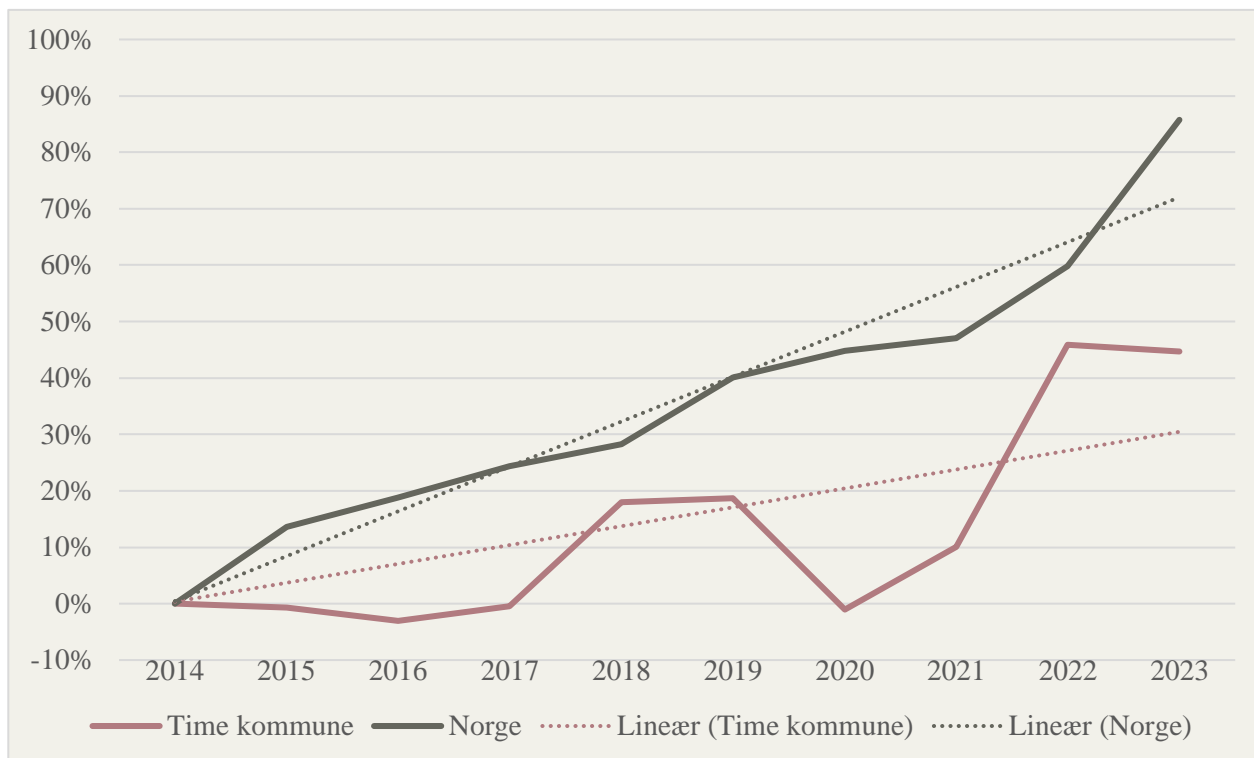
I Time kommune er det også et forholdsvis lavt antall mottakere (*small sample*). Små endringer i antall vil gi store utslag i prosentandeler, og bakenfor tallene ligger betydelige variasjoner i blant annet diagnoser, hjelpebehov og vedtakstimer. Dette gjør det igjen utfordrende å sammenligne kommunale tall på tvers, og vil normalt sett gjøre det problematisk å si noe med noen større grad av sikkerhet om hvorvidt lokale tall avviker positivt eller negativt fra nasjonale tall.

Dette hindrer oss særlig i å gjøre sammenligninger med kommuner med tilsvarende lavt antall mottakere (som flere av nabokommunene). Sammenligninger vil da bare forsterke de metodiske utfordringene og svekke alle forsøk på å trekke konklusjoner. Omgjort til befolkningsandeler har Time riktig nok en noe høyere prosentandel innbyggere som mottar ressurskrevende tjenester (2021: 0,17 %) enn et flertall av sine nabokommuner (om lag 0,13-0,14 %). Ut fra egen erfaring og vurdering vil vi ikke legge videre vekt på denne forskjellen.

Dette begrunnes i at det lokalt er såpass få tjenestemottakere at det skal svært små variasjoner i antall til før prosentandelene endres betraktelig. Da vil det bli relativt store utslag på statistikken dersom noen få brukere flytter til eller fra en kommune. Det vil også være vanlig at kommuner har noe ulik lokal praksis på utmåling, tildeling og utføring av tjenester, slik at sammenligninger på tvers av kommuner fort blir unøyaktige og ikke gir grunnlag for å trekke konklusjoner. Igjen: Det er her bedre å sammenligne kommunens tall med nasjonal utvikling over en lengre periode.

Dersom vi sammenligner kommunal og nasjonal utvikling siste ti år, ser vi at særlig kostnadene har økt mer på nasjonalt nivå enn i Time kommune: Fra 2014 til 2023 har antall mottakere i kommunen økt med 23,1 % og utbetalt tilskudd økt med 44,7 %. De samme tallene på landsbasis er hhv. 21,6 % og 85,8 %. Det er her verdt å merke seg at selv om antallet mottakere er mer eller mindre identisk, er forholdet mellom utbetalt tilskudd på kommunalt og på nasjonalt nivå klart ulikt i den siste tiårsperioden. Dette siste kan illustreres med følgende figur:

Figur 3.3. Utvikling i tilskudd i refusjonsordning, Time kommune og Norge (2014-2023)



Kilde: Helsedirektoratet

Nå skal en ta alle nødvendige forbehold om utfordringene med å sammenligne lokale tall med de tilsvarende tallene på nasjonalt nivå. Likevel er forskjellen i kostnadsutvikling (utbetalt tilskudd) såpass ulik mellom kommunen og landet som helhet, at dette gir grunnlag for å hevde at Time har en klart lavere kostnadsvekst enn andre kommuner siste ti år: Med omtrent lik utvikling i antall mottakere, har kostnadsveksten likevel vært om lag dobbelt så stor i landet som i Time kommune.

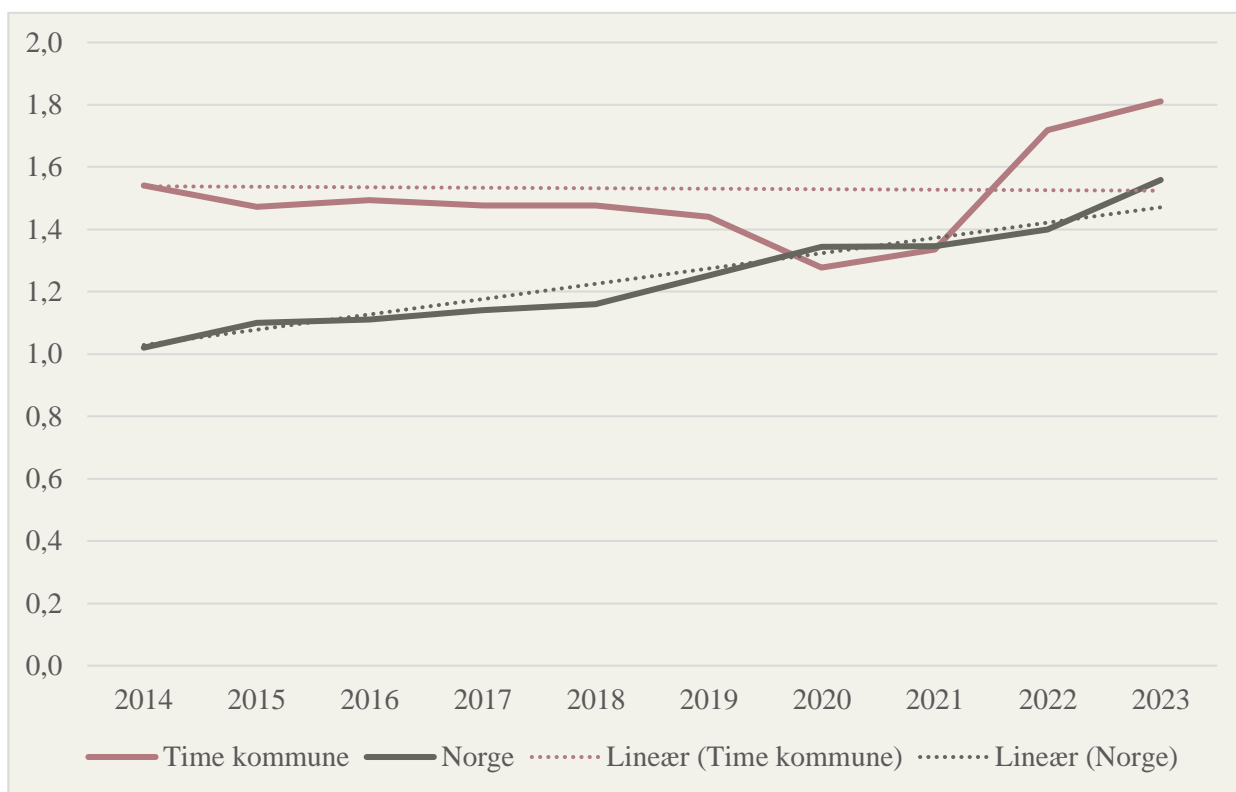
Som vi ser av utviklinga: Utbetalt tilskudd lå lenge rimelig stabilt i Time kommune, mens den har økt merkbart gjennom hele perioden på landsbasis. Time har en vekst i 2018 som samsvarer med økningen i antall mottakere (mer om dette også nedenfor), før kommunen har en klar nedgang i utbetalt tilskudd i 2020 (grunnet innstramming Helsedirektoratet og nedgang i antall mottakere, jf. over). Det er først de to-tre siste årene at tilskuddene (og kostnadene) har økt markant i Time kommune. Dette gjelder særlig økningen i 2022 (mer om denne i kap. 3.3.3), før tallene for 2023 igjen tilsier utflating. Også den nasjonale utviklinga har gått markant opp etter 2020, jf. over.

Tabellen tilsier at kommunen ikke har hatt en uforholdsmessig sterk kostnadsvekst i løpet av den siste tiårsperioden. Som nevnt skal vi ta alle mulige forbehold om at en her ikke sammenligner likt mot likt. Eksempelvis kan det være tilfeldige forhold ved mottakergruppa (alder, diagnose, hjelpebehov, avlastning fra pårørende osv.) som gjør det utfordrende å sammenligne kommunens tall og utvikling med resten av landet.

Et forhold som eventuelt kan si noe om kommunale særtrekk er utbetalt tilskudd pr. mottaker. Vår gjennomgang viser at Time kommune ved inngangen av siste tiårsperiode på dette punktet lå høyere enn landsgjennomsnittet, dvs. at en i snitt hadde høyere ressursbruk pr. mottaker. Deretter flatet kommunens tilskudd pr. mottaker ut og var til dels nedadgående helt fram til 2022, samtidig

som det har vært en stabil økning i den nasjonale utviklinga, jf. tabell 3.3. Framstilt som figur får vi denne utviklinga, i gjennomsnittlig utbetalt årlig tilskudd pr. mottaker:

Figur 3.4. Tilskudd pr. mottaker (i mill. kr), Time kommune og Norge (2014-2023)



Kilde: Helsedirektoratet

Som vi ser av figur 3.4 har Time kommune ligget høyt i utbetalt tilskudd pr. mottaker siste ti år, men nasjonal utvikling her er i ferd med å ta igjen kommunen. Dette tilsier at Time har ei gruppe mottakere av ressurskrevende tjenester som ligger noe over landsgjennomsnittet både på kostnader og tilskudd. Likevel: Ut fra figur 3.2 er det ikke grunnlag for å si at kommunen har ei negativ, ukontrollert kostnadsutvikling på området, snarere tvert imot. Utviklinga i kommunen er den samme i antall mottakere, og klart lavere enn landsgjennomsnitt for kostnader og tilskudd.¹⁷

Dersom vi undersøker disse tallene noe nærmere ved å se på andelen av samlet ressursbruk som kvalifiserer for refusjon (jf. tabell under), viser en gjennomgang av 2021-tall for alle kommuner at Time kommer litt bedre ut enn gjennomsnittet av andre kommuner i både fylket og landet.¹⁸ I den grad denne stikkprøven er representativ, er det ikke grunnlag for å hevde at Time kommer dårligere ut enn andre når det gjelder andelen refusjon for ressurskrevende tjenester. Dette gjelder både for andel nettoutgifter av samlet ressursbruk og for andel refusjon av samlet ressursbruk:

¹⁷ For å illustrere med ekstrapolerte tall: Dersom kommunen hadde hatt en kostnadsvekst tilsvarende nasjonalt nivå siste ti år (85,8 %), hadde nettoutgiftene i 2023 vært 159,0 og ikke 123,9 mill. kr (med 16,5 mill. kr i økt tilskudd).

¹⁸ Året 2021 er her valgt også for å kontrollere for endringene i Helsedirektoratets praksis, og hvorvidt den markante nedgangen i refusjonsandel særlig rammer Time kommune. Som nevnt over: Ulik brukerprofil og ulik praksis i ulike kommuner vil nødvendigvis gjøre det vanskelig med gode sammenligninger på kommunenivå. Dette gjelder særlig mellom enkeltkommuner, men også opp mot/mellom kommunegrupper og opp mot nasjonalt gjennomsnitt.

Tabell 3.5. Sammenligning andel refusjon Time kommune med Rogaland og Norge (2021)

Administrativ enhet	Andel nettoutgifter av samlet ressursbruk ¹⁹	Andel refusjon av nettoutgifter
Time kommune	90,0 %	42,5 %
Rogaland	88,2 %	42,5 %
Norge	87,1 %	41,4 %

Kilde: Helsedirektoratet

Med andre ord fikk Time kommune en noe større andel av sine samlede utgifter i 2021 refundert, når vi ser andelen opp mot andre kommuner i fylket og landet. Andelen refusjon av nettoutgifter var lik fylket, men noe høyere enn landet. Dette tilsier at det ikke er særlige lokale forhold som gjør at en kommer negativt ut i den statlige tilskuddsordningen, sett opp mot andre kommuner.

Disse forskjellene er heller ikke av en størrelsesorden som tilsier at vi går bort fra hva vi antydte over: Sett i forhold til resten av landet har kostnadsveksten i kommunen ikke vært preget av ei negativ eller ukontrollert utvikling. Kommunens utgifter (og tilskudd) har derimot økt igjen de to siste årene, som gjennomgangen vår viser. Det er imidlertid for tidlig å si noe om dette er en naturlig svingning, en forbigående trend eller del av ei bekymringsfull utvikling. (Se kap. 3.5 for nærmere vurderinger.)

3.3.3 HOVEDTREKK OG MULIGE FORKLARINGSFAKTORER

Som vist over: Det har de siste ti årene vært en stabil økning både i antall mottakere og, særlig, i ressursbruk pr. mottaker av ressurskrevende tjenester. Samtidig har altså denne kostnadsveksten i Time kommune vært klart lavere enn samme utvikling på landsbasis. Likevel har det vært en klar økning i både antall mottakere og kostnader knyttet til ressurskrevende tjenester i kommunen. Vi vil i dette delkapittelet sammenfatte de viktigste lokale utviklingstrekkene på området, og se dem opp mot informasjon som vi har hentet fra kommunen (statistikk og intervjudata).

Antall mottakere har fra 2014 til 2023 økt fra 26 til 32. De fleste årene er det minimale endringer i antall – denne gruppa av mottakere består stort sett av de samme personene, med et lite tilsig av nye mottakere hvert år, og begrenset frafall av andre mottakere.

Dette bekreftes i intervju med administrativ ledelse: Selv med faste rutiner for årlig revurdering av hjelpebehov, er det svært få mottakere med et «ressurskrevende vedtak» som rehabiliteres til et ressursomfang som ligger under innslagspunktet. Mottakerne har i de langt fleste tilfeller ikke et fysisk og/eller psykisk funksjonsnivå som gjør dette mulig, men har langt mer et omfattende og vedvarende hjelpebehov (jf. også kap. 3.4). Frafall skyldes vanligvis flytting eller bortgang, og bare unntaksvis rehabilitering. Langt oftere øker timetallet over tid, i takt med mottakers alder og generelt sett lavere funksjonsnivå.

¹⁹ «Samlet ressursbruk» omfatter også egenbetalinger. Kommunens egenandel i forbindelse med tjenester til psykisk utviklingshemmede utgjør her den klart største andelen av differansen mellom nettoutgifter og samlet ressursbruk.

Det er ett år som skiller seg ut i statistikken for antall mottakere: 2018. Da økte antallet fra 27 til 32. Øvrige år har antallet endret seg med maksimalt to mottakere. Også kommunens nettoutgifter øker betraktelig dette året, fra 83,2 til 99,7 millioner kroner. Dette tilsvarer en økning på 19,8 %. Det er også en betydelig kostnadsvekst i 2022, hvor nettoutgiftene går fra 103,6 til 124,9 mill. kr, en økning på hele 20,6 %. Dette skjer uten en tilsvarende økning i antall mottakere (jf. tabell 3.4).

Vår gjennomgang tilsier at den viktigste forklaringsfaktoren for 2018 er opprettelsen av tilbudet i Foren burettslag dette året. Dette burettslaget består av sju selveierleiligheter, og ble etablert i nært samarbeid med foreldre. Beboerne er relativt unge (i dag: i 20-årene og tidlig i 30-årene), og alle har vedvarende behov for tjenester som klart overskrider innslagspunktet. Kommunens vekst i antall mottakere og tilhørende utgifter i 2018 korrelerer med etablering av Foren burettslag. Administrasjonen i kommunen bekrefter at økningen kan forklares med fem nye brukere her.

For kostnadsveksten i 2022 vises det til et mer komplekst bilde. Den viktigste grunnen oppgis da å være oppjustering av timetall hos enkeltmottakere. Dette skyldes negativ helsemessig utvikling hos flere mottakere, hvor både konkrete hjelpebehov og økt grad av utagering, uro og utfordrende atferd krevde oppjustering av vedtak og flere ansatte. Administrasjonen viser videre til at det pga. flytting av bruker ble færre stordriftsfordeler på lokal nattevaktløsning i 2022. Også slike forhold er med på å øke samlet antall vedtakstimer og dermed kommunens kostnader.

Økning i vedtakstimer vises også i økt prosentandel som kommunen får refusjon for, hvor «store» vedtak gir kommunen en prosentvis større refusjonsandel av samlet ressursbruk, jf. tabell 3.4 og figur 3.2. Dette bekreftes av vår gjennomgang av refusjonsskjema over enkeltmottakere for de ulike årene: Med økning i vedtakstimer hos enkeltmottakere øker andelen av samlet antall timer som kommunen får refusjon for iht. den statlige tilskuddsordningen.

Selv om kommunen får refundert 80 % av kostnadsveksten i disse tilfellene, har økninger likevel betydelig innvirkning på kommunens ressursituasjon: Dette handler ikke bare om kroner og øre, men også andre begrensede ressurser, som kapasitet (plasser) og kompetanse (fagpersonale).

3.4 HVEM ER MOTTAKERNE AV RESSURSKREVENDE TJENESTER?

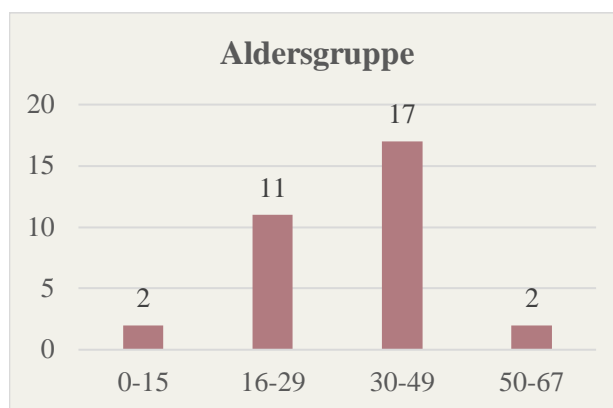
Vi har på bakgrunn av innrapporterte opplysninger til Helsedirektoratet foretatt en enkel sammenstilling av hva som kjennetegner kommunens mottakere av ressurskrevende tjenester. De ulike oversiktene i dette delkapittelet er basert på data fra innrapporteringsskjema for de aktuelle mottakerne i 2023.

Figurene under viser hhv. a) aldergruppe, b) type bruker, c) antall tjenestetimer, d) ressursinnsats e) nettoutgifter og f) tilskuddsbeløp for de 32 aktuelle mottakerne. Data er grupperte av hensyn til både framstilling og personvern. Sammenligninger på tvers er av samme grunn begrenset.

a) Aldersgruppe

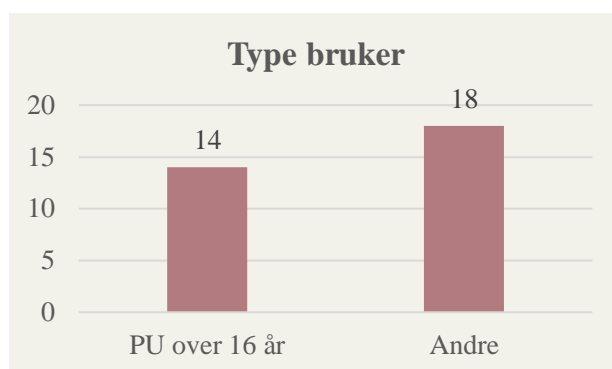
Nesten alle mottakerne er under 50 år, og en betydelig andel (over 40 %) er under 30 år. Dette handler dels om forholdsvis høy (men synkende) mortalitet blant mottakergruppa i takt med økende alder, dels om lokale forhold.

Som kjent er det kun innbyggere under 67 år som er omfattet av tilskuddsordningen. Blant mottakere som Time kommune fikk refusjon for i 2023 var det følgende aldersfordeling:



b) Type bruker

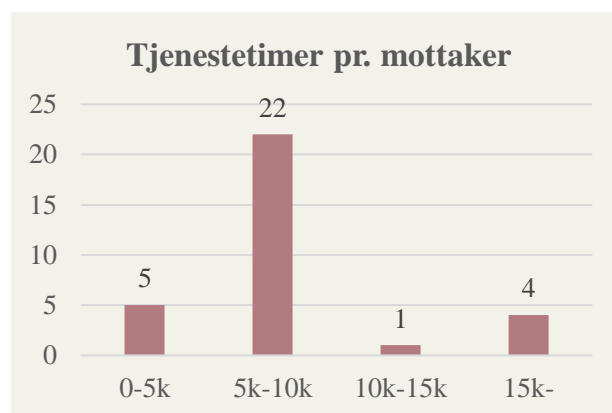
Mottakerne kan også kategoriseres ut fra medisinsk tilstand/diagnose. I søknadsskjema er det kun gjort et skille mellom mottakere med og uten psykisk utviklingshemming (PU), da mottakere som er «PU over 16 år» har en noe annen innretning på tilskuddsordningen. Av personvern hensyn er det heller ikke ønskelig å gå nærmere inn på diagnose- og sykdomsbilde.



c) Antall tjenestetimer

De langt fleste mottakerne (22 av 32) har et anført antall tjenestetimer pr. år mellom 5 000-10 000. Dette tilsvarer gjerne bemanning 1:1 (eller mer) deler av døgnet.

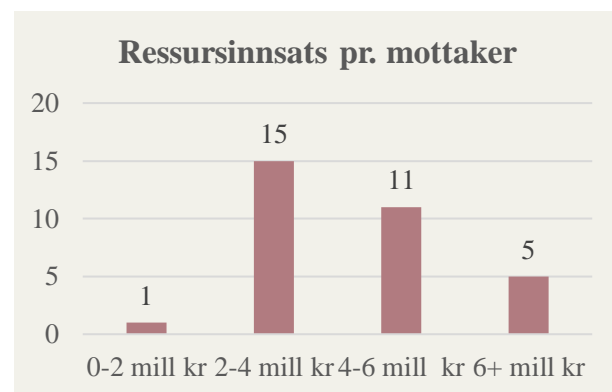
Noen få mottakere har et svært høyt antall tjenestetimer: Fire brukere har over 15 000 årstimer, to av dem over 20 000 årstimer. Dette tilsvarer ofte bemanning 3:1 store deler av døgnet (eller hele).



d) Samlet ressursinnsats

Samlet ressursinnsats i 2023 var 136,4 millioner kr. De fem mottakerne med størst hjelpebehov står for 40,1 millioner kr (dvs. rett under 30 % av samlet ressursinnsats).

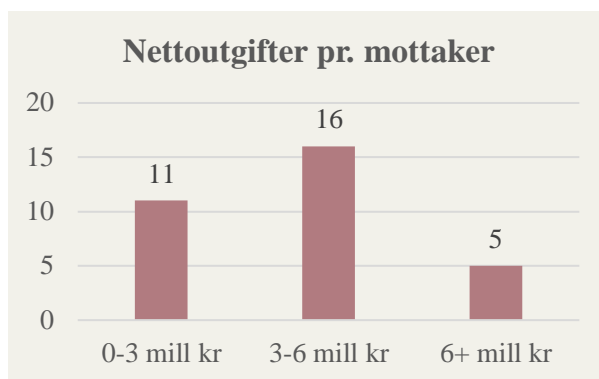
Hjelpebehovet til de klart fleste mottakerne ligger et sted mellom 2 og 5 millioner kr/år. Kun én mottaker har et hjelpebehov som ligger rett over innslagspunktet (1,6 mill. kr).



e) Nettoutgifter

Som påpekt tidligere: Nettoutgifter tilsier her de direkte netto lønnsutgifter som kommunen har og hvor en får 80 % refusjon (20 % egenandel). Her er det også fratrukket for egenandeler og andre forhold, jf. kap. 3.3.1.

Som for tjenestetimer og samlet ressursinnsats ligger nettoutgiftene betydelig høyere enn andre for fem mottakere.

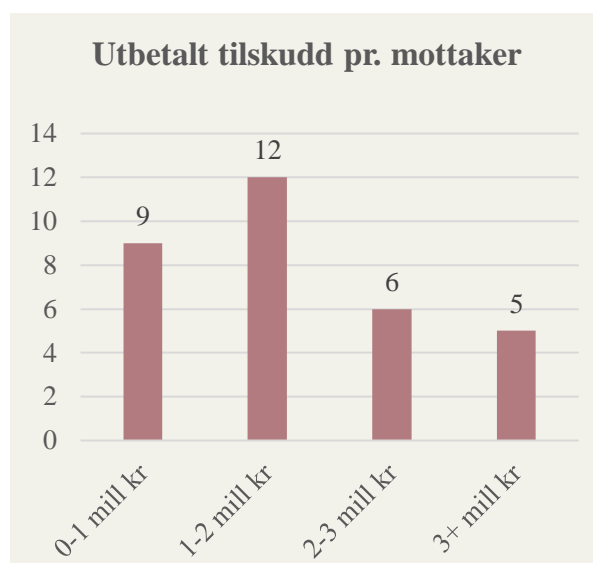


f) Tilskuddsbeløp

Fratrukket egenbetaling, egenandel og ev. andre forhold får kommunen 80 % refusjon for hver mottaker som krever netto direkte lønnsutgifter over innslagspunktet (2023: 1 608 000 kr).

For tjenestemottakere som ligger rett over denne terskelen er det snakk om refusjon på noen hundre tusen kroner. De fem mottakerne med høyest utgiftsnivå utløser tilskudd på over 3 millioner kr, fire av dem om lag 5 millioner kr.

Til sammen mottok Time kommune et tilskudd på 57,9 millioner kr i 2023 for sine 32 mottakere av ressurskrevende tjenester.



Oppsummert: Mottakere av ressurskrevende tjenester i kommunen kjennetegnes i hovedsak av å:

- Være forholdsvis unge; nesten alle er under 50 år, og 40 % er under 30 år
- Være forholdsvis jevnt fordelt med tanke på psykiske og fysiske funksjonsvansker
- Som oftest ha et tjenestebehov som krever 5 000-10 000 årstimer (om lag 1:1 bemanning)
- Som oftest ha et tjenestebehov som koster mellom 2 og 5 millioner kr/år
- Unntaksvis ha et tjenestebehov som er langt mer ressurskrevende enn andre (5 av 32)

Som allerede nevnt handler dette om en gruppe personer som er relativt stabil/svakt økende i antall og som har et vedvarende, omfattende behov for kommunale, lovpålagte tjenester. I neste delkapittel går vi nærmere inn på vurderinger av nøkkeltallene og siste års utvikling.

3.5 VURDERING AV NØKKELTALL OG UTVIKLING

Vi har til nå i kap. 3 kun vist til fakta i saken. Det er forsøkt å gi nøytrale framstillinger av relevante nøkkeltall og utviklingstrekk ved nasjonal og kommunal praksis på området. Helt til slutt i kap. 3 gir vi kort våre vurderinger av de saksforhold som er presentert så langt.

Tallenes tale er tydelig: Det har vært en svært høy økning i ressursbruken på området. Dette gjelder både nasjonalt og i Time kommune, men særlig nasjonalt. Som påpekt har utbetalingene fra den statlige tilskuddsordningen mangedoblet seg de siste tjue årene. Disse utviklingstrekkene kan ikke forklares med naturlige variasjoner, statistisk usikkerhet eller lignende.

Utbetalingene har økt betydelig, selv med Helsedirektoratets innstramminger av tildelingspraksis siden 2020. Både nasjonalt og i Time kommune har veksten i større grad vært knyttet til økning i samlet antall tjenestetimer enn i samlet antall mottakere. I sum medfører utviklinga en sterk økning i kommunens kostnader og i de statlige refusjonstilskuddene til ressurskrevende tjenester.

Veksten i antall mottakere i Time kommune de siste ti årene er mer eller mindre identisk med samme tall på nasjonalt nivå, jf. kap. 3.3. Veksten i kostnader (i form av utbetalt tilskudd) har vært større enn veksten i antall mottakere, dette i likhet med nasjonal utvikling. Derimot er den prosentvise kostnadsveksten siste ti år signifikant større i landet enn i kommunen (hhv. 85,8 % og 44,7 %). Vi framhever dette som et viktig utviklingstrekk.

Angående tilskudd pr. mottaker har kommunen ligget høyere enn landet, men dette virker å være i ferd med å jevne seg ut, selv om det har vært en markant vekst i kostnader og tilskudd i Time de to siste årene. Kommuneadministrasjonen oppgir at denne siste utviklinga først og fremst skyldes negativ helsemessig utvikling hos flere mottakere.²⁰

Selv med noen forbehold om utfordringene med å sammenligne tall på tvers: Vi vurderer at dette gir godt grunnlag for å hevde at kommunen ikke har ei negativ eller ukontrollert utvikling på området, til tross for at kostnadsveksten også lokalt er betydelig. Vi har ikke grunnlag for å slå fast hvilke forhold som forårsaker hva, men tallene tilsier altså ikke at kommunen står overfor ei særegen utvikling, med et utfordringsbilde som er lokalt betinget: Vi ser heller «bare» den lokale varianten av noe som er ei landsdekkende, bekymringsfull utvikling på området. Og som tallene viser: Kostnadsveksten i Time kommune er klart lavere enn landsgjennomsnittet.

Som i resten av landet: Mottakerne av ressurskrevende tjenester i Time kommune er ei gruppe mennesker med vedvarende og omfattende hjelpebehov. De har rett på god helse- og sosialfaglig oppfølging av sine behov, og kommunen har en lovpålagt plikt til å sørge for disse tjenestene. Rettigheter, krav og forventninger har over tid blitt flere, oppfølging av hver enkelt mottaker blir stadig mer ressurskrevende (penger, plasser og personale), og i takt med medisinsk utvikling og god oppfølging lever de også lenger (ofte med stadig nedadgående helseutvikling).

Dette er hovedtrekk ved utviklinga. Vi kommer tilbake til ulike sider av utfordringsbildet i senere kapitler. Ut fra gjennomgangen av nøkkeltallene i dette kapittelet vurderer vi det er lite sannsynlig at organisatoriske eller andre tiltak vil lette framtidig ressursbehov i betydelig grad.

Dette begrunnes med at brukergruppa er forholdvis ung og stabil i både antall, faktiske personer og individuelle hjelpebehov. Som vist i dette kapittelet: Både nasjonale og lokale utviklingstrekk tilsier fortsatt økning i antall mottakere og ressursbruk. Bare unntaksvis fører hjelpetiltak til varig bedring i tilstand eller til rehabilitering. Om noe, synes dagens utvikling å tilsa at den kommunale ressursbruken bare vil øke i takt med at brukerne blir eldre. Det er da mest sannsynlig at et flertall av mottakerne vil oppleve behov for mer og ikke mindre hjelp og støtte i hverdagen.

²⁰ Generelt sett er dette for kort tid til å si om det mest sannsynlig er snakk om naturlige svingninger, en forbigående trend eller starten på ei varig, bekymringsfull utvikling.

Denne anerkjennelsen er ikke det samme som å si at kommunens innsats er av mindre betydning for utvikling og ressursbruk, eller at innsatsen ikke har forbedringspunkter. Utviklinga går verken i positiv eller negativ retning av seg selv. Hvordan kommunen arbeider på området er avgjørende, både for hver enkelt tjenestemottaker og for kommunens samlede ressursbruk.

Vi vurderer at administrasjonen er bevisst omfanget av ressursbruken og utviklinga på området. Vi kan imidlertid ikke se at kommunen har praksis for systematiske gjennomganger og prognoser for forventet behovs- og kostnadsutvikling. Ettersom både behov og kostnader er svært høye og økende, vurderes framtidig utvikling som en risikofaktor for kommunen.

Særlige tre momenter kan her trekkes fram: a) Kommunen har generelt sett en forholdsvis stabil og ung brukergruppe, som gjør at kostnadsnivået må forventes å forbli høyt også de neste tiårene. b) Det er svært høy og økende ressursbruk knyttet til tilbudet, både hva gjelder penger, plasser og personale (selv om den nasjonale økningen er sterkere). c) Kostnadene utgjør en betydelig del av de samlede utgiftene til helse- og velferdstjenester i kommunen

Det er da ekstra viktig at kommunen har en aktiv og systematisk tilnærming til forventet behovs- og kostnadsnivå, slik at en best mulig kan ta høyde for framtidig ressursbruk på området. Vi vil her anbefale kommunen å skaffe seg noe bedre oversikt.

Kapittel 4 ser nærmere på kommunens organisering og styring av sine ressurskrevende tjenester. Også der starter kapittelet med faktabeskrivelser av tingenes tilstand. Mot slutten av kapittelet gir vi nærmere vurderinger av kommunens innsats, med tanke på mulige forbedringer.

4 ORGANISERING OG STYRING

Dette kapittelet tar utgangspunkt i den overordnede problemstillinga:

Hvordan er oppfølgingen av brukere med ressurskrevende tjenester organisert og styrt?

I oppdraget er det formulert fire underordnede problemstillinger som sammen er ment å gi et svar på dette første hovedspørsmålet. Disse problemstillingene er:

- Hvordan blir tjenestetildelinga til ressurskrevende brukere håndtert?
- Hvilke vurderinger ligger til grunn for utforminga av tilbudet?
- Hvilke instanser er involvert i oppfølgingen?
- Hvordan fungerer samarbeidet mellom instansene?

De to første kulepunktene er tema for kapittel 4.1: «Fra behov til tildeling». Dette delkapittelet beskriver og gir nærmere vurderinger av arbeidsflyt og praksis ved tildeling av sine tjenester, og av kommunens utforming av tilbudet.

De to siste kulepunktene er gjenstand for undersøkelse i kapittel 4.2: «Oppfølging og samarbeid». Dette delkapittelet handler om kommunens arbeid med oppfølging av brukere og om kommunalt samarbeid, med både interne og eksterne instanser.

Samlet gir de to delkapitlene et oversiktsbilde av kommunens organisering og styring av tilbudet.

4.1 FRA BEHOV TIL TILDELING

4.1.1 LOVKRAV OG REVISJONSKRITERIER

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester iht. helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-2. Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift jf. hol. § 3-2.

Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene er nærmere angitt i hol. kapittel 4. Iht. hol. § 4-1 skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker mottar et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, jf. første ledd bokstav a. Det er også særskilt spesifisert at tjenestetilbudet skal være «verdig», jf. bokstav b.

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter denne loven er det også krav om å utarbeide en individuell plan (jf. hol. § 7-1), tilby koordinator (jf. hol. § 7-2) og ha en koordinerende enhet med overordnet ansvar for arbeidet iht. disse paragrafene (jf. hol. § 7-3, jf. også forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 6).

Iht. forskriften § 16 skal koordinator sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan (IP). Denne er et arbeids- og samordningsverktøy i situasjoner hvor pasient/bruker/tjenestemottaker får tjenester fra ulike aktører og sektorer samtidig. I forarbeidene til lovendringer på området i 2021

heter det at IP skal «oppdateres løpende og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet» (Prop. 100 L (2020-2021), s. 98).

Iht. pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-7 skal det fattes enkeltvedtak ved tildeling, endring eller avslag på krav om bestemte helsetjenester tjenester som er ment å vare lengre enn to uker. Følgende tjenester faller innenfor bestemmelsen: Helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon, nødvendig pårørendestøtte, brukerstyrt personlig assistanse og opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns jf. pbrl. § 2-7.

Det er krav om at enkeltvedtakene er skriftlig og begrunnet, jf. forvaltningsloven (fvl.) § 23 og § 24. Kommunen har også en plikt til å påse at hver enkelt sak er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtaket treffes, jf. fvl. § 17 første ledd. Krav er også knyttet til tilskuddsordningen for å kunne kreve refusjon.

Med begrunnelse menes at det skal fremgå hvorfor vedkommende oppfyller eller ikke oppfyller vilkårene for tjenester, hva kommunen har lagt til grunn for utmålingen, og hvorfor kommunen vurderer at de tjenestene som tilbys vil dekke det aktuelle behovet på en forsvarlig måte. Krav til begrunnelsens innhold følger av fvl. § 25, hvor det framgår at begrunnelsen skal inneholde:

- En redegjørelse for hvilke regler som er anvendt
- En beskrivelse av hvilket faktum som er lagt til grunn for avgjørelsen
- En redegjørelse for hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen

I tråd med fvl. § 25 skal begrunnelsen vise til de reglene som vedtaket bygger på, og forholdene som vedtaket bygger på skal nevnes. Er de faktiske forholdene beskrevet av parten selv eller i et dokument som er gjort kjent for parten, holder det med en henvisning til tidligere framstilling. Men hvis dette er tilfelle skal det i underretningen til parten vedlegges en kopi av framstillinga. Det følger av § 25 tredje ledd, at de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn, bør nevnes.

Det framkommer av hol. § 3-2 jf. pbrl. § 2-1a: «Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen». Nødvendige helse- og omsorgstjenester gir krav på hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret og individuelt. Kommunen må vurdere hvilken hjelp som skal gis ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har, men kan ikke vise til en utfordrende ressursituasjon (penger, plasser, personale osv.) som begrunnelse for å gi et mindre adekvat tilbud. Det avgjørende skal og må være den hjelpetrengende sitt behov, ut fra en konkret vurdering fundert i helse- og/eller sosialfaglige betraktninger.

Videre er brukermedvirkning en lovfestet rettighet innbyggerne i Norge har i møte med offentlig velferdstjenester. Tjenestene på sin side har en plikt til å involvere brukeren. Tjenestetilbudet skal «så langt som mulig» utformes i et samarbeid med pasient/bruker, jf. hol. § 3-2. Det skal legges stor vekt på hva vedkommende selv mener.

I Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 3-2 heter det at «brukeren skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter». Retten til medvirkning gir brukeren en mulighet til å påvirke tjenestetilbudet og motta hjelp på egne premisser, noe som i neste omgang kan bidra til at den enkelte bruker får et eierskap til tjenesten som gis. I tillegg skal tjenestemottakerens ønsker og synspunkter tas hensyn til og vektlegges, jf. hol. § 3-2 jf. pbrl. § 3-1.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) regulerer tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Her heter det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for, til rett tid, og i henhold til individuell plan. Videre heter det at et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud skal gis og ivareta kontinuitet i tjenesten.

Utover kravene til forsvarlig saksbehandling iht. forvaltningsloven, er lignende krav gjenspeilet i *Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven* (Helsedirektoratet 2017). Også denne er tydelig på kommunens plikt til å sikre at det foreligger tilstrekkelige opplysninger før en fatter vedtak.

Alt dette er generelle bestemmelser som gjelder all saksbehandling og oppfølging av innbyggere som har behov for helse- og omsorgstjenester. Som allerede nevnt er brukere av ressurskrevende tjenester ingen egen gruppe med egne betingelser. Forskjellen ligger kun i at kommunen kan søke refusjon så snart direkte netto lønnsutgifter for å utføre tjenestene er av et omfang som overstiger innslagspunktet i ordningen, jf. over.

Disse bestemmelsene setter klare rammer, krav og forventninger til kommunens organisering og styring av sine helse- og omsorgstjenester. Bestemmelsene omfatter dermed også mottakerne av ressurskrevende tjenester, som er tema for denne forvaltningsrevisjonen. I tråd med oppdraget er våre undersøkelser avgrenset til disse mottakerne, selv om bestemmelsene er generelle.

Basert på dette er det utledet følgende revisjonskriterier til undersøkelsene i dette kapittelet:

- Kommunen har rutiner og praksis som sikrer at tildeling av ressurskrevende tjenester skjer på faglig grunnlag og ut fra tilstrekkelige opplysninger, inkludert ønsker og synspunkt til mottaker (ev. verge)
- Kommunen sørger for en samordnet brukeroppfølging gjennom individuelle planer til alle tjenestemottakere og en koordinerende enhet med overordnet ansvar

4.1.2 ARBEIDSFLYT OG RUTINER

For overordnede retningslinjer utover nasjonalt lov- og regelverk viser administrasjonen til kommunens tildelingskriterier på helse- og velferdsområdet (jf. Time kommune 2021). Sammen med årsrapporter og økonomiplan er dette med på å forankre kommunedirektøren sitt ansvar og arbeid i den politiske beslutningskjeden, og gi prioritet og retning for kommunens innsats.

I kap. 2.2.2 ble det gitt nærmere beskrivelser av dagens organisering på området. Som nevnt der: Et svært viktig organisatorisk grep ble gjort i 2019, med kommunens etablering av et tjeneste- og samordningskontor (TSK) for alle tildelingsvedtak innen helse og velferd.

Dette erstattet den tidligere praksisen med soneinndelt vedtaksmyndighet. Endringa skulle blant annet sikre mer helhetlig og profesjonell saksbehandling, mer rettferdig tildeling, større grad av lik praksis i samme kommune, og unngå fragmentering av ansvar for saksbehandling og tildeling.

Uten at det har vært et framtrødende tema for revisjonen, tilsier undersøkelsene i dette prosjektet at omorganiseringa har ført til ønskede forbedringer på området. Blant annet tyder intervjuene våre på at tjenestildelinga i større grad enn før skjer ut fra en helhetlig og ensartet praksis.

Det er etablert en løsning med «ei postkasse» (TSK), slik at alle henvendelser og søknader rettes til en og samme instans. Informasjon fra intervju tilsier at dette har vært et vellykket grep, og at det nå også er enklere for søkere og andre parter å vite hva og hvem en skal forholde seg til. Dette er et viktig, overordnet trekk ved kommunens organisering på området.

Videre beskriver kommunen at prosessen fra behov til vedtak («arbeidsflyten») kan deles inn i to kategorier. Arbeidsflyten vil avhenge av om det handler om a) vedtak til en ny bruker, eller b) ny evaluering og ev. justert vedtak for en allerede eksisterende mottaker.

Selv om det er flere likhetstrekk og noe grad av overlapp mellom de to kategoriene hva gjelder arbeidsflyt og rutiner, presenteres de her separat for å gi et bedre oversiktsbilde av kommunens prinsipper og praksis. Fokus er særlig rettet mot søknader som tilsier behov for ressurskrevende tjenester, men samsvarer i stor grad også med saksbehandling av «mindre krevende» søknader – dette omtales underveis. Informasjonen stammer fra intervju med kommunal ledelse på området. Enkelte opplysninger har vi også kontrollert ved gjennomgang av vedtak (jf. kap. 4.1.3).

a) Behandling av nye søknader

Saksbehandling av søknad som tilsier behov for ressurskrevende tjenester oppgis å omfatte et hjemmebesøk for å bedre klarlegge behovet. Prosedyrene beskrives videre å omfatte bruk av egnede kartleggingsskjema, bruk av IPLOS for å vurdere og registrere funksjonsnivå, innhenting av informasjon fra relevante andre aktører (som fastlege, spesialisthelsetjeneste m.m.) osv.²¹

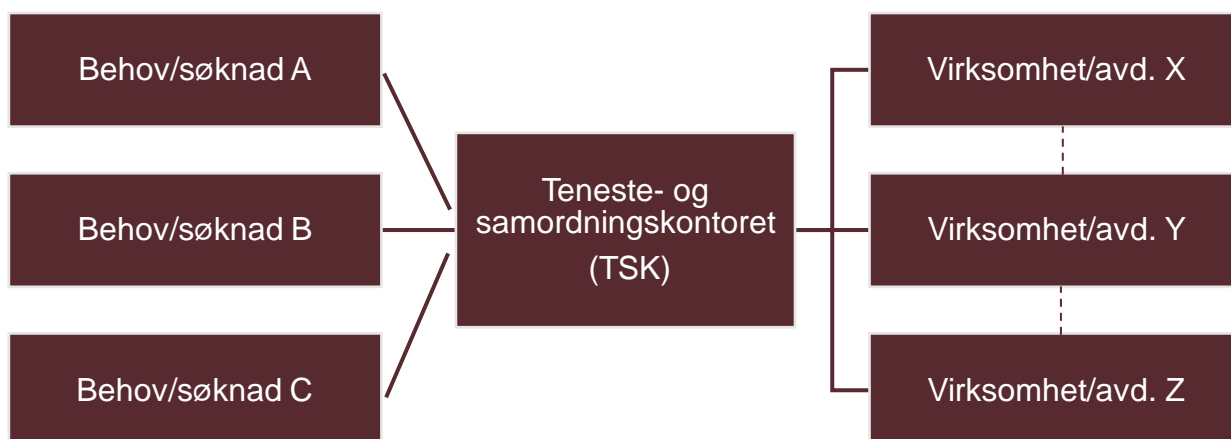
Påfølgende saksinnstilling skal inneholde vurderinger av hvilken type hjelp, timetall, kompetanse m.m. som synes nødvendig. Dette oppgis å inngå i grunnlaget for vedtaket som blir fattet i saken. Verge/pårørende oppgis å være involvert i denne prosessen, der dette er aktuelt (av og til også når søker er over 18 år og myndig).

Kartleggingsskjema oppgis å inneholde spørsmålet «Hva er viktig for deg?», som en standard formulering for å sikre brukerens stemme og perspektiv. Videre framholdes det at TSK iblant har møter med bruker og/eller verge/pårørende for å avklare forventninger til vedtak og oppfølging.

Den avdelinga innen tjenestområdet helse og velferd som er vurdert som mest relevant å følge opp søkeren, skal være informert om saken og være klar til oppfølging av vedtaket. Arbeidsflyten ved nye søknader kan illustreres med følgende figur:

²¹ IPLOS: Individbasert Pleie og Omsorgsstatistikk.

Figur 4.1. Illustrasjon av arbeidsflyt nye søknader og saksvedtak Time kommune²²



Her vil Teneste- og samordningskontoret (TSK) fungere som felles «postkasse» og også stå for ev. samordning mellom virksomhet/avdeling X, Y, Z osv. i forkant av tildeling av tilbud til søker A, B, C osv. (Kommunikasjon mellom virksomhetene/avdelingene om enkeltbrukere er i figuren markert med stiplet linje.) Oppfølging skjer deretter av den enkelte virksomhet/avdeling, jf. organisasjonskartet på tjenesteområdet helse og velferd vist til i kap. 2.1.

Som nevnt tidligere er «mottakere av ressurskrevende tjenester» verken en egen vedtakskategori eller noen som får videre oppfølging i en egen avdeling. Mottakerne har ulike bakgrunner, behov og diagnose(r), som dekkes av ulike avdelinger.

Søknadsbehandling ved TSK for denne gruppa skiller seg derfor ikke i prinsippet ut fra den behandlinga som gjøres av søknader fra andre mottakere av kommunens tjenestetilbud: Vedtak fattes på bakgrunn av søknad og lov- og regelverk, etter nærmere kartlegging av behov, jf. over.

Ettersom vedtakene til mottakere av ressurskrevende tjenester pr. definisjon er mer omfattende enn andres vedtak, har kommunen i praksis lagt seg til en noe mer detaljert søknadsbehandling og samordning av tjenester for denne gruppa. I intervju opplyses det om at det er flere grunner til at TSK bruker mer tid på behandling av saker som gjelder de aktuelle mottakerne. Punktvis og kort skissert er dette de viktigste grunnene som anføres av kommunen:

- Sak og hjelpebehov er i seg selv mer omfattende/komplekse (krever mer saksbehandling)
- Vedtakene må være mer spesifikke på timetall, tilbud, kompetanse, bemanning o.l.
- Helsedirektoratet krever mer spesifikke vedtak med tanke på gjennomgang og refusjon
- Større behov for samordning med kommunalsjef, regnskap og HR om den aktuelle gruppa

²² Vår figur er noe forenklet og utelater blant annet tilfeller hvor søknader blir avslått. (Dette er i praksis ikke en aktuell problemstilling for søknader fra innbyggere med et hjelpebehov tilsvarende ressurskrevende tjenester.) Med «virksomhet/avdeling» menes ansvar for videre oppfølging, og ikke nødvendigvis fysisk oppholdssted for mottakere – noen får sin oppfølging i hjemmet, ved privat institusjon eller ved institusjon i Hå kommune. Det er likevel viktig å understreke at det er Time kommune sitt ansvar for at tjenestetilbudet blir gitt og er iht. vedtak.

Med andre ord er det ingen formell forskjellsbehandling, men ekstra fokus og oppmerksomhet knyttet til saksbehandling og vedtak for mottakere av ressurskrevende tjenester. Informasjon fra intervju tilsier også at saksbehandler kobler på ledelse ved søknader som tilsier et ressursomfang som gjør at tilbudet blir kategorisert som ressurskrevende tjeneste (dvs. over innslagspunktet).

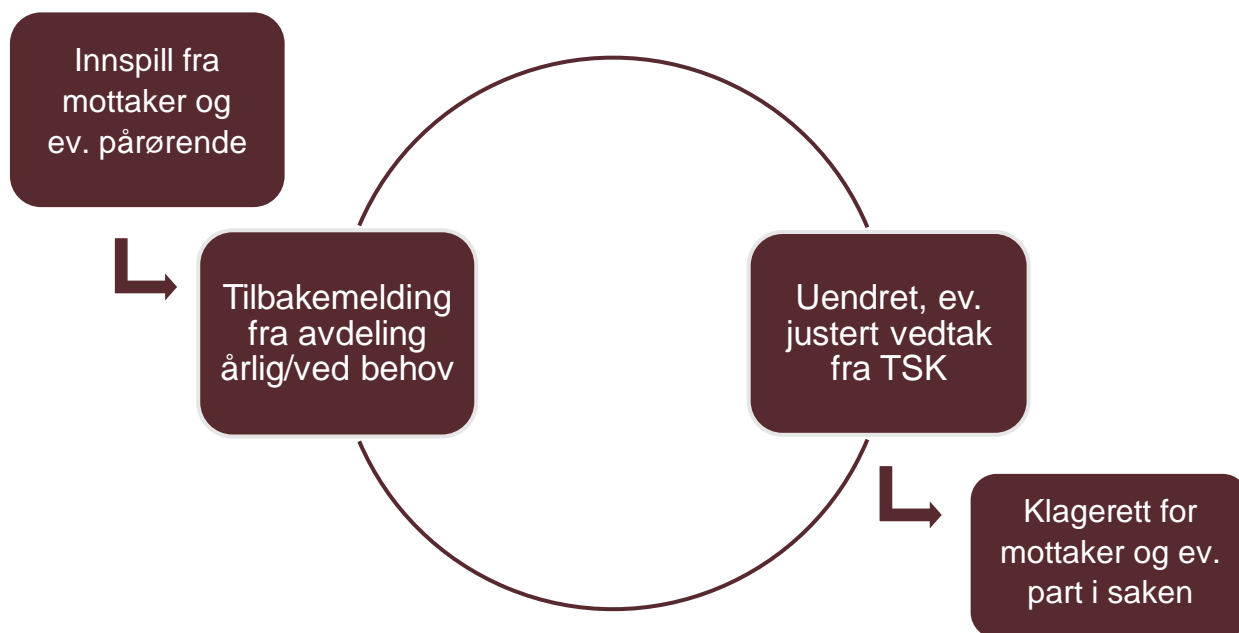
b) Ny evaluering av vedtak

Kommunen oppgir å ha årlige gjennomganger og evalueringer av allerede fattede vedtak. Dette er lagt inn som fast praksis med tanke på ev. justeringer av type eller timer hjelp til mottaker. Vi skrev ovenfor at det i prinsippet ikke er forskjell på arbeidsflyten ved TSKs saksbehandling av søknader, men at det av flere grunner var praksis for en grundigere gjennomgang av søknader om ressurskrevende tjenester. Dette gjelder også for rutinene for oppfølging av vedtak og de årlige evalueringene av allerede fattede vedtak til mottakere av ressurskrevende tjenester.

Generelt gjelder at TSK mottar endringsmeldinger fra avdelingene minst en gang i året (ofte ved åpenbart endret behov underveis). Ved behov fatter deretter TSK et nytt vedtak, for eksempel endring av antall timer for oppfølging på nattestid. Iht. standard forvaltningsregler er det krav til brukermedvirkning og klagerett på alle vedtak i saken. En klage vil først gå til saksbehandlende enhet (her: TSK). Hvis vedtaket opprettholdes (helt eller delvis), sendes klagen videre til endelig behandling i en høyere klageinstans (her: Statsforvalteren i Rogaland).

TSK oppgis å ha tettere oppfølging av avdelingene om mottakere av ressurskrevende tjenester, også med tanke på ny evaluering av vedtak. Her er det en tidligere frist for innsending av årlige endringsmeldinger for den aktuelle brukergruppa. Dette gjøres med tanke på oppdatert vurdering av hjelpebehov og ev. justering av vedtak. Som nevnt over er det flere grunner til at samordning og saksbehandling tar lenger tid og er mer omfattende for denne gruppa. Virksomhetsleder oppgir i intervju at TSK har gjort et arbeid med å få inn endringsmeldingene i tide, og at dette arbeidet har hatt prioritet.

Figur 4.2. Illustrasjon av arbeidsflyt årlige gjennomganger av vedtak Time kommune



Tildeling av tjenestetilbud oppgis å skje iht. lov- og regelverk. Virksomhetsleder ved TSK bekrefter at «nasjonale føringer på hva brukere har rett på ligger fast». Informasjon fra intervju tilsier at det ikke er laget en egen, skriftliggjort rutine eller flytskjema for selve arbeidet, men at «alle vet hva de skal gjøre», og at det er «rutine for å melde videre». Tildelingsnivået for tjenestene generelt sett blir av samme informant beskrevet som «innenfor lovverket og edruelig».

Flere detaljer om dette kommer vi nærmere inn på i neste delkapittel, om konkrete vurderinger av tjenestetildelinga.

4.1.3 HVA AVGJØR TILDELING AV TJENESTER?

Som påpekt i forbindelse med lovkrav og revisjonskriterier (kap. 4.1.1): Tildeling av tjenester skal skje på faglig grunnlag og ut fra tilstrekkelige opplysninger, inkludert ønsker og synspunkt til mottaker (ev. verge). Kommunen skal også sørge for en samordnet brukeroppfølging gjennom individuelle planer til alle tjenestemottakere og en koordinerende enhet med overordnet ansvar.

I kap. 4.1.2 viste vi til kommunens arbeidsflyt og rutiner på området, med uttalt praksis for å fatte vedtak basert på helse- og sosialfaglige vurderinger, med inklusjon av brukerstemmen, ev. også pårørende og verge. Teneste- og samordningskontoret (TSK) har også ansvar for å holde de relevante avdelingene orientert i forkant av endringer eller ny tildeling av tjenester hos dem.

For å gjennomføre egne undersøkelser av disse forholdene har vi gått gjennom et utvalg vedtak og saksdokumenter på området. Vi har til dette formålet fått oversendt etterspurte dokumenter fra de ti siste (nye) mottakerne av ressurskrevende tjenester i Time kommune. Dette utvalget er gått gjennom og kontrollert for:

- a) dokumentasjon av faglig beslutningsgrunnlag
- b) dokumentasjon av brukerstemme og -perspektiv
- c) dokumentasjon av ulike formalia (hjemmelsgrunnlag, klagerett og individuell plan)

Våre undersøkelser og funn er kort gjengitt i delavsnittene nedenfor. Vi tar her et forbehold om mulig dokumentasjon i andre saksdokumenter enn de oversendte.²³ Videre omhandler enkelte vedtak barn under 16 år, og kan da være stilet til en omsorgsperson. (Mer om dette nedenfor.)

a) Dokumentasjon av faglig beslutningsgrunnlag

Vår gjennomgang viser at vedtak og saksdokumenter inneholder referanser til det faglige beslutningsgrunnlaget for tjenestetilbudet til alle ti mottakere. I selve vedtaket har TSK begrenset seg til en helt overordnet beskrivelse av faglig beslutningsgrunnlag, som i praksis kun bekrefter at det er behov for et tjenestetilbud tilsvarende nærmere anført timetall og type hjelp. I alle sakene framgår begrunnelsen heller av saksinnstilling enn av konkrete vurderinger i vedtaket.

For vurdering av dette og andre forhold, se delkapittel 4.1.4. Se også delavsnitt c) under.

b) Dokumentasjon av brukerstemme og -perspektiv

Vi finner at brukerstemmen er gjort eksplisitt i seks av ti saker, og i to av dem indirekte (gjennom henvisninger til andres vurderinger av brukers ønsker/behov). I den grad utvalget av ti saker er

²³ Det er fra vår side bedt om «a) begrunnelsene/vurderingene som ligger til grunn for første vedtak, b) første vedtak og c) det sist oppdaterte vedtaket for de 8-10 nyeste brukerne som hører innunder kategorien ressurskrevende tjenester» (e-post fra forvaltningsrevisor til Time kommune, datert 6. juni 2024).

representativt og oversendt dokumentasjon er dekkende: Brukerstemmen er mest direkte gjengitt i litt eldre saksinnstillinger, da i et eget avsnitt om hva bruker sier og ønsker.

Brukerens stemme og perspektiv er også i mindre grad løftet fram i saksdokumenter om barn. Dette kan til dels forklares med at opprinnelig søker er omsorgsperson som ber kommunen om avlastningstiltak, og at vedtak, rettigheter og tiltak er rettet mot omsorgspersonen, og ikke barnet. Flere oppdaterte/justerte vedtak viser til tidligere saksutredning, hvor vedlagt dokumentasjon er fra opprinnelig søknad om avlastningstiltak. I intervju framkommer det at brukerstemmen er søkt innhentet ved årlige tilbakemeldinger som legger grunnlaget for justering av vedtak, da sammen med tilbakemeldinger fra mottakers primærkontakt og avdelinga en bor eller hører til ved. (Mer om dette i kap. 4.1.4.)

I intervju med virksomhetsleder TSK framkommer det at det nå er utviklet en ny mal som blant annet skal sørge for bedre inklusjon og bedre dokumentasjon av brukerstemmen, også når dette er mindreårige og umyndige. Dette skjer i samarbeid med foreldre og et foreldreinitiativ på området.

c) Dokumentasjon av ulike formalia

Alle oppdaterte vedtak i sakene («siste vedtak») inneholder standardiserte avsnitt om vedtakets hjemmelsgrunnlag og søkers klagerett. Dette er påkrevd, og av vedtakene virker det som om TSK har utarbeidet en felles mal som sikrer at formuleringer om dette er med i alle vedtak. I oversendt dokumentasjon finnes det også enkelte eldre saksvedtak hvor dette ikke framgår, ev. ikke framgår like tydelig. (Dette er gjerne vedtak fra 15-20 år tilbake («første vedtak»)).

Fire av de ti siste vedtakene har henvisninger til utarbeidelse av individuell plan (IP), dette inngår ikke i de seks andre vedtakene. Det er ikke pålagt å vise til dette i selve vedtaket, men kommunen har iht. hol. § 7-1 plikt til å utarbeide en IP for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (jf. også omtale i kap. 4.1.1).

Til gjennomgangen vår har vi bedt om nærmere opplysninger om IP til de 32 mottakerne av ressurskrevende tjenester i Time kommune i 2023. Administrasjonen oppgir pr. e-post 5. august at 14 mottakere har en IP, mens ytterligere 10 har hatt (før flytting til institusjon/bolig med samlet tjenestetilbud har gjort dette overflødig). Øvrige brukere oppgis å ikke ha et ønske om IP.

I forbindelse med intervju på avdelinger har vi forhørt oss om deres lokale bruk av IP. Konkret oppfølging blir nærmere omtalt i kap. 4.2.2 og 4.2.3, men informasjon fra intervjuene bekrefter at det i noen tilfeller ikke foreligger IP. Dette begrunnes i utfordringer med å få brukeren til å forstå og/eller signere dokumenter mer generelt, først og fremst knyttet til funksjonsnivå/sykdomsbilde. Tilsvarende informasjon forsøkes da formidlet muntlig, ved anledning og i den grad brukeren er mottakelig for det. Samtidig framkommer det i intervju at det arbeides med å få flere IP på plass.

4.1.4 VURDERING

Etter vår vurdering har kommunen rutiner og praksis som sikrer at tildeling av ressurskrevende tjenester skjer på faglig grunnlag og ut fra tilstrekkelige opplysninger. Her viser vi særlig til oppgavene og ansvaret til Teneste- og samordningskontoret (TSK). TSK har i oppgave å sørge for enhetlig saksbehandling på faglig grunnlag, med innspill og koordinering på tvers av fagfelt og avdelinger. Denne oppgaven framstår som godt forankret i kommuneorganisasjonen, og – ut fra tilbakemeldingene fra informantene – som en klar forbedring fra tidligere praksis.

TSK har også en viktig rolle i å samordne brukeroppfølgning ved å koordinere tildelte tjenester til riktig(e) avdeling(er). Den fungerer som den lovpålagte koordinerende enheten med et overordnet ansvar for å sikre samhandling og samarbeid mellom både interne og eksterne aktører, til det beste for brukerne.

Ettersom perspektivet i denne rapporten er avgrenset til organisatoriske forhold i kommunen, har vi ikke prioritert å innhente eksterne aktørers synspunkt om samarbeidet. Undersøkelsene av kommunal styring og organisering tilsier derimot at både arbeidsflyt og rutiner ved tildeling av tjenestetilbud på området fungerer etter hensikten.

Undersøkelsene tilsier at kommunen i hovedsak har individuell plan (IP) på plass for alle brukere av ressurskrevende tjenester. Der det mangler, synes det å være gode grunner for dette. I samtale med ansatte oppgis hovedgrunnen å være at nødvendige tjenester allerede er samordnet internt i institusjonen, eller et manglende ønske om IP hos den enkelte brukeren. Dette siste oppgis å være knyttet til funksjonsnivå/sykdomsbilde, i den forstand at vedkommende ut fra helsetilstand enten ikke forstår eller ikke er mottakelig for denne typen informasjon. Opplysninger fra intervju på avdelingene om at en arbeider med å få på plass flere IP synes likevel å tilsi at det kan være noe ugjørt arbeid på området. Dette arbeidet bør i så fall fortsatt prioriteres.

Det er et spørsmål om kommunen i større grad bør inkludere faglige vurderinger i vedtak. I dag virker dette primært å framkomme av annen dokumentasjon i saken. Dagens praksis tilsier stor grad av generelle formuleringer i en standardisert mal for vedtak, for så å vise til saksinnstilling for faglige vurderinger. Da må imidlertid innstilling og ev. andre dokumenter som inngår i dette vurderingsgrunnlaget legges ved vedtaket som kopi, jf. kravene i forvaltningsloven § 25 (gjengitt over i kap. 4.1.1).

Vi anbefaler kommunen å vurdere om den skal legge mer vekt på å synliggjøre faglige begrunnelser i selve vedtakene, slik at det tydeligere framkommer hvilke forhold som er lagt vekt på og i hvilken grad (også sammenlignet med saksinnstilling og andre dokumenter i saken). Dette må igjen sees i sammenheng med krav til personvern og andre hensyn i saken.

Videre anbefaler vi Time kommune å sørge for noe bedre dokumentasjon av brukerens stemme og perspektiv i vedtak og saksdokumenter. Informasjon fra intervju tilsier at alle mottakere av ressurskrevende tjenester blir spurt «Hva er viktig for deg?» eller tilsvarende ved kartlegging av hjelpebehov. Vi vurderer at denne informasjonen i større grad bør dokumenteres og synliggjøres i vedtak og saksinnstilling/begrunnelse. I enkelte tilfeller var denne informasjon bedre tilgjengelig i noe eldre vedtak og saksdokumenter, jf. kap. 4.1.3.b).

Inklusjon av brukers stemme og perspektiv må også gjelde når vedkommende er mindreårig eller på annet vis umyndig. Inklusjon må tilpasses økende alder og modenhet, og kommunen bør dokumentere det dersom det ikke er mulig å få brukerens synspunkter. Kommunen må vurdere dette også i tilfeller når søkeren er den umyndiges omsorgsperson/verge – her har vi ikke videre kjennskap til dagens praksis, men kun observert en slik mangel i enkelte eldre vedtak.

4.2 OPPFØLGING OG SAMARBEID

4.2.1 LOVKRAV OG REVISJONSKRITERIER

Kommunen har en plikt til å samordne sine tjenester og skal samarbeide med andre tjenesteytere om tilbudet der det er behov for dette, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-4:

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Kommunen skal samordne tjenestetilbudet etter første ledd.

Dette vil si at kommunen har en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester og tilbud innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig. Ved uklarheter eller uenigheter om hvem som skal samordne tjenestetilbudet inntreer en plikt for kommunen til å bestemme hvilken velferdstjeneste som skal samordne tjenestetilbudet til en tjenestemottaker som trenger helhetlige og samordnede tjenester, jf. hol. § 3-4 andre ledd.

Dette må ses i sammenheng med kravet i hol. § 4-1 som oppsetter krav om at kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud jf. § 4-1 første ledd bokstav a.

Som påpekt tidligere i rapporten (kap. 4.1.1): Dette må også ses i lys av kravene om å utarbeide en individuell plan (jf. hol § 7-1), å tilby koordinator (jf. hol. § 7-2) og ha en koordinerende enhet (jf. hol. § 7-3). Sammen skal dette sørge for at brukere får et individuelt tilpasset og samordnet tjenestetilbud også når flere instanser er involvert i oppfølginga.

I tillegg til lovkravene på området, har også Helsedirektoratet utgitt flere veiledere av betydning for kommunens innsats og prioriteringer. *Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven* er tydelig på at tverrfaglig samarbeid mellom helseinstanser er sentralt for å sikre brukeren best mulig tjenester. Her understrekes det at

... i mange saker [vil det] være viktig ha en tverrfaglig tilnærming ved utredning av behovet, slik at pasienten/brukeren får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene. Tverrfaglig vurdering kan gi en riktigere vurdering av tjenestebehovet og dermed være en forutsetning for en forsvarlig utredning av saken (Helsedirektoratet, 2017, s. 32)

En annen veileder fra Helsedirektoratet (*Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*) er klar på at kommunens tilnærming må være tverrfaglig og bredt anlagt: «Oppfølging av personer med omfattende behov for tjenester krever bred tilnærming på tvers av enheter innad i helse- og omsorgstjenesten og mellom ulike sektorer» (Helsedirektoratet 2019, 11. februar, s. 28-29).

I tillegg til å være til brukerens beste, skal samarbeid på tvers av fagområder og sektorer bidra til kompetanseutvikling. Dette kan kommunen dra nytte av i sitt arbeid, og er i veilederen framhevet som et lederansvar: «Ledere bør legge til rette for og understøtte bruk av kompetanse på tvers av tjenesteområder og sektorer», blant for å bygge «felles kultur og forståelse» (ibid., s. 29).

Med hovedvekt på lovkravene er det utledet følgende revisjonskriterier til nærmere undersøkelse:

- Kommunen har en etablert struktur for samarbeid i saker hvor flere instanser er involvert
- Kommunens struktur for samarbeid sikrer hver enkelt bruker et helhetlig og koordinert tjenestetilbud

4.2.2 STRUKTURER FOR SAMARBEID

Kommunalsjef helse og velferd har et overordnet ansvar for å sørge for at tilbud som gis til egne brukere er helhetlig og koordinert, også når det omfatter instanser utenfor tjenesteområdet. Dette krever gode strukturer for samarbeid, og er særlig viktig i store og komplekse saker som krever at flere instanser koordinerer sin innsats, slik tilfelle er for ressurskrevende tjenester.

For oversiktens skyld velger vi her å presentere kommunens struktur for samarbeid i tre ulike delavsnitt. Dette handler om samarbeid med: a) andre instanser i kommunen, b) ikke-kommunale tilbydere av helsetjenester og c) eksterne aktører om levering av heldøgns institusjonsplasser.

Dette vurderes som de viktigste instansene som kommunen må samarbeide med for å gi brukerne et fullverdig tilbud. De tre delavsnittene beskriver kommunens struktur og praksis på området. Våre vurderinger av dette samarbeidet kommer i det påfølgende delkapittelet (kap. 4.2.3).

a) Samarbeid innad i kommunen

Som det framgår av kommunens organisasjonskart (jf. kap. 2.1): Tjenesteområdet består av seks ulike virksomheter som hver består av flere avdelinger. Disse er i ulik grad involvert i tilbudet til den aktuelle mottakergruppa; som allerede nevnt er det særlig de to virksomhetene Miljøtenesten og Psykisk helse og rusarbeid hvor vi finner mottakerne, mens Teneste- og samordningskontoret (TSK) er virksomheten som fatter vedtak og koordinerer samarbeid på tvers.

Virksomhetsledere inngår i kommunalsjefens ledergruppe og møtes jevnlig. Dette er både en struktur for samarbeid og en arena for videre erfaringsutveksling. Informasjon fra intervju tilsier at samarbeidsmiljøet er godt, og at virksomhetsledere (med sine ansatte) i liten grad sitter på sine egne «tuer». Langt heller beskrives et tverrfaglig og godt samarbeid mellom virksomhetene, med TSK som en koordinerende enhet som er «tungt involvert» for å sikre brukere et enhetlig tilbud. Ved TSK er det også en egen systemkoordinator som har dette som dedikert oppgave.

Ut fra denne organiseringa får særlig TSK en viktig rolle i samarbeidet innad i kommunen (i tillegg til eksterne, jf. under). Som omtalt i kap. 4.1.2: TSK har ved tildeling av tjenestetilbud til den enkelte mottakeren ansvar for å oppdatere de relevante virksomhetene og avdelingene i kommunen, samt koordinere det intrakommunale tilbudet i tilfeller hvor det er behov for dette.

På intervju spørsmål om hvilke andre instanser TSK har mest kontakt med i forbindelse med ressurskrevende tjenester, oppgis tverrfaglig samarbeid med avdelinger innen helse og velferd, og i enkelte tilfeller – med mindreårige mottakere – tjenesteområdet oppvekst (som har ansvar for skole, PPT, barnevern m.m.).

Samarbeidet med andre enheter innenfor både tjenesteområdet og kommunen beskrives som godt. Det vises til at det enkelte ganger er noe overlapp og iblant også grensetilfeller hvor det ikke nødvendigvis er opplagt hvilken enhet som skal ha ansvar for hvilke deler av oppfølginga.

For eksempel kan det være tilfeller hvor både barnevern og ei avdeling innenfor helse og velferd er involvert i oppfølging av samme bruker, uten at det er gitt hvem som skal gjøre hva. I intervju vises det til henvendelser til Statsforvalteren i Rogaland for å få enkelte slike avklaringer, uten at det følger en fasit for alle tilfeller.

Ettersom den aktuelle mottakergruppa er rimelig stabil i både antall og fysiske personer, vil mye av innsatsen nødvendigvis bestå av oppfølging av ei relativt lita gruppe mottakere hvor vedtak og tilbud allerede foreligger. Kommunens overordnede tilnærming vil derfor i stor grad handle om persontilpassede justeringer, ikke innsats av en karakter eller et omfang som tilsier behov for en helt fast og standardisert møtestruktur. Dette bekreftes i intervju med virksomhetsleder TSK, som framhever at strukturen for samarbeid er nært koblet til daglig drift, dvs. løpende oppgaver.

Oppfølging av den enkelte mottakeren skjer dermed i stor grad gjennom primærkontakt, ved avdelinga hvor brukeren har sitt hovedtilbud, gjennom ansvarsgruppemøter osv. Mer overordnet tilnærming til brukergruppa ligger heller til kommunalsjef og hennes stab, samt virksomhetsleder TSK. Som allerede omtalt i kap. 4.1.2 og 4.1.3 viser dette samarbeidet seg i arbeidsflyt og rutiner i forbindelse med tildeling av nye tjenester, eventuelt også ved senere tilpasninger av vedtak.

Konkret oppfølging av mottakere ligger til de ansatte i avdelingene, og oppfølging av de ansatte ligger til avdelingsleder. Som det framkommer i intervju med sentrale aktører: Avdelingsleder har både faglig, personal-, økonomisk og administrativt ansvar. I dette ligger også oppgavene med å sørge for at vedtakstimer til mottaker samsvarer med utførte timer av ansatte, og å melde inn og rapportere ved behovsendringer. Det ligger dermed et stort ansvar på avdelingsledere for å sørge for kvaliteten i tjenestetilbudet og for at dette er i tråd med faglige og økonomiske krav.

Med tanke på involvering av mottakeres nærmeste viser administrativ ledelse til uformell dialog og innspill underveis, og mer formelt til pårørendeplan, samt bruker- og pårørendeundersøkelser. (Noe mer om dette i kap. 5.)

b) Samarbeid med ikke-kommunale helsetjenester

Brukerne har mange kontaktpunkt med ikke-kommunale helsetjenester. Dette kan være fastlege, tannlege, sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, både innenfor somatisk og/eller psykisk helse.

Informasjon fra intervju tilsier at ansatte bruker stadig mer tid på å følge opp brukere på dette. Av grunner som nevnes er: stadig høyere krav til god helsehjelp, raskere utskrivninger av pasienter fra sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, flere møtepunkt med fastleger og en brukergruppe med et stort tjenestebehov som lever lengre enn før (og dermed får økte helseplager og økte behov for oppfølging).

Også på dette området beskrives samarbeidet som i hovedsak godt og i stor grad knyttet til ulike behov hos hver enkelt mottaker. Strukturen for samarbeid blir dermed også her i stor grad styrt av hvilken type oppfølging den enkelte brukeren har behov for. Informasjon fra intervju tilsier at en slik tilnærming (nedenfra og opp) vurderes som mest hensiktsmessig, sett i lys av den forholdvis store variasjonen i brukerne og deres behov.

Informanter gir i intervju uttrykk for at de opplever at det store flertallet av fastleger følger opp mottakerne av ressurskrevende tjenester på en god måte. Flere ansatte peker på at det blir gradvis mer ansvar på deres avdelinger når sykehus og andre spesialisthelsetjenester virker å skrive ut pasienter tidligere enn før, noe som høyner kommunens arbeidsmengde og kompetansebehov.

Dette siste er utviklingstrekk som er kjent fra offentlig helsevesen de siste årene. Kommunene får i stadig større grad ansvar for oppfølging av pasienter som tidligere hadde hatt lengre opphold på institusjoner innen spesialisthelsetjenester – dette være seg sykehus, distriktpsykiatriske sentre, opptrenings- og rehabiliteringssentre osv. Informasjon fra intervju tilsier at dette også gjelder for kommunens mottakere av ressurskrevende tjenester.

I intervju med avdelingene pekes det også på tidvise utfordringer med å få enkelte deler av spesialisthelsetjenesten til å forstå kommunens ansvar for brukere i noen situasjoner. Et konkret eksempel gjelder oppfølging av mottakere på Svertingstad. Avdelinga er et bofellesskap og ikke et behandlingstilbud, hvor utfordringsbildet til beboerne gjerne består av en kombinasjon av rus og psykiatri.

Her beskriver ansatte tilfeller hvor spesialisthelsetjenesten – ofte Jæren DPS – har forventninger om oppfølging av brukere som avdelinga verken har ansvar for eller hjemmel til å gjennomføre. Informantene framhever hvor avhengige ansatte er av å ivareta en tillitsrelasjon med beboerne, og at de ikke har anledning til å bruke tvang eller sikre oppfølging av et bestemt behandlingsregime. Det oppgis at det særlig ved bruk av vikarer eller nye ansatte i spesialisthelsetjenesten lett kan bli misforståelser på slike punkt. Da blir det gjerne nødvendig med en telefonsamtale i ettertid, for å sikre gjensidig forståelse av roller og ansvar.

c) Samarbeid med eksterne om heldøgns plasser

Time kommune kjøper et mindre antall heldøgns institusjonsplasser av eksterne leverandører. Det er inngått avtaler med både offentlige og private virksomheter om å sørge for det faktiske tilbudet til ulike mottakere av ressurskrevende tjenester, i tråd med den enkeltes vedtak. Som vist i tabell 3.2: I 2023 kjøpte kommunen tolv heldøgns plasser, opp fra åtte heldøgns plasser fem år tidligere.

Informasjon fra intervju med kommuneadministrasjonen tilsier at hovedgrunnen til at en velger å gå til innkjøp av heldøgns plasser heller enn å levere dem selv, er manglende fysiske fasiliteter i Time kommune. Manglende boligmasse for å kunne gi riktig tilbud innenfor psykisk helse framheves spesifikt. I enkelte tilfeller mangler det også kompetanse til å kunne gi riktig tilbud. Økonomiske hensyn anføres ikke som en grunn til at kommunen har valgt å «sette ut tjenester». Avtaler er inngått med både Hå kommune og ulike private leverandører, som Humana og Aberia.

Avtalen med Hå kommune henger blant annet sammen med at Hå i lang tid har hatt overkapasitet av institusjonsplasser, og at de to kommunene dermed har hatt gjensidig nytte av hverandre og av avtalen. Aktørene har god kjennskap til hverandre og et langvarig, etablert samarbeid på området.

Med private leverandører foreligger det avtaler med ulike aktører om heldøgns institusjonsplasser til mottakere av ressurskrevende tjenester. Forelagte avtaler har ulik varighet (og gjerne opsjon på forlengelse), og er innrettet mot enkeltbrukere. I avtalene forelagt revisjonen har begge parter rett til å kreve samarbeidsmøte dersom det oppstår uklarheter eller uenigheter, og leverandør har plikt til å oversende tilstandsrapporter etter nærmere bestemte intervaller. I tilsendt dokumentasjon har vi sett både månedlige og halvårlige intervaller i ulike avtaler.

Også samarbeidet med private leverandører blir i intervju beskrevet som godt. Det vises til rutine og praksis for oppfølging fra administrasjonens side, ev. fra virksomhetsleder ved TSK eller ved en annen enhet. I intervju blir det vist til en enkeltepisode hvor en privat leverandør har ønsket å si opp avtalen underveis: Da har kommunen gått inn med veiledning og nærmere oppfølging, slik at tilbud har blitt opprettholdt som avtalt.

Generelt sett: Kommunen har naturlig nok mindre kjennskap til detaljer knyttet til mottaker og ressursbruk når den «setter ut» tjenester. Som nevnt er det avtalefestet rutiner for rapportering av den faglige oppfølginga av tilbudet. Informasjon fra intervju tilsier at kommunen ikke har like god oversikt over faktisk ressursbruk av eksterne: Da er kommunen henvist til innrapporterte tall og innsendte faktura. (Det er i tilskuddsordningen også færre krav til dokumentasjon av påløpte kostnader for tjenester som er levert av eksterne, jf. Helsedirektoratet (2020).)

Både kommunen og revisjonen understreker at dette ikke handler om tvil om tall, fakturagrunnlag eller lignende. Alle fakturaer kontrolleres opp mot vedtatte timeverk og iht. avtale. Poenget her er kun at kommunen mangler oversikt over forhold som er av betydning for refusjonsgrunnlaget. Nå som Helsedirektoratet siden 2020 har strammet inn sin tilskuddspraksis, blir dette desto viktigere å holde oversikt over. I denne sammenhengen viser kontrollansvarlig i kommunen til at fakturaer fra eksterne aktører er lite spesifiserte, noe som utfordrer kommunal styring og kostnadskontroll.

Utover hva som følger av avtaler, lov- og regelverk eller annet har ikke kommunen styringsrett over disse eksterne aktørene og deres prioriteringer. Det vil likevel være kommunens ansvar å sørge for at tjenestene leveres slik de skal. Dette fordrer gode avtaler/bestillinger, samt rutiner for å sikre god rapportering og oppfølging. Informasjon fra intervju tilsier at kommunalsjef (med stab) og virksomhetsleder TSK (med ansatte) er de som står for mest kontakt og samarbeid med de eksterne aktørene på området. Innkjøpsavdelinga er også påkoblet ved avtaleinngåelse o.l.

Som nevnt er det avtalt faste rapporteringspunkt i samarbeidet med eksterne aktører. Utover dette foregår konkret oppfølging gjerne i sammenheng med endrede behov eller endrede forutsetninger hos den enkelte brukeren, slik tilfelle ofte også er med samarbeidet mellom ulike instanser innad i kommunen.

Brukernes tjenestebehov er stort sett stabile, langvarige og omfattende.²⁴ Generelt sett vil dette redusere risikoen for at det blir behovsendringer av et omfang som gjør det svært ufordelaktig for kommunen å benytte seg av eksterne leverandører. Behovsendringer vil dermed som oftest la seg håndtere innenfor avtalerammene eller nærmere dialog. Ved mottakers flytting eller annet opphør av avtale må kommunen som regel betale leverandør i en nærmere fastsatt oppsigelsestid, såfremt ikke annet avtales.²⁵

4.2.3 VURDERING

Vi vurderer at Time kommune har en etablert rutine/struktur for samarbeid i saker hvor flere instanser er involvert i oppfølging av mottakerne av ressurskrevende tjenester, jf. lovkravene og første revisjonskriterium vist til i kap. 4.1.1. Denne strukturen framstår i stor grad å være grunnet i brukeres behov (nedenfra og opp) i stedet for en ferdig formulert, sentralstyrt løsning (ovenfra og ned). Det er også etablert faste rapporteringspunkt og rutiner for oppfølging ved endringer.

Denne strukturen for samarbeid framstår som rimelig og hensiktsmessig. Vi begrunner dette i det forholdsvis beskjedne antallet mottakere og den store variasjonen i deres ulike behov, slik det

²⁴ Mulige unntak til dette er gjerne knyttet til stabilitet, for eksempel periodevise endringer i behov blant brukere med utagerende atferd. Varighet og omfang av hjelpebehov er generelt sett betydelige og kun unntaksvis forbigående.

²⁵ Det er likevel mulig å kreve refusjon for én måneds direkte lønnsutgifter, ev. ordne alternativ bruk av ressurser, se blant annet Helsedirektoratet (2020, s. 12).

også er formulert i intervju med ansatte. Etter vårt syn har dermed kommunen en god struktur for samarbeid med de involverte instansene, som er lagt opp for å sikre at brukere får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, jf. lovkravene og andre revisjonskriterium i kap. 4.1.1.²⁶

I sum tilsier dette at strukturen er brukerorientert og tilpasset tjenestemottakeres behov, heller enn primært bygget opp rundt kommunens egen organisering. Denne brukerorienterte tilnærminga til kommunens struktur for samarbeid vurderes riktig og relevant. Kommunens struktur er lagt opp på en måte som skal sikre at alle mottakere får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Ei mulig utfordring er at dette setter høye krav til kommunens oppfølging av hver enkelt bruker. Det er større fare for at oppfølging *kan* glippe i en slik tilnærming enn i en mer standardisert, sentralstyrt løsning som heller er innrettet ovenfra og ned. Vi mener at strukturen krever at ledere og andre ansatte i stab, TSK og avdelingene har et godt samarbeid i det daglige, og slik sørger for at hver enkelt får de tjenestene vedkommende skal ha.

Vi vurderer at kommunen med etablering av TSK i 2019 fikk på plass et godt apparat for å håndtere dette. Videre tilsier våre opplysninger fra intervju at det er et godt og velfungerende samarbeid både mellom ulike ansatte og ulike enheter i kommunen.

Vi vurderer at kommunen har god oversikt over mottakerne og har rutiner for å følge dem godt opp. Naturlig nok er dette enklere når det kommer til samarbeid innad i kommunen, jf. delavsnitt a) i kap. 4.2.2. over. Kommunen har da selv ansvar for alle deler av samarbeidet, og har i tillegg instruksjonsrett (og -plikt) ved uenigheter eller uklarheter mellom avdelinger/ansatte.

Noen større utfordringer er det med oppfølging mellom helsetjenester i og utenfor kommunen, som for eksempel spesialisthelsetjenesten, jf. delavsnitt b). Det ble der vist til tilfeller hvor spesialisthelsetjenesten har hatt forventninger om oppfølging av brukere som kommunen verken har ansvar for eller hjemmel til å gjennomføre. Dette blir tatt hånd om fortløpende av kommunen. Generelt sett mener vi det er hensiktsmessig å også arbeide forebyggende med slike tilfeller.

Oversikt over brukere og behovsoppfølging blir nødvendigvis noe annerledes i samarbeidet med eksterne leverandører om heldøgns plasser, jf. delavsnitt c). Slike innkjøp og avtaler begrenser naturlig nok kommunens handlingsrom og kjennskap til hver enkelt bruker. Kommunen har pr. definisjon begrenset innsyn i og kjennskap til faktisk ressursbruk på de ulike institusjonene, og må følge opp sitt lovpålagte ansvar for tilbudet på en annen måte her. Det er etablert en struktur for rapportering og for rutine ved endringer eller uklarheter/uenigheter om tilbudet.

Denne strukturen for samarbeid synes å være hensiktsmessig innrettet. Kommunen bør imidlertid vurdere å skaffe seg bedre dokumentasjonsgrunnlag for timeverk utført av eksterne leverandører. Dette bør på plass for å få bedre oversikt og kostnadskontroll over både tilbud og utgifter, og kan for eksempel løses ved å avtalefeste mer spesifikke fakturaer. Manglende oversikt har negative følger, særlig nå som Helsedirektoratet har strammet inn hvilke timeverk det gir refusjon for.

Om innkjøp av heldøgns plasser kan generelt bemerkes: Så lenge kommunen mangler ressurser til å gi tilbud selv (her: primært pga. mangel på bygningsmasse innenfor psykisk helse), framstår det

²⁶ Vi understreker her at den kun har undersøkt problemstillingene i oppdraget fra et internt, kommunalt perspektiv. Dette er knyttet til undersøkelser av rutiner og praksis på generelt, overordnet nivå. At våre funn og vurderinger tilsier at kommunen har en etablert struktur for samarbeid er ikke det samme som å si at alle tilfeller i praksis er fulgt opp iht. den avtalte strukturen – dette ligger utenfor revisjonens mandat og undersøkelser å si noe om.

som den klart mest hensiktsmessige løsninga å «sette ut» tjenestene. Med på kjøpet følger også et noe redusert grunnlag for å gjøre gode vurderinger og ressurseffektive valg underveis. Ved større endringer i samlede behov eller i tilgangen til fysiske fasiliteter mener vi det vil være fornuftig av kommunen å gjøre oppdaterte vurderinger på området.

5 HENSYN TIL ULIKE BRUKERE

I dette kapitlet blir følgende problemstilling behandlet:

I hvilken grad opplever de ansatte at de klarer å balansere hensyn til mottakere av ressurskrevende tjenester med hensyn til andre tjenestemottakere?

Ettersom problemstillinga vurderes å være rent deskriptiv, er det ikke utledet revisjonskriterier i dette kapitlet. Fokus er heller rettet mot hva de ansatte selv mener om å balansere ulike hensyn på området, og i hvilken grad de mener de klarer dette.

Våre undersøkelser er framstilt i fakta-delen under. Data her er i hovedsak hentet fra intervjuer med ansatte på tjenesteområdet, inkludert ledere (kap. 5.1). Til slutt gir vi ei oppsummering av de viktigste punktene, ut fra informasjon fra intervjuene og andre tilgjengelige kilder (kap. 5.2).

5.1 FAKTA

Som allerede omtalt i kap. 3.1: Mottakere av ressurskrevende tjenester har pr. definisjon behov for et langvarig, omfattende tilbud. Dette krever både penger, plasser og personale, og kan utfordre kommuners ressursbruk på alle disse områdene. Ressursbruken vil nødvendigvis påvirke generelt utgiftsnivå i kommunen, samt tilgangen til fasiliteter og fagansatte i øvrig tjenestetilbud.

Et viktig moment i denne sammenhengen er å undersøke hvordan ressursbruken til den aktuelle gruppa mottakere påvirker tjenestetilbud til andre rettighetshavere i kommunen. Problemstillinga som er formulert i oppdraget ser på dette momentet fra perspektivet til de ansatte: I hvilken grad opplever de ansatte at de klarer å balansere hensyn til mottakere av ressurskrevende tjenester med hensyn til andre tjenestemottakere?

Dette temaet er utforsket nærmere i intervjuene med ledelse og andre ansatte på tjenesteområdet i Time kommune, både sentralt i stab og ute i avdelingene. Dersom ikke annet er oppgitt, refererer «ansatte» i det følgende både til ledelse og andre ansatte som er intervjuet som del av revisjonen, og gjelder uavhengig av tjenestested.

Overordnet oppgir ansatte at tidsbruken og hensynene til hver enkelt bruker er en direkte følge av vedtakene: Det er ikke ulike hensyn til mottakere avhengig av om ressursbruken havner over eller under innslagspunktet i tilskuddsordningen. Alle brukere har et behovsstyrt og faglig begrunnet vedtak som spesifiserer timetall og hvilken oppfølging vedkommende skal få. Ansatte er klar på at det er vedtaket som ligger til grunn for dimensjonering av både samlet og individuelt tilbud.

Det som er av forskjeller i oppfølging vil heller være relatert til dokumentasjonskrav og -praksis rent administrativ sett (jf. også kap. 4.1, med nærmere oversikt over ulike grunner til dette). I tråd med dette tilsier intervju med administrativ ledelse (i stab og avdeling) at det er noe større fokus på mottakere av ressurskrevende tjenester, ganske enkelt fordi gruppa krever flere ressurser. Det er da tilsvarende økt behov for antall ansatte og fasiliteter, ev. også samhandling og koordinering.

Vi har ingen indikasjoner på at slik hensyntaking går på bekostning av andre mottakere. Om noe, er det heller slik at økt bemanning i bofelleskap enkelte ganger kommer andre brukere til gode. Som allerede nevnt har mottakere av ressurskrevende tjenester hele eller deler av døgnet minst

1:1 bemanning. Mange av dem bor i bofellesskap med andre brukere, hvor ikke alle har like mange vedtakstimer. Behovene gjennom dagen vil nødvendigvis variere for alle mottakere, slik at det vil være tilfeller hvor en i bofellesskap har stordriftsfordeler også med tanke på konkret brukeroppfølging, for eksempel ved felles aktiviteter eller å få ei ekstra hånd i enkeltsituasjoner.²⁷

Bofellesskapene har gjerne noen samlende aktiviteter (for eksempel måltider), samtidig som de er organisert for å ivareta individuell oppfølging av hver enkelt mottaker iht. vedtak. Nødvendigvis vil dette iblant føre til enkeltsituasjoner hvor de ansatte må foreta prioriteringer og finne riktig balansegang mellom ulike brukeres behov der og da.

Enkelte ansatte i ei avdeling (Svertingstad) oppgir at de av og til må minne seg selv og hverandre på omfanget av enkeltmottakeres vedtak, for å ha et bevisst og begrunnet forhold til at enkelte har rett på og skal ha et mer omfattende tjenestetilbud enn andre. Denne påminnelsen oppgis å henge sammen med at det blant beboerne er forholdsvis store svingninger i helse- og sinnstilstand, ofte koblet til dagsaktuell problematikk med rus og psykisk helse. Da vil det i perioder være behov for rimelig omfattende oppfølging av beboere med relativt «små» vedtak og motsatt.

Informasjon fra intervju tilsier at ulike brukeres behov kan variere fra tid til annen, men at dette stort sett løser seg. Over tid oppgis dette å jevne seg ut. Dersom det er enkelte brukere som har ei (negativ eller positiv) utvikling, er det praksis for å melde dette videre med tanke på ny vurdering av hjelpe- og tjenestebehov. Det oppgis at det i avdelingene er et aktivt, bevisst forhold til dette, både hos den enkelte ansatte og i fag- og ledelsesmøter. Ved endringer er kommunens teneste- og samordningskontor (TSK) kontaktpunkt. Samarbeidet med TSK oppgis å være tett og godt.

De ansatte i avdelingene beskriver meget gode arbeidsfellesskap på jobb, med godt samhold og godt faglig samarbeid. Dette pekes på som en svært viktig grunn til å bli værende i stillinger med en krevende arbeidshverdag. Erfarne ansatte som har bygd opp relasjoner med mottakere over tid pekes på som avgjørende for å ivareta hensynene til alle mottakere innenfor vedtatte timeverk for tjenestetilbudene. Ved vikarbruk (eller manglende vikarbruk) er det ifølge informantene en større sjanse for at det blir hendelser som utagering eller uro blant beboere. Det samme rapporteres ved økning i vedtakstimer uten tilsvarende økning i bemanning.

Utagering og annen uønsket atferd oppgis å skape utrygghet og gå utover andre beboere i samme bofellesskap. Dette er også i brukerundersøkelser framhevet som den klart mest negative faktoren ved kommunens tilbud.²⁸ Å ta hensyn til andre brukere og finne riktig balansegang mellom ulike behov påvirkes naturlig nok av graden av uønsket atferd som er til sjenanse, hindring eller direkte utrygghet for medbeboere og ansatte.

5.2 OPPSUMMERING

Vi viser til at de ansatte opplever at de i det daglige klarer å balansere ulike hensyn mellom ulike tjenestemottakere. Dette gjelder både balansegangen mellom ulike brukere av ressurskrevende

²⁷ Med dette menes ikke bruk av vedtakstimer på tvers, men stordriftsfordeler som gjør at ansatte iblant kan være til stede for flere brukere samtidig. Bruk av vedtakstimer på tvers ville iht. reglene for tilskuddsordningen ha gitt tilsvarende reduksjon av tilskudd, mens stordriftsfordeler er noe annet. Her vil samarbeid og felles aktiviteter innad i et bofellesskap (innenfor vedtaksrammene) jevne seg ut over tid.

²⁸ Jf. sak 12/24 til utval for levekår: «Brukarundersøking i verksemda Miljøtenesta» (Time kommune 2024).

tjenester, og balansegangen mellom denne gruppa og tjenestemottakere med lavere behovsnivå. Dette er hovedinntrykket vi sitter igjen med etter intervju med involverte ansatte.

Denne opplevelsen støttes også av fakta i saken og dokumentgjennomgang. Kommunen har som etablert praksis at oppfølging skjer i henhold til spesifiseringer i den enkelte mottakers vedtak, og at ev. endringer i behov meldes inn og vurderes deretter. Som omtalt over (kap. 4.1.2): Minst én gang i året foretar TSK nye vurderinger av vedtak blant mottakere av ressurskrevende tjenester.

Som vi påpekte i kap. 3.3 om utfordringene med sammenligninger mellom kommuner: Ut fra kvantitative data kan en vanskelig si noe sikkert om hvorvidt brukere av ressurskrevende tjenester i Time kommune har et objektivt sett høyere eller lavere behov enn mottakere i andre kommuner. Dermed er det ikke grunnlag for å si at Time kommune ligger på et «riktig», for høyt eller for lavt nivå hva gjelder ressursbruk. De samme reservasjonene eller forbeholdene gjelder også forholdet mellom mottakere av tjenester som ligger over og under innslagspunktet for refusjonsordningen.

Dette er heller ikke avgjørende å fastslå for våre formål her, som handler om ansattes opplevelse av balansegangen mellom mottakere som ligger over og under dette innslagspunktet. Vi viser til kvalitative data i intervju, og stiller oss bak vurderingene til både ledere og andre ansatte: Time kommune har en behovstilpasset og faglig forankret tilnærming til hvordan en skal gi best mulig oppfølging av tjenestemottakere, hvor vedtaket ligger til grunn for tilbudet som blir gitt.

Som påpekt i kap. 4.1.2: Generelt omfang av vedtak og utført hjelp ble av en leder beskrevet som «edruelig». Dette er et ordvalg som også samsvarer med beskrivelser gitt av ansatte som arbeider tett på mottakerne. Slik de ansatte ved de besøkte avdelingene ser det, mottar beboere faglig gode tilbud i tråd med vedtak, samtidig som oppfølging heller ikke er mer enn den bør være.

De største utfordringene knyttes dermed ikke til konkret oppfølging av mottakerne, men heller til perioder med mye vikarbruk, ev. fravær av vikarer. Uten god, erfaren og tilstrekkelig bemanning på plass, opplever ansatte mer utagering blant beboere og større grad av negative utviklingstrekk ved avdelinga, både for beboere og for ansatte.

Men heller ikke dette føres tilbake til en form for balansegang mellom mottakere av tjenester som havner over eller under innslagspunktet: Ingen ansatte beskriver tilfeller der en har måttet gjøre prioriteringer ut fra vedtakets omfang, eller av samme grunn systematisk forfordelt mottakere på noe vis. I gitte enkelttilfeller må en nødvendigvis gjøre prioriteringer, men disse blir da beskrevet som knyttet til behov og faglige vurderinger der og da, og føres ikke tilbake til vedtaksomfang.

Kort fortalt: Intervjuene tyder på at de ansatte i stor grad klarer å balansere hensyn til mottakere av ressurskrevende tjenester med hensyn til andre tjenestemottakere.

6 KONKLUSJON

Vi har i vår gjennomgang ikke avdekket alvorlige mangler eller særlig kritikkverdige forhold ved kommunens praksis. Kommunen har et bevisst forhold til de problemstillingene og utfordringene som har vært tema for forvaltningsrevisjonen, og har organisatorisk innrettet seg på en måte som er godt egnet til å ivareta lovkravene på området og brukernes behov.

Vi understreker likevel at kommunen har hatt en svært høy kostnadsvekst på området de siste ti årene (44,7 %). Dette står kommunen imidlertid ikke alene om, og kostnadsveksten ligger klart under tilsvarende utvikling nasjonalt sett (85,8 %).²⁹ Kommunen har historisk sett hatt en høyere ressursbruk pr. mottaker enn landsgjennomsnittet. Denne forskjellen er i ferd med å utjevne seg, og det er heller ikke grunnlag for å si at kommunen objektivt sett bruker for mye (eller lite) på de ulike tjenestemottakerne.

Av disse grunnene mener vi at kommunen ikke har en kostnadsvekst som krever konkrete tiltak. Av hensyn til fortsatt ressursbruk (penger, plasser og personale) er det likevel nødvendig å følge nøye med på videre utvikling. Flere forhold gjør området til en risikofaktor for kommunen, med a) en stabil og forholdsvis ung brukergruppe, b) svært høy og økende ressursbruk, og c) kostnader som utgjør en stor andel av kommunens budsjett. Vi anbefaler en mer systematisk tilnærming til forventet behovs- og aktivitetsnivå på området, for å ta høyde for mulig framtidig ressursbruk.

Vi har enkelte merknader om forhold hvor kommunens praksis har rom for forbedring. Dette handler i første rekke om å tydeliggjøre de faglige anbefalingene og brukerens stemme i ulike saksdokumenter og vedtak. Her må kommunen i sin dokumentasjon få fram disse forholdene, slik at både bruker og kommune her kan lese hva som ligger til grunn for de tjenestetilbud som gis.

Videre bør kommunen vurdere å skaffe seg bedre oversikt over timeverk – antall og type – som utføres av eksterne leverandører (heldøgns plasser). En slik oversikt er i praksis fraværende i dag. Vi anbefaler kommunen å vurdere dette (for eksempel ved kontraktinngåelse), ikke bare for å sikre at brukere mottar det tilbudet de har krav på. Det vil også føre til at kommunen har et bedre grunnlag for å gjøre egne vurderinger av tilbudet og av sine refusjonskrav i tilskuddsordningen.

Anbefalinger:

1. Kommunen bør vurdere å ha ei mer aktiv og systematisk tilnærming til forventet behovs- og aktivitetsnivå, slik at den best mulig kan ta høyde for framtidig ressursbruk på området, jf. kap. 3.5.
2. Kommunen må sørge for bedre dokumentasjon av brukerens stemme og perspektiv i vedtak og/eller saksinnstilling/begrunnelse, jf. kap. 4.1.
3. Kommunen bør vurdere om en i selve vedtakene skal legge mer vekt på å synliggjøre faglige begrunnelser for ulike valg og vurderinger, jf. kap. 4.1.
4. Kommunen bør vurdere å skaffe seg bedre dokumentasjonsgrunnlag for timeverk utført av eksterne leverandører, jf. kap. 4.2.

²⁹ For å ha et bedre sammenligningsgrunnlag er dette målt som utvikling av utbetalt tilskudd i ordningen, jf. kap. 3.3. Som påpekt der: Kommunens kostnadsvekst i samlede netto utgifter (refusjonsgrunnlaget) er på 60,5 % (2014-2023).

REFERANSER

Lover og forskrifter

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven, hol.)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pbrl.)
- Forvaltningsloven (fvl.)
- Kvalitetsforskriften
- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Andre skriftlige kilder

Agenda Kaupang (2019): «Drifts - og ressursanalyse innen pleie og omsorg», for Time kommune. Stabekk. Nettversjon tilgjengelig her:

<https://www.time.kommune.no/f/p1/i70c0296b-5b99-4cd0-9a84-378ed05dfbe0/drifts-og-ressursanalyse-av-helse-og-omsorgssektoren-i-time-kommune.pdf>

Hagen, T. P., & Tjerbo, T. (2023). Vi forbereder oss på 'eldrebølgen', men i kommunehelsetjenesten er der en 'yngrebølge'. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 9(2), 92-104. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/tfo.9.2.8>

Helsedirektoratet (2017): *Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Oslo. Nettversjon tilgjengelig her: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven/Veileder%20for%20saksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf/_attachment/inline/f5e1c82b-c923-43e4-b13e-0182b8a33a16:5c5245da955c44b496c2e271abe415c8ab23a5b8/Veileder%20for%20saksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf

Helsedirektoratet (2019). *Variasjon i beregning av refusjonskravet for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Resultater fra stedlig kontroll av tilskuddsordningen*. Oslo. Nettversjon tilgjengelig her:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/44acf926d7bf4cc5a5c45d2dfa436bdc/rapport--ressurskrevende-tjenester--kontroll-av-ordningen.pdf>

Helsedirektoratet (2019, 11. februar). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Helsedirektoratet (2020). *Rundskriv IS-4/2020 - Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene*. Nettversjon tilgjengelig fra: https://www.nkrf.no/filarkiv/File/nyheter/2020/200123_H-dir_rundskriv_IS-4-2020.pdf

Helsedirektoratet (2024, 15. januar): Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester>

Innst. S. nr. 259 (2002-2003). «Toppfinansieringsordning for særlig ressurskrevende brukere». I: *Innstilling fra kommunalkomiteen om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren*

2004. Nettversjon tilgjengelig her (kap. 9): <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2002-2003/inns-200203-259/9/>

Innst. 440 S. (2023-2024). «Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Kommuneproposisjonen 2025». Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-440s/>

Kommunal rapport (14. mars 2024): «Yngrebølgen kommer, og den er dyr». Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.kommunal-rapport.no/kommentar/yngrebolgen- kommer-og-den-er-dyr/335051>

KS (2023): *Rapport fra arbeidsgruppe for gjennomgang av regelverk som hindrer kommuner i drive kostnadseffektive ressurskrevende tjenester*. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.ks.no/contentassets/0f5b7d344b564b1aa0b3ac2b37a3cd50/Regelverk-som-hindrer-kostnadseffektive-ressurskrevende-tjenester.pdf>

Norges kommunerevisorforbund (2020, 23. januar). *Helsedirektoratet. Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester – rapportering for 2019*. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.nkrf.no/nyheter/2020/01/23/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester-rapportering-for-2019>

Norges kommunerevisorforbund (2020, 12. august): RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon. Nettversjon tilgjengelig her: https://www.nkrf.no/filarkiv/File/Publikasjoner/RSK_RevisjonsStandard_Kommune/RSK_001_Standard_for_forvaltningsrevisjon_200812.pdf

Prop. 100 L (2020–2021): Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator). Kunnskapsdepartementet: Oslo. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/contentassets/0fac12fc78f54ef3b81261efc8843fea/no/pdfs/prp202020210100000dddpdfs.pdf>

Prop. 102 S (2023-2024): *Kommuneproposisjonen 2025*. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-102-s-20232024/id3039010/>

Time kommune (2021): Tenestekriteria for tildeling av omsorgstjenester. Politisk sak i møtet til utval for levekår, 2. juni 2021. Nettversjon tilgjengelig her: https://www.time.kommune.no/innsyn.aspx?response=journalpost_detaljer&journalpostid=2019030046&scripturi=/innsyn.aspx&skin=infolink&Mid1=2541&

Time kommune (2022): *Årsrapport 2022*. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.time.kommune.no/f/p1/i31a53118-2763-4e42-bbd3-c64beb941207/arsrapport-2022.pdf>

Time kommune (2023): *Årsrapport 2023*. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.time.kommune.no/f/p1/ib5d19874-db28-4055-b45c-c0c6809841f0/arsrapport-2023.pdf>

Time kommune (2024): 24/4689 - *Brukarundersøking i verksemda Miljøtenesta*. Politisk sak i møtet til utval for levekår, 6. mars 2024. Nettversjon tilgjengelig her: https://www.time.kommune.no/innsyn.aspx?response=journalpost_detaljer&journalpostid=1100031190&scripturi=/innsyn.aspx&skin=infolink&Mid1=2541&

Time kommune (2024, 6. august): *Organisasjonskart helse og velferd*. Nettversjon tilgjengelig her: <https://www.time.kommune.no/tenester/organisasjon/administrasjonsleining/kommunalsjef-helse-og-velferd/>

Universitetet i Oslo (2024): «Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021». Nettversjon tilgjengelig fra:

<https://www.ks.no/contentassets/060cb278b480471fb65f52eab9a27b8a/Dypdykk-i-pleie-og-omsorgstjenester-2017-2021.pdf>

Muntlige kilder

I rapporten inngår data fra verifiserte, individuelle intervju med følgende ansatte (stillingstittel):

- Britt Ellinor Scott (kommunalsjef, helse og velferd)
- Sølvi Hadland (virksomhetsleder, Teneste- og samordningskontoret)
- Vibeke Øyri (regnskapssjef, Time kommune)
- Tordis Winstrup (avdelingsleder, Foren burettslag)
- Astri Rosland (avdelingsleder, Svertingstad og Kolheia bufellesskap)

Med flere av disse er det i ettertid stilt oppklarende/andre spørsmål pr. e-post og/eller telefon.

I tillegg inngår data fra to verifiserte gruppeintervju med ansatte (stillingstittel og navn) ved:

- Foren burettslag (fagansvarlig vernepleier Svein Erik Severeide, vernepleier Hanne Mikkelson, helsefagarbeider Lene Birkedal)
- Svertingstad bufellesskap (fagansvarlig vernepleier Else Oddrun Hånes, spesialhelsefagarbeider Else Marit Undheim, vernepleier Andreaa Frentoia)