

# Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse- og omsorgstjenester til eldre

Astri Syse, Henning Øien, Mari Bugge Solheim og Niklas Jakobsson

## Variations in health-related needs assessments of the elderly in Norwegian municipalities

Population aging and increasing service standards have resulted in rising health and care costs. Individuals are nevertheless entitled to “necessary health services”. Little research exists on the variation in needs assessments that actually take place within public elderly care in Norwegian municipalities. A total of 804 professional needs assessors in 261 municipalities thus evaluated a fictional case of a representative potential elderly user, and assessed needs for practical assistance, home health nursing and other services.

Extensive variation in suggested types and extents of services was observed, but this could not be adequately explained by characteristics of respondents and/or municipalities. Possible variation in actual home health care provision thus warrants further study.

*Astri Syse*  
Seniorforsker  
Statistisk sentralbyrå  
E-post: [Astri.Syse@ssb.no](mailto:Astri.Syse@ssb.no)

*Henning Øien*  
Stipendiat, avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Universitetet i Oslo og Norsk institutt for  
forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)  
Høgskolen i Oslo og Akershus  
E-post: [henning.oien@medisin.uio.no](mailto:henning.oien@medisin.uio.no)

*Mari Bugge Solheim*  
Master i Samfunnsøkonomi  
NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus  
E-post: [maribsol@gmail.com](mailto:maribsol@gmail.com)

*Niklas Jakobsson*  
Seniorforsker  
NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus og Karlstad  
Business School, Karlstads Universitet  
E-post: [niklas.jakobsson@nova.hioa.no](mailto:niklas.jakobsson@nova.hioa.no)

*Utgiftene til helse- og omsorgshjelp øker ettersom befolkningen eldes og tjenestestandarden høynes. Individer skal like fullt tildeles «nødvendige helsetjenester». Det er imidlertid liten kunnskap om variasjonen i tildelingsvurderinger som faktisk foretas i den kommunale omsorgstjenesten i Norge. 804 ansatte i tildelingstjenesten i 261 kommuner vurderte et oppdiktet kasus av en representativ potensiell eldre bruker for å kartlegge vurderinger av behov for praktisk bistand, hjemmesykepleie og andre tjenester.*

*Vi fant omfattende variasjon i type og omfang av tildelte tjenester, men variasjonen kan i liten grad forklares ved kjennetegn ved respondenter og/eller kommuner. Mulig variasjon i reelle tildelinger bør derfor undersøkes videre.*

## Bakgrunn

Norges befolkning eldes, og andelen eldre med større eller mindre behov for hjelp i norske kommuner er økende. Samtidig har kostnadene for helse- og omsorgstjenesten vokst. Utgiftene til pleie og omsorg utgjør dermed en stadig større

andel av kommunale budsjetter (Holmøy, Kjen-  
vik og Strøm 2014). Som beskrevet i *Omsorgs-  
plan 2015*, skal pleie- og omsorgstilbudet i størst  
mulig grad avhenge av individuelle preferanser  
og behov, og være uavhengig av sosioøkon-  
omisk status og geografi (Særtrykk av St.prp.  
(2007–2008)). I Norge er hovedansvaret for å  
få realisert dette helse- og sosialpolitiske målet  
desentralisert til kommunene, da det er de lo-  
kale myndighetene som står nærmest brukerne  
og som dermed anses å ha best kunnskap om lo-  
kale behov, preferanser og kostnader (Prop. 91 L  
(2010–2011); Kjønstad og Syse 2012). En ulempe  
med desentralisert ansvar er at det kan føre  
til lokale forskjeller i tjenestetilbudet, som ikke  
er begrunnet i lokale behov og kostnadsforhold  
(Kjønstad og Syse 2012; Syse 2015).

Tidligere studier som har analysert pleie- og  
omsorgsstatistikk på kommunenivå har funnet  
store variasjoner i ressursinnsats og deknings-  
grader (Daatland og Veenstra 2012; Hagen, Ne-  
gera, Godager, Iversen og Øien 2011). Imidlertid  
trenger ikke dette å bety at tilbudet ikke er like-  
verdige – variasjonen kan komme av lokale for-  
skjeller i behov og kostnadsforhold – som må tas  
i betraktning (Langørgen 2004). For eksempel  
kan noen kommuner med korte reiseavstander  
ha valgt å bygge opp en utstrakt hjemmetjeneste,  
mens andre kommuner med mer spredt bebyg-  
gelse kan ha valgt å investere i flere sykehjems-  
plasser. For å undersøke en eventuell uheldig  
variasjon, er det nødvendig med opplysninger  
om kommuners omsorgstjenester sammenstilt  
med nøyaktige opplysninger om hjelpebehov,  
på individnivå. Tidligere studier har forsøkt å  
kontrollere for behov og kostnadsforhold ved å  
inkludere variabler som alderssammensetning,  
dødsrater og befolkningstetthet (Langørgen  
2004; Daatland og Veenstra 2012; Huseby og  
Paulsen 2009), men disse målene kan være for  
grove til å fange opp alle individuelle og lokale  
variasjoner i behov.

Vi har valgt en alternativ framgangsmåte: Et  
oppdiktet kasus i form av en vignett som beskri-  
ver en mulig bruker av pleie- og omsorgstjenes-

ter med gitte behov ble levert ut til alle norske  
kommuner som takket ja til å delta etter tele-  
fonkontakt. Saksbehandlere i kommunene ble  
bedt om å vurdere vignetten som en søknad og  
angi hvilke tjenester personen eventuelt skulle  
få, ved å svare på et standardisert spørreskjema.  
Deretter undersøkte vi hvorvidt det er variasjon i  
hvordan den kommunale omsorgstjenesten vur-  
derer gitte behov som er identisk beskrevet. Vi-  
dere undersøkte vi hvor stor denne variasjonen er  
– og hvorvidt det er trekk ved kommuner og/eller  
saksbehandlere som kan forklare denne.

### **De kommunale helse- og omsorgstjenestene**

Kommunene plikter å tilby nødvendig helse- og  
omsorgshjelp til sine innbyggere, inkludert be-  
stemte hjemmetjenester og institusjonstjenester.  
Dette er regulert i den nye helse- og omsorgstje-  
nesteloven (Syse 2015). I tillegg tilbyr de fleste  
kommuner ikke-lovpålagte tjenester som ma-  
tombringing, trygghetsalarm og omsorgsbo-  
liger. Fra og med 2012 er brukeres rettigheter  
sikret gjennom pasient- og brukerrettighetsloven  
(ibid.). Brukerne har dermed rett til *nødvendige*  
helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Type  
og omfang av tjenester vil vurderes av kommune-  
ne i hvert enkelt tilfelle. De er imidlertid pålagt  
å følge forvaltningsloven, og tilbudet skal være  
basert på behov og være uavhengig av brukerens  
økonomi.

Norske kommuner ga hjemmebaserte tjenes-  
ter eller tilbud i sykehjem til mer enn 270 000  
personer i 2012 (Statistisk sentralbyrå 2012).  
Videre brukte pleie- og omsorgstjenesten om-  
lag 95 milliarder kroner til drift og stod for til-  
sammen 131 000 årsverk i tjenesteproduksjonen.  
Til sammen mottok 179 000 personer praktisk  
hjelp og hjemmesykepleie, 49 000 mottok andre  
hjemmetjenester, mens det var 44 000 beboere i  
sykehjem og institusjoner (Holmøy mfl. 2014).

Hjemmetjenester, som praktisk hjelp og me-  
disinske ytelser som for eksempel sårstell og/eller  
ernæringshjelp i hjemmet, er av betydning for at  
eldre mennesker skal kunne bo hjemme så lenge  
som mulig (Hinck 2004; Haak, Fänge, Iwars-

son og Dahlin 2007). Forskning viser at norske pasienter i hjemmesykepleien i relativt stor grad får dekket sine behov for mat, medisiner, toalettbesøk, påkledning og avledning (Tønnessen, Nortvedt og Førde 2011). Således kan det synes som om det er opprettholdelsen av basale livsfunksjoner som vektlegges i dagens tjeneste. Men mottakere av hjemmetjenester får ikke *alle* sine behov godt nok ivaretatt (Tønnessen, Førde og Nortvedt 2009; Tønnessen mfl. 2011; Tønnessen og Nortvedt 2012). Psykososiale og åndelige behov vektlegges i liten grad, og munnstell ivaretas sjelden (Tønnessen og Nortvedt 2012). En nylig publisert OECD-rapport om kvaliteten på helse- og omsorgstjenester i Norge retter søkelys på mangler vedrørende arbeidet med å minimere feil i primærhelsetjenesten og behovet for et bedre samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten (2014). Oppsummert synes det dermed å eksistere et språk mellom behov og tjenesteyting på enkelte områder.

Til grunn for tildeling av hjemmetjenester ligger vurderinger og prioriteringsbeslutninger. Disse tas av ansatte i hjemmetjenesten og/eller tildelingskontorer, individuelt eller i samarbeid med andre, avhengig av den kommunale organiseringen av omsorgstjenesten. Standardiserte prosedyrer og hjelpemidler benyttes i utstrakt grad. Imidlertid har forskning fra Sverige vist at slike beslutninger like fullt kan variere mellom kommuner og bydeler, og at det er store forskjeller i vurdering av antall hjemmetjenestetimer (Lagergren og Johansson 1996).

### Design og metode

Spørreskjema ble sendt ut per post eller overlevert personlig. Personlig overlevering ble gjort der kommuner og/eller bydeler ønsket mer informasjon om studien og var villig til å ta i mot et besøk av oss. Av praktiske årsaker var dette i stor grad begrenset til enkeltkommuner i det sentrale østlandsområdet.

Skjemaene ble besvart av personer som arbeider med vurdering og tildeling av omsorgstjenester til eldre i norske kommuner, i all hovedsak

bestillerenheter. I de tilfellene der forvaltningen av omsorgstjenesten ikke var organisert etter bestiller-utfører-modell, ble de personene i kommunene som til vanlig arbeider med tildelinger gitt mulighet til å respondere. Spørreskjemaet tok utgangspunkt i en fiktiv vignett om en mulig bruker av pleie- og omsorgstjenestene (appendiks A og B).

Vignetten og spørreskjemaet ble konstruert basert på tidligere studier fra Sverige (Lindelöf og Rönnbäck 1997; Wallander 2008), seks vedtaksbrev fra tildelingskontorer i tre norske kommuner av ulik størrelse, samt tilbakemelding fra seks sykepleiere som tidligere har arbeidet i tjenesten.<sup>1</sup> Videre ble vignetten og spørreskjemaet testet ut på sykepleiere med lang erfaring fra hjemmetjenesten, og deretter modifisert etter innspill. Etter godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste ble samtlige norske kommuner forsøkt kontaktet gjennom e-post og/eller telefon til helse- og omsorgssjefer.

Informantene krysset av for opplysninger om seg selv, sin utdanning og sin arbeidserfaring, men i hovedsak dreide spørsmålene seg om hvilke tjenester de ville tildelt personen samt det eventuelle omfanget av tjenestene.<sup>2</sup> Det var mulig å velge følgende tjenester: 1) Gulvvask av rom i daglig bruk; 2) Støvsuging av rom i daglig bruk; 3) Vask på kjøkken; 4) Vask og stell av tøy; 5) Vask av sanitærutstyr; 6) Sengetøyskift; 7) Innkjøp av dagligvarer; 8) Annen praktisk bistand i hjemmet (spesifisert); 9) Personlig hygiene (inkl. dusj/bad); 10) Tilrettelegging og klargjøring av måltider; 11) Henting av medisiner på apotek; 12) Utlevering av medisin(er); 13) Annen hjemmesykepleie (spesifisert); 14) Trygghetsalarm; 15) Dagsenter og/eller aktivitetssenter (inkl. transport); 16) Dagrehabilitering eller rehabilitering i hjemmet; 17) Institusjonsopphold (avlastning, rehabilitering, korttids- eller langtidsopphold) og 18) Ingen tjenester.

I analysen ble tjenestene delt inn i praktisk bistand i hjemmet (tjeneste 1–8), hjemmesykepleie (tjeneste 9–13) og andre tjenester (tjeneste 15–17). Omfanget ble målt i minutter per uke (1–13),

timer per uke (15 og 16) eller antall døgn (17). I analysene hvor samlemål er presentert, ble timer og døgn omregnet til minutter. Der institusjonsopphold overskred en uke, ble antall minutter i en uke angitt som svar for denne tjenesten.

### Utvalg

Vi gjorde forsøk på å komme i kontakt med alle norske kommuner. Vi understreket at alle informantene ville være anonyme som individer, men at kommunenummer ville noteres.<sup>3</sup> Videre understreket vi at resultatene kun ville presenteres på aggregert nivå.

Kommunene som sa ja til å delta i undersøkelsen fikk tilsendt like mange spørreskjema som det var saksbehandlere. Skjemaene ble sendt ut i fellesskap til en kontaktperson i kommunen som ble bedt om å distribuere videre til aktuelle respondenter. I Oslo, Bergen og Trondheim ble det sendt ut spørreskjema til de enkelte bydelene. Hvert skjema lå i hver sin adresserte og frankerte konvolutt, og kontaktpersonen fikk med et skriv hvor han/hun ble informert om viktigheten av at skjemaene ble besvart individuelt. I et forsøk på å høyne svarfrekvensen, besøkte vi kommuner eller bydeler der dette var praktisk ønskelig og mulig, og informerte kort om undersøkelsen – begrenset til det som stod i den skriftlige dokumentasjonen samtlige respondenter fikk utdelt. Deretter leverte vi ut spørreundersøkelsen og frankerte svarkonvolutter.

Vi mottok 804 utfylte spørreskjema fra 261 kommuner. 57 skjema ble returnert uten kommunenavn. Blant de resterende kommunene var det 73 kommuner som oppga at de ikke ønsket å delta, eller hvor vi ikke kom i kontakt med rett person. Andre kommuner sa ja til å delta i undersøkelsen og fikk tilsendt spørreskjema, men returnerte dem ikke. Totalt ble det sendt ut 1243 skjema.

I spørreskjemaet ble informantene spurt om hvorvidt personen beskrevet i vignetten minnet om kasus han/hun vanligvis vurderer. Rundt 9 % (N = 71) svarte nei på dette spørsmålet. Disse ble ekskludert fra analysene, da formålet

var å undersøke situasjonen blant saksbehandlere som faktisk tildeler tjenester til den typen bruker vi har beskrevet i vignetten.<sup>4</sup> Dermed gjenstår totalt 733 besvarelser fra 255 ulike kommuner. Av disse var det 51 besvarelser som manglet kommunenavn, og i analyser over kommuneforskjeller er dermed 682 besvarelser inkludert. Hele 24 av de 25 største kommunene i Norge er representert i datasettet, og likeledes 32 av de 35 største kommunene. Datainnsamlingen foregikk i perioden juni 2013–januar 2014.

Avslutningsvis ble det lagt til demografisk og økonomisk informasjon om kommunene (innbyggertall, næringsstype, sentralitet, andel av befolkningen som er 80 år og eldre, bundne kostnader, frie inntekter, prosent av budsjett til pleie- og omsorg). Informasjon om pleie- og omsorgstjenesten for 2013 ble hentet fra KOSTRA (Statistisk sentralbyrå 2014).

### Analyser

Statistikkprogrammet Stata ble benyttet i deskriptive og multivariate regresjonsanalyser. Innledningsvis undersøkte vi fordelingen av kjennetegn ved respondentene (tabell 1). Videre så vi på hvilke tjenester respondentene ville tildelt, og tid tildelt for tjenestene enkeltvis og samlet for tjenestene i hver av gruppene praktisk bistand, hjemmesykepleie og andre tjenester, samt totalt for alle tjenestegruppene (tabell 2).<sup>5</sup> Dernest ble det gjort en analyse over hvilke faktorer som respondentene oppga at de la vekt på i vurderinger om tildeling (tabell 3). Så fulgte en analyse av variasjonen i foreslått tildeling mellom respondentene totalt (tabell 4), og av variasjonen mellom respondenter internt i kommuner med to eller flere og fem eller flere respondenter (figur 1a, 1b, 2a og 2b). Deretter undersøkte vi hvorvidt variasjonen mellom respondenter var avhengig av observerbare kjennetegn ved disse (tabell 5). Tilsvarende undersøkte vi variasjonen mellom alle de 255 kommunene totalt (figur 3a og 3b), og så hvorvidt det var karaktertrekk ved kommunene som kunne forklare de ulike tildelingsvurderingene som ble gjort (tabell 6). Avslutningsvis ble

trekk ved respondentene og kommunene de representerer modellert i en multivariat regresjonsmodell for å undersøke hvorvidt observerbare kjennetegn ved respondentene og/eller kommunen kunne bidra til å forklare den observerte variasjonen for de ulike tjenestene (tabell 7).

## Resultater

### Deskriptive funn

Som vist i tabell 1, var respondentene i hovedsak kvinner (95 %). De fleste var sykepleiere med videreutdanning (47 %), mens en mindre andel var sykepleiere uten videreutdanning. Respondentene hadde lang erfaring fra arbeid i hjemmetjenesten, i sykehjem og i sykehus. Flertallet oppga at de vanligvis gjorde vurderinger i samråd med kollegaer eller ansatte i hjemmetjenesten. Hele 81 % oppga at de brukte standardiserte skjema, enten kommunens eget skjema eller andre standardiserte verktøy, når de foretok vurderinger. I snitt oppga respondentene at de brukte rundt 30 % av sin arbeidstid på utredning og vurdering.

Tabell 2 viser foreslått tildeling: Hele 680 respondenter (93 %) ville tildelt en eller annen

form for praktisk bistand. De vanligste tjenestene var gulvvask, støvsuging, vask av sanitærutstyr, sengetøyskift og vask på kjøkken. Totalt 671 personer (92 %) ville tildelt hjemmesykepleie. De vanligste tjenestene var personlig hygiene (78 %), ernæringsoppgaver (66 %) og medisintil levering (56 %). Totalt 408 respondenter (56 %) ville tildelt trygghetsalarm. Hele 59 % ville foreslått deltakelse på dagsenter eller aktivitetssenter, mens 19 % ville foreslått dagrehabilitering enten ute eller hjemme. Bare 4 % ville foreslått opphold i institusjon, og gjennomsnittlig oppholdstid var 14,5 døgn. Kun 11 respondenter ville ikke tildelt noen tjenester.

I gjennomsnitt ble det tildelt mest tid til ernæringsmessige forhold (104 minutter/uke), mens det ble tildelt minst tid til sengetøyskift (8 minutter/uke). Som det framgår av tabellen, er hjemmesykepleietiltakene av langt større varighet enn tiltakene for praktisk bistand. Gjennomsnittlig tid på dagsenter eller aktivitetssenter var 9 timer/uke, mens tilsvarende tid til dagrehabilitering ute eller i hjemmet var 4 timer/uke.

Tabell 3 viser at det var stort samsvar mellom tjenester tildelt og vurderingene som er oppgitt.

Tabell 1. Karakteristika ved respondentene som deltok i studien og som indikerte at kasuset minnet om et de vanligvis vurderer.<sup>a</sup>

	N	%
KJØNNFORDELING		
Kvinner	701	94,6
Menn	32	4,4
ALDERSFORDELING		
< 30 år	28	3,8
30–39 år	156	21,3
40–49 år	278	37,9
50–59 år	215	29,4
60–69 år	44	6,0
Ukjent	12	1,6

UTDANNINGSBAKGRUNN		
Hjelpeleier uten tilleggsutdanning	18	2,4
Sykeleier uten videreutdanning	257	35,1
Sykeleier med videreutdanning	344	46,9
Annen helsefaglig utdanning	73	10,0
Annen bakgrunn (i hovedsak administrasjon)	41	5,6
ARBEIDSERFARING <sup>b</sup>		
< 5 år i hjemmetjenesten	137	18,7
5 + år i hjemmetjenesten	508	69,3
< 5 år i sykehjem	156	21,3
5 + år i sykehjem	265	36,2
< 5 år i sykehus	190	25,9
5 + år i sykehus	159	21,7
FORHOLD RUNDT VURDERINGSSITUASJONEN AV HJELPEBEHOV <sup>b</sup>		
Gjør vurderinger alene	315	43,0
Gjør vurderinger i samråd med en overordnet	136	18,6
Gjør vurderinger i samråd med kollegaer	466	63,6
Gjør vurderinger i samråd med ansatte i hjemmetjenesten	416	56,8
Bruker kommunens eller annet standardisert skjema	593	80,9
Bruker ikke slikt skjema	140	19,1
-----		
GJENNOMSNIITTLIG TID ANSATT I KOMMUNEN (STD.AVVIK)	14,8 ÅR	(8,8)
GJENNOMSNIITTLIG TIDSBRUK I % PÅ ULIKE ARBEIDSOPPGAVER (STD.AVVIK)		
Utredning/vurdering	30,0	24,0
Konsultasjoner/råd/behandling	16,2	16,0
Administrasjon av tjenester i enheten	17,4	19,6
Generell administrasjon	22,8	18,1
Andre oppgaver	13,5	20,4

<sup>a</sup> Alle respondenter som indikerte at kasuset de vurderte minnet om et kasus de vanligvis ville vurdert er inkludert (N=733). Til sammen 71 respondenter svarte nei på dette spørsmålet, og ble ekskludert.

<sup>b</sup> Det var mulig å sette kryss på flere alternativer, og prosentene summerer seg derfor ikke til 100.

Tabell 2. Oversikt over foreslått tildeling av type og omfang av tjenester.<sup>a</sup>

	N	%	MINUTTER/ UKE <sup>b</sup>
<b>PRAKTISK BISTAND</b>			
Gulvvaske av rom i daglig bruk	662	90,3	13,5
Støvsuging av rom i daglig bruk	604	82,4	11,0
Vask på kjøkken	498	67,9	10,4
Vask og stell av tøy	251	34,2	11,3
Vask av sanitærutstyr	553	75,4	9,5
Segnetøyskift	505	68,9	8,1
Innkjøp av dagligvarer	149	20,3	20,3
Annen praktisk bistand i hjemmet	140	19,1	44,0
<b>Praktisk bistand av et eller annet slag</b>	<b>680</b>	<b>92,8</b>	<b>61,9</b>
<b>HJEMMESYKEPLEIE<sup>b</sup></b>			
Personlig hygiene (inkl. dusj/bad)	570	77,8	66,2
Tilrettelegging og klargjøring av måltider	487	66,4	104,1
Hente medisin på apotek	176	24,0	23,0
Utlevere/gi medisin	407	55,5	67,6
Annen hjemmesykepleie	162	22,1	57,6
<b>Hjemmesykepleie av et eller annet slag</b>	<b>671</b>	<b>91,5</b>	<b>192,6</b>
<b>ANDRE TJENESTER</b>			
Trygghetsalarm	408	55,7	N/A
Dagsenter/aktivitetssenter (inkl. transport)	431	58,8	9,0 timer/uke
Dagrehab./rehab. i hjemmet	140	19,1	3,6 timer/uke
Institusjon (avlastning, rehab., korttid el langtid)	27	3,7	14,5 døgn
<b>INGEN TJENESTER</b>	<b>11</b>	<b>1,5</b>	<b>N/A</b>

<sup>a</sup> Tabellen gir en oversikt over de som aktivt krysset ja i ruten for relevant tjeneste. Prosentandelen er beregnet ut fra det totale antallet respondenter (N=733). Respondentene kunne sette flere kryss, og prosentandelene summerer derfor ikke til 100. N/A står for «not applicable», det vil si ikke relevant.

<sup>b</sup> Gjennomsnittlig foreslått tildeling er basert på kun de respondentene som indikerte at de ville foreslå et tilbud. Der tidsangivelse manglet (N < 5), ble dette erstattet med gjennomsnittet for den spesifikke typen tjeneste.

Tabell 3. Hvilke faktorer har betydning for avgjørelsen som er tatt?<sup>a</sup>

	N	%
Personens praktiske hjelpebehov	615	83,9
Personens behov for medikamentell hjelp	467	63,7
Personens fallhistorie	372	50,8
Personens bosituasjon	211	28,8
Personens familiesituasjon	177	24,1
Personens alder	174	23,7
Personens sosiale status	167	22,8
Økonomiske og/eller personellmessige rammer i tjenesten	35	4,8
Signaler fra toppadministrasjonen	30	4,1
Signaler fra toppadministrasjonen	30	4,1
Annet <sup>b</sup>	237	32,3

<sup>a</sup> Respondentene kunne sette flere kryss, og prosentandelene summerer seg derfor ikke til 100.

<sup>b</sup> Kategorien «annet» inkluderer blant annet svar som framhever behov for kartlegging og/eller oppfølging i forhold til kognisjon og ernæring.

For eksempel svarte flest at personens praktiske hjelpebehov har vært viktige for tildelingsvurderingen (84 %). Dernest ble personens behov for medikamentell hjelp oppgitt (64 %). En tredje faktor som ble tillagt vesentlig vekt var personens fallhistorikk (51 %). Rundt en tredel oppga «annet», og kunne da velge å beskrive momenter selv. Gjennomlesningen av tekstsvarene på dette spørsmålet viste at utredning og eventuell behandling av tilstander knyttet til ernæring ble vektlagt i størst grad, og dernest spørsmål knyttet til personens kognisjon, hvor flere oppga at de ville utrede ved hjelp av screeningstester før de vurderte saken endelig.<sup>6</sup>

Tabell 4 angir maksimums- og minimumsverdiene for de forskjellige gruppene av tjenester, samt gjennomsnittet, medianen og standardavviket. Det var stor variasjon i omfanget av tildelte tjenester. Ser vi bort fra institusjonsopphold ble det i gjennomsnitt tildelt mest tid til «andre tjenester». Det var imidlertid stor spredning i omfanget av tjenester. Variasjonsbredden var på henholdsvis 390, 875 og 3 600 minutter

for praktisk bistand, hjemmesykepleie og andre tjenester. Variasjonsbredden for alle tjenestene (unntatt institusjonsopphold) summert var 4 240 minutter. Medianverdien var lavere enn gjennomsnittet for alle tjenestekategoriene, noe som kan tyde på at noen få respondenter har tildelt et høyt antall minutter sammenliknet med resten av respondentene. Videre var standardavvikene høye for alle kategoriene, som kan bety at enkelte respondenter har foreslått en tildeling som trakk både gjennomsnittet og standardavvikene oppover.

Når vi sammenliknet variasjonen totalt med variasjonen internt i kommuner med to eller flere respondenter fant vi stor variasjon i tildelingsvurderinger også *internt* i kommuner. Kommunen med størst variasjon, hadde en variasjonsbredde på henholdsvis 350, 615 og 3 600 minutter for praktisk bistand, hjemmesykepleie og andre tjenester. Variasjonsbredden for alle tjenestene (unntatt institusjonsopphold) var 4 119 for kommunen med størst variasjon, mens den var 0 for alle dagtidstjenester, enkeltvis og sam-



Tabell 4. Variasjon i tildelte minutter/uke for samlekategori av tjenester.<sup>a</sup>

	GJ.SNITT	STD.AVVIK	MEDIAN	MINIMUM	MAKSIMUM
PRAKTISK BISTAND	57	41	50	0	390
HJEMMESYKEPLEIE	176	135	157	0	875
ANDRE TJENESTER <sup>b</sup>	358	373	300	0	3600
INSTITUSJONSOPPHOLD	369	1891	0	0	10 080
TILDELTE MINUTTER TOTALT FOR TJENESTER UTENFOR INSTITUSJON <sup>b</sup>	592	419	575	0	4240
TILDELTE MINUTTER TOTALT FOR ALLE TJENESTENE SAMLET <sup>b, c</sup>	961	1955	591	0	10 080

<sup>a</sup> Tabellen viser gjennomsnitt, standardavvik, median og variasjonsbredden for samlemålene i kategoriene vist i Tabell 2. Alle observasjoner (N=733) er inkludert, og der tjenesten er angitt men tidsangivelse mangler, er tiden ertattet med gjennomsnittet. Der tjenesten ikke er inikert, er tidsangivelsen erstattet med 0.

<sup>b</sup> Timer er omregnet til minutter.

<sup>c</sup> Inkluderer institusjonsopphold. Noen respondenter hadde krysset av for både institusjonsopphold og andre tjenester, og totalen ble dermed opprinnelig noe høyere enn totalt antall minutter i en uke. Disse observasjonene ble nedjustert til 10 080, som tilsvarer antall minutter i en uke.

let, for kommunen med minst variasjon. Ved inklusjon av institusjonsopphold økte den maksimale variasjonsbredden til 10 080. I figur 1a, 1b, 2a og 2b er standardavvikene per kommune for alle tjenestene uten og med institusjonsopphold vist for kommuner med henholdsvis to eller flere eller fem eller flere respondenter.

I analysene av tildelingsvurderinger etter kjennetegn ved respondenter (tabell 5) fant vi at menn i gjennomsnitt ville tildelt et signifikant mindre antall minutter enn kvinner, både totalt for alle tjenester og for hjemmesykepleie. Forskjellene her var på henholdsvis 415 og 47 minutter. Imidlertid var det kun 32 menn i utvalget så denne konklusjon må tolkes forsiktig. Likeledes ville eldre respondenter (155 minutter) tildelt signifikant færre minutter hjemmesykepleie enn yngre respondenter (197 minutter), inndelt etter median alder 47 år. I den finere inndelingen vist i tabell 5 var det en negativ trend i tildelt tid med økende alder. En liknende tendens, dog ikke statistisk signifikant, ble også observert for respondenter med henholdsvis lang og kortere arbeids-

erfaring i tjenesten, inndelt etter median 15 år. For andre kjennetegn fant vi ikke klare mønstre for signifikante forskjeller i tildelingsvurdering, heller ikke etter hvorvidt tildelingsvurderinger vanligvis ble gjort ved standardiserte skjema. Imidlertid viste analyser at de ulike trekkene ved brukeren som respondentene vektla, hadde betydning for tildelingsvurderingene som ble gjort: Respondentene som vektla praktisk hjelpebehov og behov for medikamentell hjelp oppga at de ville tildelt et signifikant høyere antall minutter praktisk bistand (henholdsvis 16 og 8 minutter) enn respondenter som ikke har vektlagt dette. For hjemmesykepleie gjaldt tilsvarende, men der var forskjellene på henholdsvis 45 og 92 minutter. Videre har respondentene som vektla fallhistorie tildelt 35 minutter mer hjemmesykepleie enn de som ikke vektla dette. For dagsenter/dagrehabilitering har respondentene som vektla medikamentell hjelp, fallhistorie og sosial status i snitt tildelt henholdsvis 134, 85 og 127 minutter mer enn de som ikke vektla dette. For totale tjenester var det dermed tildelt et signifikant

Tabell 5. Oversikt over foreslått tildeling av tjenester samt variasjonen i denne etter utvalgte trekk ved respondentene.<sup>a</sup>

	PRAKTISK BISTAND		HJEMMESYKEPLEIE		DAGSENTER OG/ELLER DAGREHABILITERING		TOTAL SUM TJENESTER <sup>c</sup>		TOTAL SUM ALLE TJENESTER <sup>d</sup>	
	Gj. SNITT <sup>e</sup>	95 % KI <sup>f</sup>	Gj. SNITT	95 % KI	Gj. SNITT	95 % KI	Gj. SNITT	95 % KI	Gj. SNITT	95 % KI
<b>KJØNNSFORDDELING</b>										
Kvinner	58	55–61	178	168–188	359	331–386	595	564–626	955	817–1094
Menn	48	37–59	131	95–167	351	237–465	530	402–657	530	402–657
<b>ALDERSFORDELING</b>										
< 30 år	56	45–67	219	166–271	385	239–531	659	496–823	1301	414–2189
30–39 år	61	53–68	209	187–231	283	235–332	553	495–612	855	584–1125
40–49 år	57	52–62	178	162–194	395	344–445	629	574–685	1040	808–1273
50–59 år	58	53–63	158	142–174	374	327–420	590	537–642	844	628–1060
60–69 år	53	41–65	130	94–166	356	271–442	540	438–642	967	363–1570
Ukjent	37	24–50	112	58–165	155	21–289	304	143–465	304	143–465
<b>UTDANNINGSBAKGRUNN</b>										
Hjelpeleier uten tilleggsutdanning	58	39–77	171	113–230	457	196–717	686	413–960	686	413–960
Sykepleier uten videreutdanning	58	52–63	197	180–214	340	300–380	595	550–640	849	657–1041
Sykepleier med videreutdanning	60	55–64	169	155–183	373	330–416	602	553–651	979	774–1183
Annen helsefaglig utdanning	53	45–61	153	120–185	363	289–437	569	492–647	961	518–1405
Annen bakgrunn (i hovedsak administrasjon)	45	36–54	151	112–190	296	201–391	492	374–611	1201	418–1984

ARBEIDSERFARING <sup>b</sup>	60	52–68	199	174–224	398	262–413	596	509–684	1058	699–1418
< 5 år i hjemmetjenesten	57	54–61	172	161–184	351	320–382	581	546–615	897	745–1050
5 + år i hjemmetjenesten	54	47–62	184	163–205	385	333–436	623	564–682	987	692–1281
< 5 år i sykehjem	63	48–68	182	166–199	365	314–417	610	554–667	1070	818–1322
5 + år i sykehjem	60	45–65	171	152–191	372	312–432	603	533–673	938	673–1203
< 5 år i sykehus	53	47–59	182	160–205	377	326–429	613	555–672	1094	764–1423
5 + år i sykehus										
FORHOLD RUNDT										
VURDERINGSSITUASJONEN										
AV HJELPEBEHOV <sup>c</sup>										
Gjør vurderinger alene	50	46–53	196	181–212	394	356–433	641	597–684	1024	811–1236
Gjør vurderinger i samråd med en overordnet	57	54–61	183	162–204	366	285–447	604	514–693	1006	669–1343
Gjør vurderinger i samråd med kollegaer	54	53–60	174	162–186	357	322–392	588	548–627	945	777–1117
Gjør vurderinger i samråd med ansatte i hjemmetjenesten	63	55–63	177	165–190	360	326–394	596	558–635	912	744–1080
Bruker kommunens eller annet standardisert skjema	60	55–62	179	168–190	354	324–385	592	557–626	936	788–1084
Bruker ikke slikt skjema	53	47–60	166	145–186	374	316–433	593	530–656	939	640–1238

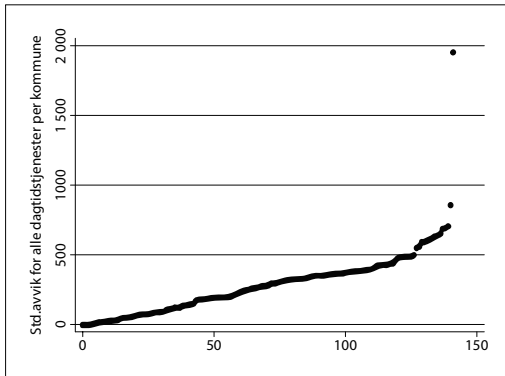
<sup>a</sup> Tabellen inkluderer både de som svarte ja og nei for relevant tjeneste, og gjennomsnittlig foreslått tildeling er dermed på informasjon fra samtlige respondenter. Der tildelingsevne manglet men tjenesten var indikert (N < 5), ble tildelingsevnen erstattet med gjennomsnittet totalt i dette underutvalget for den spesifikke typen tjeneste. Respondenter (N=51) hvor kommune mangler, er utelatt fra analysen.

<sup>b</sup> Inkluderer avlæringsopphold, rehabiliteringsopphold, kortids- og langridsopphold.

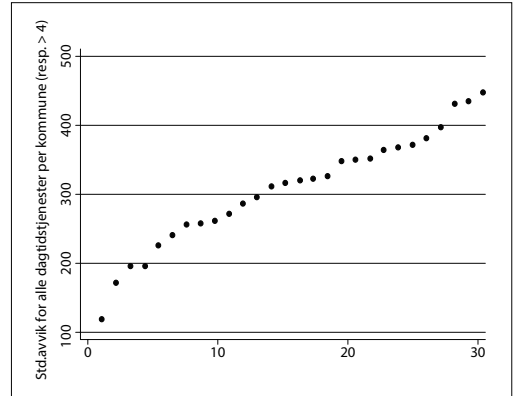
<sup>c</sup> Institusjonsopphold er holdt utenfor totalsummen her.

<sup>d</sup> Institusjonsopphold er inkludert i totalsummen her.

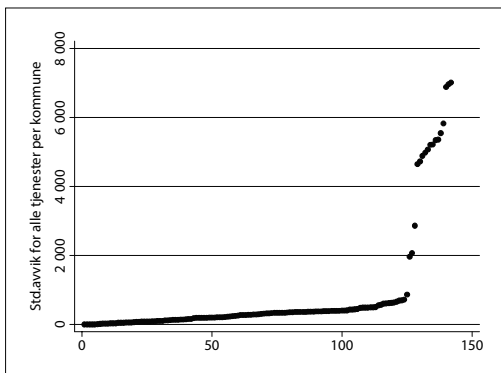
<sup>e</sup> Gjennomsnitt. <sup>f</sup> Konfidensintervall.



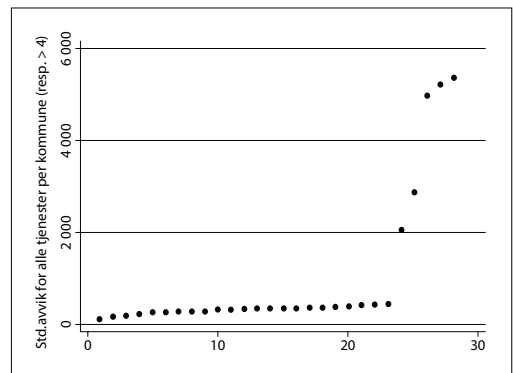
Figur 1a. Spredningsmål (standardavvik) for tjenester på dagtid (praktisk bistand, hjemmesykepleie og dagsenter/dagrehabilitering) for de 142 kommunene med to eller flere respondenter.



Figur 2a. Spredningsmål (standardavvik) for tjenester på dagtid (praktisk bistand, hjemmesykepleie og dagsenter/dagrehabilitering) for de 28 kommunene med fem eller flere respondenter.



Figur 1b. Spredningsmål (standardavvik) for alle tjenester (inkludert institusjonsopphold) for de 142 kommunene med to eller flere respondenter.

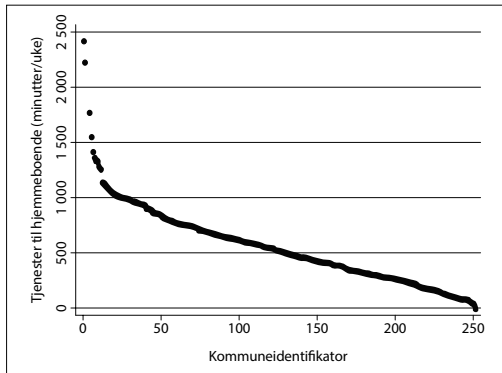


Figur 2b. Spredningsmål (standardavvik) for alle tjenester (inkludert institusjonsopphold) for de 28 kommunene med fem eller flere respondenter.

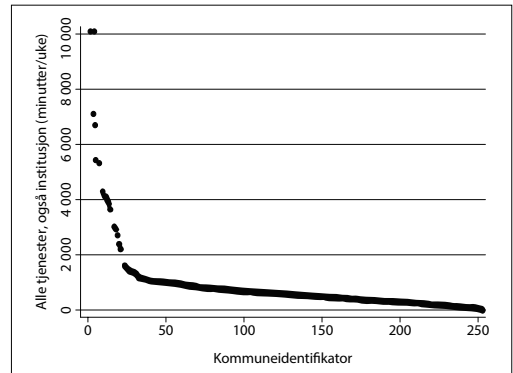
høyere antall minutter i de tilfellene praktisk hjelpebehov, medikamentell hjelp, fallhistorie og sosial status var vektlagt.

Når vi aggregerte svar fra respondenter fra en og samme kommune til et kommunesamlemål, fant vi relativt store forskjeller mellom kommuner. Dette er vist grafisk i figur 3a og 3b. Kommunen med saksbehandlere som foreslo den høyeste tildelingen av tjenester totalt ville tildelt

i gjennomsnitt 10 080 minutter, mens kommunen med saksbehandlere som foreslo lavest tildeling ville tildelt i gjennomsnitt 0 minutter. For hjemmesykepleie var det høyeste gjennomsnittet 493, for praktisk bistand 293, og for aktivitetssenter og/eller dagrehabilitering 2100 minutter. Når vi grupperte kommunene etter observerbare kjennetegn som i andre studier har vist seg å være korrelert med tildeling (Langørgen 2000, 2004),



Figur 3a. Gjennomsnittlig tildelt tid per kommune for tjenester til hjemmeboende (praktisk bistand, hjemmesykepleie og dagsenter/dagrehabilitering).



Figur 3b. Gjennomsnittlig tildelt tid per kommune for alle tjenester (inkludert institusjonsopphold).

fant vi liten grad av samsvar mellom observerte forskjeller og kommunekjennetegn (tabell 6). Vi fant en tendens til at tildelte minutter til praktisk bistand sank med økende innbyggertall og økt grad av sentralisering, mens det motsatte var tilfellet for dagsenter/dagrehabilitering. Her var det statistisk signifikante forskjeller mellom kommuner med lavest og høyest innbyggertall, og lav og høy sentralitet. Når vi sammenliknet totalsummen for alle typer tjenester på dagtid, tildelte de sentrale kommunene mest tid. Det var også klare forskjeller mellom kommuner etter næringsstype, men mønsteret var mindre entydig. Befolkningssammensetningen med hensyn til andel eldre hadde kun betydning for tildelt tid til praktisk bistand. Kommuner med store utgifter (høye bundne kostander) tildelte signifikant færre minutter til dagsenter/dagrehabilitering og samlet tid for tjenester på dagtid sammenliknet med kommuner med mindre utgifter. Tilsvarende tildelte rike kommuner (høye frie inntekter) i gjennomsnitt mer tid til praktisk bistand og hjemmesykepleie sammenliknet med mindre rike kommuner. Likeledes fant vi at kommuner med en stor andel av sitt budsjett rettet mot pleie og omsorg tildelte mer praktisk bistand men mindre dagsenter/dagrehabilitering sammenlik-

net med kommuner som benytter en mindre andel til dette. Når vi så på den interne fordelingen rettet mot henholdsvis omsorg i hjemmet eller i institusjon, fant vi imidlertid ingen forskjeller.

### Multivariate analyser

Tabell 7 oppsummerer statistisk signifikante ( $p < 0.10$ ) resultater fra multivariate regresjonsmodeller for fem ulike utfall (kolonner). Samtlige variabler fra tabell 5 og 6 ble inkludert i modellene innledningsvis. Variabler som ikke bidro signifikant ble utelatt stegvis. Oppsummert fant vi *ingen* kjennetegn, hverken for respondenter eller kommuner, som hadde betydning på tvers av de oppstilte utfallene. Menn tildelte i snitt noe færre timer praktisk bistand og hjemmesykepleie sammenliknet med kvinner, mens eldre respondenter tildelte mindre hjemmesykepleie sammenliknet med yngre. Personer som hadde arbeidet i hjemmetjenesten (kort eller lenge) tildelte mindre dagsenter/dagrehabilitering sammenliknet med personer med annen arbeidserfaring. Likeledes tildelte personer med lang sykehjemserfaring en større andel institusjonstjenester. Sammenliknet med de minst sentrale kommunene, tildelte respondenter i mer sentrale kommuner mer dagsenter/dagrehabilitering og også flere

Tabell 6. Oversikt over foreslått tildeling av tjenester samt variasjonen i denne etter utvalgte trekk ved kommunene.<sup>a</sup>

(ANTALL KOMMUNER/ANTALL RESPONDENTER)	PRAKTISK BISTAND		HJEMMESYKEPLEIE		DAGSENTER OG/ELLER DAGREHABILITERING <sup>b</sup>		TOTAL SUM TJENESTER <sup>c</sup>		TOTAL SUM ALLE TJENESTER <sup>d</sup>	
	Gj.SNITT <sup>e</sup>	95% KL <sup>f</sup>	Gj.SNITT	95% KL	Gj.SNITT	95% KL	Gj.SNITT	95% KL	Gj.SNITT	95% KL
Alle kommuner (255/682)	57	54–60	178	168–188	359	331–387	594	563–626	951	811–1090
INNBYGGERTALL										
< 10 001 (170/288)	66	62–71	160	148–171	309	271–346	535	494–576	899	714–1083
10 001–30 000 (59/167)	54	50–58	180	164–197	372	330–414	606	557–654	1326	1099–1553
30 001–60 000 (17/78)	51	47–55	223	205–240	362	338–386	636	603–669	754	632–876
60 001–150 000 (6/69)	48	44–51	200	188–213	448	404–492	696	645–748	819	727–911
> 150 000 (3/80)	46	45–47	177	177–178	434	407–464	659	629–689	659	629–689
NÆRINGSTYPE										
Primærnæringskommuner (39/68)	77	65–89	182	157–207	343	253–432	601	505–698	874	599–1149
Landbruks- og industrikommuner (35/54)	61	53–69	154	123–184	372	277–467	586	477–696	944	449–1436
Industrikommuner (44/87)	60	55–66	150	131–169	344	282–407	555	489–620	773	594–952
Mindre sentrale tjenesteytende-/industrikommuner (15/45)	62	45–70	164	142–185	265	211–320	491	428–555	1263	852–1675
Sentrale tjenesteytende-/industrikommuner (51/162)	50	46–54	180	165–195	413	371–454	643	594–692	1147	923–1371
Mindre sentrale tjenesteytende kommuner	62	54–70	176	152–199	236	165–307	474	401–547	890	397–1383
Sentrale tjenesteytende kommuner (24/180)	49	47–52	203	195–212	396	375–418	649	627–671	757	699–814
SENTRALITET										
Minst sentrale kommuner (90/154)	69	63–75	166	150–182	262	215–309	496	443–550	868	614–1122
Mindre sentrale kommuner (26/60)	61	54–68	143	123–164	380	286–475	584	479–689	1370	972–1767
Noe sentrale kommuner (46/118)	57	51–64	183	164–203	340	295–386	581	529–633	986	799–1184
Sentrale kommuner (93/350)	51	49–54	188	179–196	405	381–429	644	617–670	903	780–1026
ANDEL AV BEFOLKNINGEN 80+ ÅR										
1. kvartil (64/264)	51	48–54	181	170–192	413	388–438	645	617–674	752	665–838
2. kvartil (64/160)	57	54–60	194	181–208	341	299–383	593	546–640	983	766–1200
3. kvartil (64/159)	58	53–62	154	141–167	294	256–332	505	462–548	1106	879–1333
4. kvartil (63/99)	72	62–81	182	161–204	350	272–429	604	519–689	1179	795–1563

<b>BUNDNE KOSTNADER</b>											
1.	kvartil (73/346)	50	48–52	193	184–201	400	378–421	643	618–667	904	802–1005
2.	kvartil (59/135)	53	49–57	156	139–173	337	290–384	546	494–599	970	743–1198
3.	kvartil (64/110)	66	60–72	169	150–187	330	269–392	565	497–633	1090	705–1474
4.	kvartil (59/91)	79	69–89	167	148–187	273	198–348	519	439–599	931	668–1195
<b>FRIE INNTEKTER</b>											
1.	kvartil (66/143)	54	49–58	149	133–165	361	318–403	563	513–613	1102	848–1353
2.	kvartil (66/193)	56	52–60	191	177–191	384	344–424	361	585–676	1055	834–1276
3.	kvartil (65/212)	58	54–62	180	170–191	354	324–384	592	560–625	680	600–760
4.	kvartil (58/134)	62	56–68	187	172–202	330	275–385	579	520–638	1067	829–1305
<b>PROSENT AV BUDJETT TIL PLEIE- OG OMSORG</b>											
1.	kvartil (64/247)	53	50–55	183	171–194	407	378–436	643	610–675	796	691–900
2.	kvartil (66/148)	61	55–67	181	167–195	355	310–400	597	544–649	921	719–1123
3.	kvartil (62/152)	51	48–55	176	160–193	342	302–383	570	526–613	1176	891–1461
4.	kvartil (63/135)	67	61–74	169	155–182	296	240–351	532	471–592	1013	772–1254
<b>ANDEL TIL HJEMMETJENESTER</b>											
1.	kvartil (67/163)	65	59–70	169	157–182	409	363–455	643	594–693	1116	868–1364
2.	kvartil (65/170)	55	50–59	183	170–196	357	319–395	595	552–639	866	683–1050
3.	kvartil (68/190)	52	49–55	185	171–200	326	294–358	563	525–600	712	612–812
4.	kvartil (55/159)	58	54–63	173	159–187	350	303–396	581	530–632	1156	913–1399
<b>ANDEL TIL INSTITUSJONER</b>											
1.	kvartil (74/219)	58	54–61	176	163–188	345	306–384	578	536–621	996	815–1177
2.	kvartil (58/146)	55	50–59	187	170–205	330	299–362	572	533–612	835	634–1035
3.	kvartil (65/225)	51	48–54	177	168–187	380	350–410	608	574–643	769	674–864
4.	kvartil (58/192)	75	66–84	172	151–192	387	309–465	634	551–717	1472	1047–1896

<sup>a</sup> Tabellen inkluderer både de som svarte ja og nei for relevant tjeneste, og gjennomsnittlig foreslått tildeling er dermed på informasjon fra samtlige respondenter. Der tidsangivelse manglet men tjenesten var indikert ( $N < 5$ ), ble tidsangivelsen erstattet med gjennomsnittet totalt i dette underutvalget for den spesifikke typen tjeneste. Respondenter ( $N=51$ ) hvor kommune mangler, er utelatt fra analysen.

<sup>b</sup> Inkluderer avlastningsopphold, rehabiliteringsopphold, kortids- og langtidsopphold.

<sup>c</sup> Institusjonsopphold er holdt utenfor totalsummen her.

<sup>d</sup> Institusjonsopphold er inkludert i totalsummen her. <sup>e</sup> Gjennomsnitt. <sup>f</sup> Konfidensintervall.

dagtidstjenester totalt. For innbyggertall fant vi større variasjon: De største kommunene tenderte mot å tildele noe mindre praktisk bistand sammenliknet med den minste, mens kommunene i midtgruppen tildelte signifikant mer hjemmesykepleie enn øvrige kommuner. Totalt sett tildelte de neststørste kommune mest dagtidstjenester, mens de aller minste kommunene tildelte mest når også institusjonsopphold var inkludert i summen. En økt andel av personer fra 80 år og eldre økte sannsynligheten for tildeling av dagsenter/dagrehabilitering, og også for dagtidstjenester generelt. Når det gjaldt forskjeller mellom rike og fattige kommuner, syntes rike kommuner å tildele mer praktisk hjelp enn mindre rike kommuner. Et tilsvarende mønster fant vi imidlertid også for bundne utgifter: Kommunene med de høyeste bundne kostandene ga mest praktisk bistand. Når vi så spesifikt på utgifter til pleie og omsorg, ble det tildelt mindre tid til dagsenter/dagrehabilitering i kommuner som benytter en stor andel av sitt budsjett til pleie og omsorg.

## Diskusjon

Vignettmetoden har tidligere vært lite brukt i Norge, men er i benyttet i eldre og nyere studier i for eksempel USA og Sverige (Cutler, Skinner, Stern og Wennberg 2013; Lindelöf og Rönnbäck 1997; Wallander 2008; Wallander 2012). Fra denne typen studier er det kun tentative *vurderinger* og ikke reelle *tildelinger* som kan undersøkes. I vårt tilfelle var vignetten som ble sendt ut beskrevet på en slik måte at det ikke skulle være opplagt hvorvidt tjenester burde tildeles eller ikke.<sup>7</sup> Likeledes gjaldt for *omfanget* av eventuelle tjenester. Dette viste seg å reflekteres i svarene vi mottok: Variasjonsbredden for alle tjenestene (unntatt institusjonsopphold) summert var 4 240, som utgjør en svært markert forskjell når vi tar til etterretning at alle har vurdert identiske kasus. Etter inklusjon av institusjonsopphold, steg variasjonsbredden til hele 10 080 minutter. Når vi videre tar i betraktning at dette er et kasus som samtlige av de inkluderte respondentene mente minnet om et kasus de vanligvis vurderer,

synes variasjonen i det potensielle tilbudet å være markert.

## *Hvilken betydning har kjennetegn ved saksbehandleren for tildelingsvurderingen?*

Mannlige saksbehandlere tildelte i snitt noe færre timer enn kvinner, og deler av effekten var signifikant også i multivariate analyser. Likeledes gjaldt for eldre saksbehandlere. Videre tildelte ansatte i hjemmetjenesten noe mindre tid til dagrehabilitering utenfor hjemmet. En svensk studie viser at ansatte i tildelingstjenesten er en relativt homogen gruppe når det gjelder kjønn, alder, utdanningsbakgrunn og erfaring, og fant ingen effekt av disse faktorene (Lindelöf og Rönnbäck 1997), i tråd med våre funn. Likeledes fant Cutler mfl. kun svake sammenhenger mellom kjennetegn ved leger for behandlingsvalg i en amerikansk vignettstudie (2013).

De fleste norske kommuner har forsøkt å normere tildelinger ved at de i stor grad benytter standardiserte skjemaer eller egenutviklede skjemaer i tildelingsvurderinger, og at beslutninger ofte fattes i felleskap. Dette er reflektert her ved at majoriteten oppgir at de benytter standardiserte skjema og at tildelingsbeslutninger fattes i felleskap. I multivariate analyser er det imidlertid ingen forskjell i tildelingsvurderingen mellom respondentene som oppgir at de til vanlig benytter standardiserte skjemaer og de som ikke gjør det. Respondentene stod fritt til å benytte verktøyene de vanligvis benytter i vurderingen av det tilsendte kasuset, med unntak av at de skulle svare individuelt. Imidlertid ble ikke respondentene spurt om hvorvidt de benyttet sine ordinære verktøy i kasusvurderingen. Dette ville kanskje gitt en bedre forståelse av mulige kilder til den observerte variasjonen.

Respondentene kunne angi ved tekstsvaret hvilken ytterligere informasjon om personen beskrevet i vignetten de gjerne skulle hatt tilgang til. En mulig årsak til noe av variasjonen i tildeling framgår av disse svarene. Noen skriver at de ville begynt smått og eventuelt utvidet tilbudet om de så behov for og ønske om dette, mens an-



Tabell 7. Koeffisienter og p-verdier fra multivariate regresjonsmodeller.<sup>a</sup>

	PRAKTISK BISTAND		HJEMMESYKEPLEIE		DAGREHAB./ DAGSENTER <sup>b</sup>		ALLE TJENESTER (DAG) <sup>c</sup>		ALLE TJENESTER (DAG/NATT) <sup>d</sup>	
	KOEFF.	P-VERDI	KOEFF.	P-VERDI	KOEFF.	P-VERDI	KOEFF.	P-VERDI	KOEFF.	P-VERDI
MENN (REF=KVINNER)	-16,2	0,04	-47,8	0,07						
48+ ÅR (REF=<48 ÅR)			-42,3	<0,001						
< 5 ÅR I HJEMMETJENESTEN (DUMMY)					-93,6	0,07				
5+ ÅR I HJEMMETJENESTEN (DUMMY)					-76,8	0,08			258,7	0,08
5+ ÅR I SYKEHJEM (DUMMY)										
MINDRE SENTRALE KOMMUNER (REF=MINST SENTRALE)					113,7	0,05	81,6	0,22		
NOE SENTRALE KOMMUNER					99,7	0,04	90,2	0,13		
SENTRALE KOMMUNER					149,3	<0,01	116,4	0,06		
10 001–30 000 INNBYGGERE (REF=< 10 001)	-5,5	0,22	20,0	0,12			57,7	0,28	451,0	0,01
30 001–60 000 INNBYGGERE	-6,1	0,30	62,8	<0,001			93,3	0,17	-126,3	0,60
60 001–150 000 INNBYGGERE	-11,2	0,07	42,1	0,02			144,2	0,05	-75,9	0,76
> 150 000 INNBYGGERE	-10,7	0,08	20,8	0,22			72,4	0,34	-202,1	0,39
ANDEL INNBYGGERE 80+ ÅR (KONT.)					37,6	0,02	51,2	0,01		
INDEKS OVER BUNDNE KOSTNADER (KONT.)	32,8	0,02								
INDEKS OVER FRIE INNTEKER (KONT.)	19,9	0,09								
PROSENT AV BUDSJETT TIL PLEIE/ OMSORG (KONT.)					-12,0	0,001	-13,0	<0,01		
MODELLKONSTANT	13,0		181,7		519,7		616,3		797,4	

<sup>a</sup> Opprinnelig ble alle variabler vist i de foregående tabellene inkludert i modellene, men variablene som ikke bidro (signifikansnivå på 10 %) ble ekskludert.

<sup>b</sup> Inkluderer avlastningsopphold, rehabiliteringsopphold, kortids- og langtidsopphold.

<sup>c</sup> Institusjonsopphold er holdt utenfor totalsummen her.

<sup>d</sup> Institusjonsopphold er inkludert i totalsummen her.

dre skriver at de vil starte med noen tjenester og trappe ned dersom de så at personen ble bedre. Det er dermed ikke gitt at den store variasjonen som her framkommer ville ha vedvart særlig lenge.

### ***Hvilken betydning har kjennetegn ved kommunen for tildelingsvurderingen?***

Vår studie omfatter rundt 60 prosent av norske kommuner, men fordi de mest folkerike er inkludert er befolkningsgrunnlaget langt større. 33 av de 35 største kommunene er representert i vårt materiale, og mer enn halvparten av Norges befolkning bor i disse 35 kommunene. I tillegg er svært mange distriktskommuner representert. Resultater fra oversiktsanalyser på kommune-kjennetegn over kommuner som valgte å delta og ikke, gir ikke grunnlag for å konkludere at kommunene som ikke deltok er annerledes sammenliknet med kommunene som valgte å delta. Slik sett kan det synes som om representativiteten ved studien er god. Imidlertid kan det være forhold ved kommunene som takket nei som gjør at vi ville fått et noe annerledes resultat hadde samtlige kommuner deltatt. Dette bør undersøkes nærmere ved registeranalyser på landsrepresentative data som for eksempel IPLOS.

De store organisatoriske forskjellene i pleie- og omsorgstjenester mellom kommuner har tidligere vist seg å innvirke på typen tjenester som tildeles (Langørgen 2004; Langørgen, Løkken og Aaberge 2013). For eksempel finner Langørgen mfl. (2013) at antall personer i relevante målgrupper for de ulike tjenestene påvirker pengebruken til kommunene. I våre analyser finner vi imidlertid at andelen 80 år og eldre har en beskjeden innvirkning på tildelingsvurderinger, dog statistisk signifikant for dagtidstjenester. Videre har Langørgen vist at tjenestenivået generelt er bedre i sentrale strøk sammenliknet med mindre sentrale strøk, som blant annet skyldes at tjenesteytingen til for eksempel pleie- og omsorg er dyrere i små kommuner fordi ulike faste kostnader påløper uavhengig av kommunestørrelse samtidig som de har merkostnader i form

av økt reisetid for kommuneansatte i pleie og omsorg på grunn av lengre reiseavstander (2000, 2004). I vår studie ble det tildelt signifikant flere timer til dagtidstjenester i de mest sentrale kommunene. Imidlertid var mønsteret mer uklart for kommunestørrelse.

Når det gjelder rike og mindre rike kommuner, fant vi kun en effekt for tildeling av praktisk bistand, som til dels er finansiert ved hjelp av egenandel fra bruker. Dette står i motsetning til funn fra blant andre Langørgen (2004) som finner at kommuner med høye frie inntekter generelt yter bedre tjenester. Imidlertid er våre funn her i samsvar med en svensk sammenlikning av 27 kommuner (Lindelöf og Rönnbäck 1997) og Langørgens konklusjon fra en annen studie hvor han sier at «De økonomiske rammebetingelsene til den enkelte kommune har begrenset betydning for hvor mye hjelp brukerne mottar, selv om det er en tendens til at ytelsene er høyere i kommuner med høye inntekter per innbygger enn i kommuner med relativt lave inntekter» (2000).

### ***Er det like store forskjeller internt i kommuner som mellom kommuner?***

Svært mange kommuner har gjennomgått en organisatorisk endring i løpet av de siste årene, med et økende antall tildelingskontorer, organisert som egne enheter. Dette er ment å skulle bidra til å sikre en større grad av likeverdighet i tilbud, internt i kommuner og mellom kommuner. Gitt at alle respondenter har vurdert ett og samme kasus, er variasjonen derfor overraskende stor. Landssnittet for en fulltids plass i sykehjem ble anslått til å være 971 000 kroner per år i 2012 (Virke, NHO og KS 2013). Kostnadene for en ukes opphold tilsvare dermed rundt 18 600 kroner for en kommune, selv om noe kan inndeckes ved egenandeler. I motsetning til dette vil «ingen tjenester» tilsvare ingen kostnader.

Det er også en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. Det er dermed påfallende at spriket i tildelingsvurderinger internt i en kommune varierer mellom ingen tjenester til full døgnkonti-

nuerlig rehabilitering. En mulig konsekvens av dette kan være at hvilken kommune man bor i og hvilken saksbehandler man tildeles kan spille en rolle for tilbud, selv i et Norge hvor «nødvendig helsehjelp» skal ytes til de som har behov for dette.

Vår undersøkelse kan tyde på at arbeidet som gjøres i forhold til standardisering bør få et økt fokus i kommunene, for å sikre et likt tilbud uavhengig av geografi og/eller saksbehandler. I følge Syse (2015) har helsesektorens tjenesteutøvelse i stor grad vært basert på medisinskfaglig skjønn, understøttet av gitte prioriteringer i tråd med politiske retningslinjer. Tradisjonelt har det vært lagt mindre vekt på en ren styring gjennom lovbaserte rettigheter, selv om lovgivning er et viktig virkemiddel for styring, idet det fastsettes *bindende* normer for ansvar, finansiering og organisering. På den andre siden kan en sterk regelstyring gi et stivt og lite fleksibelt hjelpesystem for å kunne ivareta de varierende behovene i pleie- og omsorgstjenesten. En ytterligere lovfesting av tjenestetilbud vil, etter vårt syn, ikke være hensiktsmessig på grunn av den store kommunale variasjonen i organiseringen av tjenester og den store graden av skjønn som må benyttes vil vanskeliggjøre dette.<sup>8</sup> I denne sammenhengen kan det heller pekes på arbeidet som allerede er igangsatt på dette området som omhandler prioriteringsveiledere, i første omgang tiltenkt til bruk i spesialisthelsetjenesten (Syse 2015) hvor vurderingene som skal foretas er operasjonalisert for helsearbeidere heller enn jurister i langt større grad enn tidligere. Slike veiledere kan kanskje på sikt utarbeides også for tildelingsenhetene i pleie- og omsorgstjenesten.

### Konklusjon

Det er stor variasjon i tildelingsvurderinger som gjøres av ansatte i norske kommuner, og variasjonen er stor både mellom kommuner og internt i kommunene. Det synes imidlertid ikke som om det er klare skiller basert på respondenters kjennetegn eller kjennetegn ved kommunen. Det er altså en stor grad av *uforklarte* forskjeller

som framkommer, og som det derfor kan være vanskelig for kommuner å tilrettelegge for å minimere.

I denne studien er hvilken saksbehandler man tildeles internt i en kommune av nesten like stor betydning for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester som hvilken kommune man bor i. Imidlertid er det sannsynlig at våre resultater overestimerer den reelle variasjonen internt i kommunene, da majoriteten av respondentene oppgir at tildelingsvurderinger gjøres ved hjelp av standardiserte skjema og samråd med kollegaer og ansatte i omsorgstjenesten, og dette mest sannsynlig bidrar til å redusere variasjonen noe. Videre studier bør undersøke faktisk variasjon i tildeling mellom kommuner med ulike tildelingsprosedyrer retrospektivt. Videre kan opplæring av ansatte som foretar tildelingsvurderinger ved for eksempel bruk av kasus som dette være hensiktsmessig for å sikre norske innbyggere et likeverdig helsetjenestetilbud i eldre år.

### Appendix A:

#### Fiktiv vignett

Nedenfor finner du en kortfattet beskrivelse av en fiktiv eldre person. Forestill deg at du har dannet deg et bilde av hjelpebehovet til denne personen på bakgrunn av undersøkelser som er gjort av hjemmetjenesten og noen telefonsamtaler du har hatt med den eldre. Du skal ta stilling til hjelpebehov og hvilke tjenester du ville tildelt ved å svare på noen spørsmål. Du skal late som om personen er en reell person. Ta hensyn til det du vanligvis tar hensyn til når du vurderer og tildeler tjenester. Avslutningsvis får du mulighet til å oppgi hvilken vesentlig informasjon du skulle ønske du hadde tilgang til men som ikke var tilgjengelig i beskrivelsen.

- Kjell/Björg er 80 år og enslig, og bor i en moderne toromsleilighet sentralt i kommunen. I sitt yrkesaktive liv arbeidet Kjell/Björg som lærer. Kjell/Björg er tidligere røyker, men sluttet for om lag 10 år siden.

- Kjell/Björg pådro seg et håndleddsbrudd for 6 uker siden etter et fall i sin leilighet, men han/hun er nå medisinsk ferdigbehandlet. Han/hun har ingen tidligere fallhistorie.
- Kjell/Björg har ingen kjente sykdommer med unntak av moderat kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Han/hun skal bruke *Oxis tubuhaler* (9 mikrogram/dose, inhalasjon) hver morgen og kveld. Han/hun sier at han/hun som oftest husker dette, men ikke alltid. Kjell/Björg har ikke tidligere fått hjelp fra hjemmetjenesten, men har nå søkt om hjelp. Han/hun er tilbake i leiligheten etter sykehusoppholdet, og har gått med på et hjemmebesøk.
- Kjell/Björg har ingen store problemer med å bevege seg, men er svak. Ved hjemmebesøket merker du deg at han/hun spiser dårlig og at han/hun ikke tar vare på sin hygiene. Det ser ut til at leiligheten ikke er rengjort på lenge. Kjell/Björg har ikke mange interesser, men løser kryssord og ser på TV. Du forstår at han/hun lever isolert.
- Under hjemmebesøket sier Kjell/Björg at det hadde vært bra om noen kom hver dag og laget middag, samt rengjorde leiligheten en gang iblant. Forøvrig sier han/hun at han/hun klarer seg selv. En sønn/datter bor i samme kommune, og noen naboer pleier å titte innom et par ganger i uka.

## Appendix B

### Spørreskjema

Kommune: \_\_\_\_\_

1. Hvilke tjenester ville du tildelt denne eldre personen? I kolonnen til venstre kan du krysse av for alle alternativene du mener personen kvalifiserer for og bør motta. Dersom du har krysset for alternativer som kan varierer i omfang, angi hvor stort omfang du mener tjenestene bør ha.

- \_\_\_ Gulvvask av rom i daglig bruk \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Støvsuging av rom i daglig bruk \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Vask på kjøkken \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Vask og stell av tøy \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Vask av sanitærutstyr \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Sengetøyskift \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Innkjøp av dagligvarer \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Annen praktisk bistand i hjemmet (spesifiser): \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Personlig hygiene (inkl. dusj/bad) \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Tilrettelegging og klargjøring av måltider \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Hente medisin på apotek \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Utlevere/gi medisin \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Annen hjemmesykepleie (spesifiser): \_\_\_\_\_ min./uke
- \_\_\_ Trygghetsalarm \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Dagsenter/aktivitetssenter (inkl. transport) \_\_\_\_\_ timer/uke
- \_\_\_ Dagrehab./rehab. i hjemmet \_\_\_\_\_ timer/uke
- \_\_\_ Institusjon (avlastning, rehab., korttid el langtid) \_\_\_\_\_ døgn (totalt)
- \_\_\_ Ingen tjenester \_\_\_\_\_

2. Hva baserer du din avgjørelse på? Sett gjerne flere kryss. Avgjørelsen er basert på personens

Alder\_\_\_ Fallhistorie\_\_\_ Praktiske hjelpebehov\_\_\_ Bosituasjon\_\_\_  
 Sosial status\_\_\_ Behov for medikamentell hjelp\_\_\_ Familiesituasjon\_\_\_  
 Økonomiske/personnlemessige rammer\_\_\_ Signaler fra toppadministrasjonen\_\_\_  
 Annet\_\_\_ Om du krysset for annet, vennligst spesifiser: \_\_\_\_\_

3. Hvilken ytterligere informasjon om personen som er beskrevet i vignetten skulle du ønske du hadde hatt tilgang til for å gjøre deg opp en rimelig mening om behov og foreslått omsorgsytelse?

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

4. Er du mann eller kvinne? Mann\_\_\_ Kvinne\_\_\_  
 5. Hvor mange år er du? \_\_\_\_\_ år  
 6. Hvilken utdanning har du?

Hjelpepleier\_\_\_ Sykepleier uten videreutd. \_\_\_  
 Sykepleier med videreutd. \_\_\_  
 Annen helsefaglig utdanning\_\_\_ Administrativ utdanning\_\_\_  
 Annet Vennligst beskriv: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. Hvilken arbeidserfaring har du? Sett gjerne flere kryss.

< 5 år i hjemmetjenesten\_\_\_ 5+ år i hjemmetjenesten \_\_\_  
 < 5 års erfaring fra sykehjem\_\_\_ 5+ års erfaring fra sykehjem\_\_\_  
 < 5 års erfaring fra sykehus\_\_\_ 5+ års erfaring fra sykehus\_\_\_

8. Hvor lenge har du vært ansatt i kommunen du nå arbeider? \_\_\_\_\_ år  
 9. Hva er din arbeidstittel i dag? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 10. Spesifiser, i % av fulltid, andelen av arbeidet ditt som består av

Type arbeidsoppgaver	%
Utredning/vurdering	
Konsultasjoner/rådgivning/ behandling	
Administrasjon av tjenester i enheten	
Generell administrasjon (dokumentasjon, planlegging etc.)	
Andre arbeidsoppgaver, vennligst spesifiser:	
SUM	100 %

11. Når du foretar vurderinger av hjelpebehov, foretas disse vanligvis

Alene\_\_\_ I samråd med en overordnet\_\_\_  
 I samråd med kollegaer\_\_\_  
 I samråd med ansatte i hjemmetjenesten\_\_\_  
 Annet\_\_\_ Vennligst spesifiser:  
 \_\_\_\_\_

12. Når du vurderer klienters situasjon, benytter du da hjelpemidler?

Nei, jeg bruker ikke strukturerte arbeidsverktøy\_\_\_  
 Ja, kommunens skjema\_\_\_  
 Ja. Jeg bruker et standardisert verktøy\_\_\_ Vennligst spesifiser: \_\_\_\_\_

13. Minner personen som er beskrevet i vignetten deg om «case» som du vanligvis vurderer?

Ja\_\_\_ Nei\_\_\_

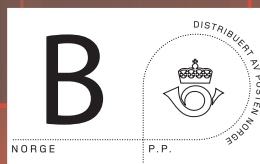
## Noter:

- 1 Ideelt sett burde vignetten og spørreskjemaet blitt testet på ansatte i tjenesten i dag, men dette var ikke mulig uten at populasjonen vi skulle samle fra var under risiko for kontaminasjon.
- 2 Omfangsangivelse var ikke aktuelt for trygghetsalarm, da dette er noe man får eller ikke får. I tillegg til å undersøke kommunal variasjon, ønsket vi å undersøke hvorvidt saksbehandlere vektlegger kjønn på bruker eller brukers barn, og derfor ble fire identiske vignetter med unntak av bruker og barns kjønn randomisert til saksbehandlere innenfor kommunene. Randomiseringen ble gjort på kommunenivå. Dette er tema for en annen artikkel. I analysene som er gjort her, er det ikke skilt på dette. Ved inklusjon av skjematype (A, B, C eller D) i de multivariate modellene, viste det seg at skjematype ikke bidro signifikant.
- 3 Dette viste seg å være vanskelig å få til i praksis for enkelte småkommuner hvor kun én person var ansvarlig for tildelinger eller der det kun var én mannlig ansatt. I disse tilfellene forsikret vi respondentene om at vi ikke ville viderefremde informasjon om enkeltpersoner.
- 4 De fleste som svarte at vignetten ikke minnet om et kasus de vanligvis vurderer, oppga at de til vanlig arbeider med yngre brukere eller brukere med rus- og psykiatriproblematikk.
- 5 Alle variablene er målt i minutter per uke. I noen få tilfeller hadde informantene krysset av for type tjeneste men ikke omfang, og de ble da tillagt gjennomsnittsverdien på det spørsmålet.
- 6 Kategorien «annet» ble beholdt som en egen kategori i analysene, da momentene innenfor denne kategorien vanskelig lot seg fordele på de øvrige kategoriene.
- 7 I følge lovverket, er pasientens behov for hjelp vesentlig for vurderingen om rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Årsaken til det aktuelle behovet er i utgangspunktet uten betydning. Det aktuelle sykdomsbildet eller brukerens omsorgssituasjon kan føre til at rettskravet utløses. Behovet for hjelp må ha en tyngde og styrke som gjør at kvalifisert bistand framstår som helt nødvendig.
- 8 I dag har brukere og dere pårørende mulighet til å påklage vedtak til Fylkesmannen og for domstolen, men få benytter denne retten (Syse 2015).

## Litteratur

- Cutler, D., J. Skinner, A.D. Stern og D. Wennberg (2013) *Physician beliefs and patient preferences: a new look at regional variation in health care spending*, NBER Working Paper No. 19320, tilgjengelig fra: <http://www.nber.org/papers/w19320> (nedlastet 10.1.15).
- Daatland, S.O. og M. Veenstra (2012) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*, Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Hagen, T.P., A.K. Negera, G. Godager, T. Iversen og H. Øien (2011) *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986–2010*, Oslo University, Health Economics Research Programme: HERO, On line Working Paper Series.
- Hinck, S. (2004) The lived experience of oldest-old rural adults, *Qualitative Health Research*, 14(6):779–91.
- Holmøy, E., J. Kjenvik og B. Strøm (2014) *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*, Oslo: Statistisk sentralbyrå rapport 2014/14.
- Huseby, B.M. og B. Paulsen (2009) *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?* Trondheim: SINTEF A11522/2009.
- Haak, M., A. Fänge, S. Iwarsson og I.S. Dahlin (2007) Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1):16–24.
- Kjønstad, A. og A. Syse (2012) *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang*, Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lagergren, M. og P.Å. Johansson (1996) *Finns det systematiska skillnader i biståndsbesluten mellan socialdistrikten i Stockholm?* Stockholm: Stift. Stockholms läns äldrecentrum.
- Langørgen, A. (2000) *En analyse av kommunenes hjelp til mottakere av hjemmetjenester*, Oslo: Statistisk sentralbyrå rapport 2000/3.

- Langørgen, A. (2004) Needs, economic constraints, and the distribution of public home-care. *Applied Economics* 36(1):485–496.
- Langørgen, A., S. Løkken og R. Aaberge (2013) *Kommunenes økonomiske atferd 1972–2009*, Oslo: Statistisk sentralbyrå rapport 2013/21.
- Lindelöf, M. og E. Rönnbäck (1997) *Behov, bedømming och beslut i äldreomsorgen. En studie i 27 kommuner kring handläggingsprocessen*, SoS-rapport 1997:8.
- OECD (2014) *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014*, tilgjengelig fra: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-norway-2014\\_9789264208469-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-norway-2014_9789264208469-en) (nedlastet 23.1.15).
- Statistisk sentralbyrå (2012) *Pleie- og omsorgstenester 2012*, tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2013-07-01?fane=tabell&sort=nummer&tabell=126498> (nedlastet 1.5.14).
- Statistisk sentralbyrå (2014) *Kommune-Stat-Rapportering. KOSTRA*, tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2013-07-01?fane=tabell&sort=nummer&tabell=126498> (nedlastet 20.12.14).
- Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) *Omsorgsplan 2015*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Syse, A. (2015) *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, 4. reviderte utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tønnessen, S. og P. Nortvedt (2012) Hva er faglig ansvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien*, 7(3):280–5.
- Tønnessen S., P. Nortvedt og R. Førde (2011) Rationing home-based nursing care – Professional ethical implications, *Nursing Ethics*, 18(1):386–96.
- Tønnessen S., R. Førde og P. Nortvedt (2009) Pasientenes beskrivelser av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset. Omsorg på andres premisser, *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(1):57–71.
- Virke, NHO og KS (2013) *Beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester. Grunnlag for vurdering av kostnader og kvalitet*, tilgjengelige fra: <http://www.ks.no/PageFiles/44532/BeregningEnhetskostnader.pdf> (nedlastet 20.1.15).
- Wallander, L. (2008) *Measuring professional judgements: An application of the factorial survey approach to the field of social work* (Avhandling), Stockholm: Acta Universitatis Stockholm.
- Wallander, L. (2012) Measuring social workers' judgements: Why and how to use the factorial survey approach in the study of professional judgements, *Journal of Social Work*, 12(1):364–384.



Returadresse:  
Fagbokforlaget  
Kanalveien 51  
5068 Bergen

Tidsskrift for velferdsforskning  
Årgang 18, nr. 3 2015  
ISSN 0809-2052

## VITENSKAPELIGE ARTIKLER

164 En kvinnevennlig pensjonsreform? Likestillingsperspektiver i den norske pensjonsreformdebatten  
**Ann-Helén Bay, Axel West Pedersen og Mari Teigen**

179 Fri bevegelse, økt fleksibilitet og den norske velferdsstaten  
Arbeidslivsintegrasjon og bruk av sosiale ytelser blant arbeidsinnvandrere fra Øst- og Sentral-Europa  
**Jon Horgen Friberg**

198 Innsatsstyrt finansiering og sjukefråvær på norske sjukehus  
**Karin Monstad**

211 Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse- og omsorgstjenester til eldre  
**Astri Syse, Henning Øien, Mari Bugge Solheim og Niklas Jakobsson**

## KOMMENTARARTIKKEL

234 Prekarisering og motstand – Om mulighetene for sosial rettferdighet i et nyliberalt Europa  
**Isak Lekve**

## BOKOMTALER

240 Gunnar Tellnes og Bjørgulf Claussen (red.):  
*Folketrygdens framtid. Hvor går Nav?*  
**Aslak Syse**

242 Ingrid Lundeberg, Kristian Mjåland og Karl Harald Søvig:  
*Tvang i rusfeltet. Regelverk, praksis og erfaringer med tvang*  
**Lars Lien**



FAGBOKFORLAGET