



Bygdeforskning

Lars Rønning og Maja Farstad

Bruk av styringsløsningen vertskommune med felles folkevalgt nemnd i Værnes- regionen

Med innbyggerne i fokus
Delrapport 2



VÆRNESREGIONEN

-Fra fjord til fjell



Rapport 9/2014

ISSN 1503-2035



Norsk senter for bygdeforskning
Universitetssenteret Dragvoll
N-7491 Trondheim

Telefon: +47 73 59 17 29
Epost: post@bygdeforskning.no

Rapport 9/2014

Utgivelsesår: 2014

Antall sider: 65

ISSN 1503-2035

Tittel: Bruk av styringsløsningen vertskommune med felles folkevalgt nemnd i Værnesregionen. Med innbyggerne i fokus. Delrapport 2

Forfatter: Lars Rønning og Maja Farstad

Utgiver: Norsk senter for bygdeforskning

Utgiversted: Trondheim

Prosjekt: Følgeevaluering av bruk av vertskommune med folkevalgt nemnd i Værnesregionen

Prosjektnummer: 6296.00

Oppdragsgiver: Stjørdal kommune v/Værnesregionen

Kort sammendrag

Dette er andre delrapport fra et større prosjekt hvor Norsk senter for bygdeforskning, Nordlandsforskning og Sentio Research Norge AS foretar følgeevaluering av Værnesregionens bruk av styringsløsningen vertskommune med felles folkevalgt nemnd. Delrapport 2 undersøker hvilken betydning det interkommunale samarbeidet om helse- og sosialtjenester har for innbyggerne i Værnesregionen. Hovedinntrykket vårt, basert på foreliggende data, er at samarbeidet har ført til høyere kvalitet på tjenesteproduksjonen. Samtidig er det ikke alt som fungerer tilfredsstillende ennå. Det viktigste som har skjedd ved etableringen av kommunesamarbeidet, og som berører tjenestekvaliteten, er kompetanseheving i enhetene totalt sett. Et annet forhold som påvirker brukernes møte med tjenestene i positiv retning, er kombinasjonen av nærhet og distanse, som følger av en organisering med sentrale enheter i vertskommunen og øvrige ansatte lokalisert ute i kommunene. Utfordringene i dette vertskommunesamarbeidet er å utnytte organiserings potensial når det gjelder utvikling av tjenestekvaliteten. Utvisking av kommunale forskjeller som er til hinder for internt samarbeid, håndtering av avstand og god informasjon er stikkord for hva Værnesregionen bør jobbe videre med, for å dra nytte av et samarbeid som synes å ha klare fordeler for innbyggerne med hensyn til kvalitet på helse- og sosialtjenestene.

Stikkord

Interkommunalt samarbeid, vertskommune med felles folkevalgt nemnd, Værnesregionen, tjenestekvalitet, innbyggerfokus

Trykk: NTNU-Trykk

Forside hovedbilde: Værnesregionen/Hotblack/Bygdeforskning

Forord

Dette er andre delrapport fra følgeevalueringen av bruk av vertskommune med felles folkevalgt nemnd i Værnesregionen. Prosjektet gjennomføres av Norsk senter for bygdeforskning, Nordlandsforskning og Sentio Research Norge AS, på oppdrag fra Stjørdal kommune v/ Værnesregionen. Delrapport 2 tar for seg hvilken betydning kommunesamarbeidet har for innbyggerne i Værnesregionen, både når det gjelder deres oppfatning av tjenestetilbudet (i et demokratisk perspektiv), og når det gjelder kvaliteten på de tjenestene som leveres (fra et faglig perspektiv og/eller fra brukernes eget perspektiv).

Delrapport 2 er, i likhet med delrapport 1, skrevet av forskere ved Bygdeforskning. Sentio har bidratt med mesteparten av datamaterialet som ligger til grunn for rapporten, mens Bygdeforskning og Nordlandsforskning har vært involvert i innsamlingen av enkelte deler av dette materialet.

Vi takker alle intervjupersoner som har bidratt både med informasjon og med sine subjektive perspektiver på samarbeidet, og vi takker våre ovennevnte partnere for samarbeidet så langt.

Trondheim, 27. juni 2014

Lars Rønning og Maja Farstad

Innhold

Forord.....	3
Tabelliste	7
Figurliste	8
Sammendrag	9
Summary	11
1 Innledning.....	13
1.1 Et innbyggerfokus	13
1.2 Vertskommunesamarbeid med politisk nemnd	14
1.3 Nærmere om Værnesregionen.....	15
2 Problemstillinger	17
2.1 Kvalitet	17
2.2 Saksbehandling.....	18
2.3 Rettsikkerhet.....	18
2.4 Brukermedvirkning	19
3 Datagrunnlag og metode	21
3.1 Dokumenter	21
3.2 Spørreundersøkelse	21
3.3 Fokusgruppeintervjuer.....	22
3.4 Tidligere brukerundersøkelser.....	23
3.5 Borgerundersøkelsen	23
4 Helse- og sosialtjenestene i Værnesregionen.....	25
4.1 Politikerne og administrasjonens vurdering av tjenestekvaliteten	25
4.2 Tjenestetilbud – barnevern	30
4.3 Tjenestetilbud – forvaltningskontoret	34
4.4 Brukerundersøkelse DMS	37
4.5 Brukerundersøkelse legevakt	38
5 Borgerundersøkelsen.....	41
5.1 Samlemål og kontrollspørsmål.....	43
5.2 Indikatorer på helse og sosialtjenestene	44
5.3 Helse- og omsorgsindikatorennes påvirkning på samlemålene	46

5.4	Oppsummering	48
6	Oppsummering og diskusjon.....	49
6.1	Tjenestekvalitet	49
6.2	Rettsikkerhet og klager.....	51
6.3	Brukermedvirkning	52
6.4	Suksessfaktorer og utfordringer med vertskommunesamarbeid, av betydning for innbyggerne.....	54
	Referanser	56
	Vedlegg	57
	Tjenesteindeks	57
	Bostedsindeks	59
	Trygghetsindeks.....	61
	Demokratiindeks.....	62
	Organisasjonsindeks	64
	Indekser mot borgerskår	65

Tabelliste

Tabell 1: Kjennskap til det faktiske tjenestetilbudet innenfor vertskommunesamarbeidet om barnevern, legevakt og helse- og omsorgstjenester, blant administrativ ledelse (rådmann og øverste helse-/omsorgssjef) og politikere.	26
Tabell 2: Kjennskap til virksomheten i de politiske nemndene for barnevern, legevakt og helse- og omsorgstjenester, blant administrativ ledelse (rådmann, øverste helse-/omsorgssjef og enhetsledere) og politikere utenom nemndsmedlemmene.	26
Tabell 3: Indikatorer som inngår i indeksene i Borgerundersøkelsen.	42
Tabell 4: Borgerundersøkelsens samlemål og kontrollspørsmål fordelt på kommuner.	43
Tabell 5: Indikatorer av spesiell interesse for helse- og sosialtjenestene, demokrati og organisering i vertskommunesamarbeidet.	44
Tabell 6: Indikatorer jamfør tabell 5 fordelt på kommuner.	45
Tabell 7: Indikatorer jamfør tabell 5 og deres påvirkning på samlemålene tjenestetilfredshet og omdømme.	47
Tabell 8: UNDERINDEKS 1: TJENESTEINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge.	57
Tabell 9: Spørsmål til underindeks 1: Tjenesteindeks for Værnesregionen.	58
Tabell 10: Styrke-tilstandsmatrise for underindeks 1: Tjenesteindeks mot samlemål I tjenestetilfredshet.	58
Tabell 11: UNDERINDEKS 2: BOSTEDSINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge.	59
Tabell 12: Spørsmål til underindeks 2: Bostedsindeks for Værnesregionen.	60
Tabell 13: Styrke-tilstandsmatrise for underindeks 2: Bostedsindeks mot Samlemål II Omdømme.	60
Tabell 14: UNDERINDEKS 3: TRYGGHETSINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge.	61
Tabell 15: Spørsmål til Underindeks 3: Trygghetsindeks for Værnesregionen.	61

Tabell 16: UNDERINDEKS 4: DEMOKRATIINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge.....	62
Tabell 17: Spørsmål til underindeks 4: Demokratiindeks for Værnesregionen.	63
Tabell 18: UNDERINDEKS 5: ORGANISASJONSINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge.....	64
Tabell 19: Spørsmål til underindeks 5: Organisasjonsindeks for Værnesregionen.....	64
Tabell 20: Styrke-tilstandsmatrise for Modell A, Underindekser og Affektiv Tilknytning mot Borgerskåren.....	65

Figurliste

Figur 1: Andel blant alle respondenter som oppfatter at vertskommunesamarbeidet i liten, noen eller stor grad har gitt bedre tjenestekvalitet.....	28
Figur 2: Andel blant alle respondenter som oppfatter at vertskommunesamarbeidet i liten, noen eller stor grad har gjort det enklere å bruke tjenestene.	28
Figur 3: Andel blant alle respondenter som oppfatter at vertskommunesamarbeidet i liten, noen eller stor grad har bedret den fysiske tilgjengeligheten til tjenestene.....	29
Figur 4: Analysemodell for Borgerundersøkelsen. Kilde: Sentio Research.....	42

Sammendrag

Dette er andre delrapport fra en følgeevaluering av vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd i Værnesregionen. Kommunene samarbeider om helse- og sosialtjenester innenfor denne løsningen, og tema for rapporten er hvilken betydning dette kommunesamarbeidet har for innbyggerne. Tjenestene som evalueres, og hvor kommunene i Værnesregionen har etablert vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd, er barnevern, legevakt, distriktmedisinsk senter (DMS) og forvaltningskontor.

Rapporten konsentrerer seg hovedsakelig om innbyggerne som *brukere* av tjenestene. Brukerne er de som opplever tjenestekvaliteten direkte, og det er tjenestekvalitet i bred forstand som er fokus for denne delen av evalueringen. Hovedspørsmålet er hvordan tjenestekvaliteten for brukerne eventuelt har endret seg som følge av etableringen av vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd. Innbyggerne er for øvrig også *borgere* som er med på å bestemme tjenestetilbudet gjennom demokratiet, som betaler for tjenestene gjennom skatter, og som opplever hvordan tjenestene fungerer for familiemedlemmer og andre i lokalmiljøet. En egen del av rapporten er viet borgerperspektivet.

Evalueringen bygger på flere datakilder, deriblant to tidligere evalueringer av henholdsvis legevakt og DMS. Av primære datakilder utnyttes resultater fra en spørreundersøkelse til kommunepolitikere og administrativ ledelse i regionen. Videre har vi gjennomført fokusgruppeintervjuer med ansatte i barnevernet og forvaltningskontoret sammen med representanter for ytre enheter til disse enhetene. Gjennom disse intervjuene har vi samlet informasjon fra personer som jobber tett på brukerne og som dermed opplever deres reaksjon på tjenestene som leveres. Vi erfarer at dialogen i fokusgruppene avslører viktige dimensjoner og momenter vedrørende tjenestekvalitet uten å være for knyttet til enkeltsaker.

Et klart flertall av kommunepolitikere og administrativ ledelse for helse- og sosialtjenestene svarer gjennom spørreundersøkelsen at tjenestekvaliteten i stor grad har blitt bedre gjennom vertskommunesamarbeidet. Dette til tross for at ikke alle politikerne kjenner like godt til hverken tjenestene eller organiseringen gjennom vertskommunesamarbeidet.

Gjennom fokusgruppeintervjuene får vi også inntrykk av at tjenestene har blitt bedre, og her får vi flere begrunnelser for hvorfor dette har skjedd, samtidig som det også erkjennes at ikke alt er oppnådd i samarbeidet, eller fungerer tilfredsstillende.

Det viktigste som skjer ved etablering av kommunesamarbeid, og som berører tjenestekvaliteten, er kompetanseheving i enhetene totalt sett. Større enheter gir en større samlet kompetanse som alle kan dra nytte av. Samtidig gir det rom for at flere kan spesialisere seg på smalere felt. Det gir en økt ressurs for regionen. Det faglige miljøet

er også inspirerende i forhold til å tiltrekke kompetente fagfolk til nye stillinger, og til at disse står lenger i jobben. Større fagmiljø gjør at brukerne oftere møter team av fagpersonell som er involvert i behandlingen av saker, i stedet for enkeltpersoner. I det minste har saksbehandleren ofte konferert med andre kolleger. Samlet synes disse forholdene å skape et grunnlag for at også brukerne vil få oppleve bedre tjenester, og det gir større trygghet for at de blir gitt et faglig godt tilbud.

Et annet forhold som påvirker brukernes møte med tjenestene, er kombinasjonen av nærhet og distanse som følger av en organisering med sentrale enheter i vertskommunen, men med ansatte plassert rundt i kommunene. Dette gjelder for barnevern og forvaltningskontoret. Her kan brukerne på den ene side dra nytte av ansatte med lokalkunnskap som samtidig er lett tilgjengelig. På den annen side kan brukerne unngå lokal kontakt og oppnå større anonymitet i mer sensitive saker som kan være vanskelig å ta opp i et lite lokalsamfunn der alle kjenner alle. Dette gir også økt rettsikkerhet, ved at hverken bruker eller tjenestepersonell trenger å ta utenomfaglige hensyn på grunn av for tette bånd lokalt.

Utfordringene i vertskommunesamarbeidet er å utnytte organiseringens potensial når det gjelder utvikling av tjenestekvaliteten. Kommuner som fram til nylig har operert på egenhånd har også utviklet sine egne retningslinjer, egen praksis og kultur. Dette henger igjen i samarbeidet og kan være til hinder for effektiv utveksling av arbeidskapasitet, saker og tjenester mellom kommunene. I tillegg er avstand en utfordring. Dette kommer mest direkte til uttrykk på området legevakt, der innbyggere lengst unna legevakten i Stjørdal må reise lenger for å få hjelp, men indirekte er det også en utfordring på de andre områdene. Med større avstand til brukerne som betjenes blir det enda viktigere med godt samarbeid med lokale institusjoner og enheter, og det blir viktigere med god informasjon til innbyggerne. Utvisking av forhold som er til hinder for internt samarbeid, håndtering av avstand og god informasjon er stikkord for hva Værnesregionen bør jobbe videre med, for å dra nytte av et samarbeid som synes å ha klare fordeler for innbyggerne med hensyn til kvalitet på helse- og sosialtjenestene.

Summary

This is the second interim report from an evaluation of intermunicipal collaboration based on the cooperative model “Host Municipality with Shared Democratic Committee” (HMSDC) in the region of Værnes. The collaboration involves health- and social services, and the subject of this report is how the collaboration affects the inhabitants of the region. The evaluated services are child welfare, accident and emergency care, community-medical care, and administrative office (which is a unit responsible for allocation of all health services in the municipalities).

The evaluation is mainly concerned with the inhabitants as users of the services. However, the inhabitants are also citizens, who take part in decisions made on supply of services through the democracy, who pay for the services through taxes, and who experience how the services work for family members and others in their local environment. The users, on the other hand, have direct experiences with the quality of the services, and the quality of the services is the subject in this part of the evaluation. The main question is how the quality of services potentially has changed as a consequence of the establishment of the intermunicipal collaboration with a shared democratic committee.

The evaluation is based on several types of data, including two previously performed evaluations of the accident and emergency unit and the community-medical centre respectively. Primary data included furthermore the results from a survey among municipal politicians and the administrative leadership of the region. Furthermore, we have carried out focus group interviews with staff within the child welfare and the administrative office respectively where also representatives for adjacent services that cooperate closely with these two services participated. Thus, through these interviews we have collected information from persons who work closely with the users and who therefore have got an impression of how the users experience the delivered services. Our impression is that the dialogues in the focus groups reveal important dimensions and aspects considering the quality of the services, without being too colored by isolated cases.

The survey shows that a significant majority of the municipal politicians and administrative leadership for health- and social services believe that the quality of the services has improved greatly as a result of the intermunicipal collaboration. However, some politicians seemed relatively unfamiliar with the services as well as the intermunicipal organization.

The focus group interviews confirmed assertions that services have been improved, and several explanations on why this was perceived to be the case were offered. At the same time it was recognized that collaboration can be further improved.

The most important consequence of improved collaboration is the increased overall level of accessible competency. Larger units provide a greater range and a higher degree of skills and knowledge – to the benefit of all units. It allows for greater specialisation of employees and thus a better utilisation of specialist skills and knowledge to the benefits of users. Moreover, considering the ongoing challenge of attracting skilled staff to new executive positions and of retaining them, a more specialised environment within larger units is likely to be perceived as a more attractive workplace for highly qualified staff. Together these effects are likely to improve the quality of services.

Another issue that may affect the quality of services is the combination of proximity and distance due to the spatial organization of services - with central units located in the host municipality and additional services provided in each municipality. This is the case both when it comes to child welfare and the administrative office. On the one hand, users benefit from staff with local knowledge who are easily accessible. On the other hand, users can access central service units and thus avoid contact with local staff in favour of having their case heard by non-local staff. This may for example be beneficial in more sensitive cases, where close social proximity could negatively influence how a case is handled or, alternatively, preventing end-users from seeking help in the first place.

The challenge of the host municipality collaboration are to manage to utilize the potential of the new organizing when it comes to the development of the quality of the services. Municipalities that until recently have operated independently have developed their own guidelines, practices and culture, which, in turn, may hinder the effective exchange of both work capacity and information. In addition, distance represents a challenge. This is especially a condition of relevance when it comes to the accident and emergency unit, which is located in the host community, and where the users settled farthest off now have to travel a longer distance to receive medical help. Distance is also indirectly a challenge within the other fields of cooperation; a greater distance to the users served require a well-working cooperation with local institutions and units, and makes it even more important to provide sufficient information to the inhabitants. In sum, we argue that reduction of municipal differences that hinder cooperation, handling of distance, and sufficient information are key issues that the municipalities should focus on to be able to utilize the potential of a collaboration which has several clear benefits for the inhabitants regarding the quality on health- and social services.

1 Innledning

Værnesregionen inkluderer de seks kommunene Tydal, Selbu, Malvik, Frosta, Meråker og Stjørdal. Med unntak av Malvik deltar disse kommunene i et interkommunalt samarbeid etter modellen «vertskommune med felles folkevalgt nemnd». Det samarbeides om helse- og sosialtjenester innenfor denne samarbeidsmodellen: barnevern, legevakt, distriktmedisinsk senter (DMS) og forvaltningskontor. Frosta deltar kun i samarbeid om barnevern. Samarbeidet etter modellen med folkevalgt nemnd ble etablert i 2012. På grunn av lite nasjonal erfaring med denne samarbeidsformen ble det besluttet å følgeevaluere samarbeidsløsningen over en toårs periode fra 2013 til 2015.

Denne delrapporten dekker innbyggerfokuset, som er tema for én av tre delrapporter i evalueringen. De andre delrapportene omhandler henholdsvis administrativ og faglig styring, og politisk styring og demokratisk forankring. Delrapportenes innhold integreres i sluttrapporten for evalueringen, hvor beslutningseffektivitet, gevinstrealisering og læring fra den aktuelle samarbeidsløsningen vurderes som sådan.

1.1 Et innbyggerfokus

Kommunen har en rolle som tjenesteprodusent overfor sine innbyggere. Samarbeidsmodellen med vertskommune med folkevalgt nemnd i Værnesregionen er etablert for å sikre innbyggerne gode tjenester produsert på en effektiv måte. Ett av formålene med følgeevalueringen har derfor vært å undersøke hvordan samarbeidsmodellen bidrar til å oppfylle dette målet. I den forbindelse har vi tatt hensyn til at en kommunes innbyggere har to relasjoner til kommunen; som brukere av kommunale tjenester, og som borgere i kommunen.

Som *borgere* har kommunens innbyggere interesse i hvordan tjenestene produseres og hvordan fellesskapets ressurser utnyttes. Her er økonomi og effektivitet viktig for å få mest mulig igjen for kommunale ressurser. For *brukerne* av de kommunale tjenestene er derimot tjenestekvalitet avgjørende. Denne rapporten favner begge disse innbyggerrollene, men vi har hovedfokus på innbyggerne som brukere. I datainnsamling og analyse konsentrerer vi oss derfor spesielt om den kvalitative dimensjonen ved tjenesteproduksjonen, og hvilke konsekvenser kommunesamarbeidet har for brukerne av tjenestene.

Kommunesamarbeidets betydning for brukerne undersøkes med nye empiriske data på områdene barnevern og forvaltningskontor. Fokusgruppeintervjuer med personale som jobber med brukerne i disse tjenestene, samt med personer fra tilgrensende tjenester som jobber med de samme brukerne, har gitt kunnskap om hvordan kvaliteten ved tjenestene påvirker brukerne.

Utover dette foreligger det en intern evaluering for Værnesregionen legevakt fra 2011. Dette var evaluering av en toårig forsøksordning med felles legevakt for Stjørdal, Meråker, Selbu og Tydal. Denne ordningen har blitt videreført og tatt inn som en del av vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd. Tilsvarende foreligger en nyere brukerundersøkelse av Værnesregionen DMS fra Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling fra 2013. Med disse to relativt nye undersøkelsene av brukererfaringer og tilfredshet med legevakt og DMS, har vi ikke foretatt ytterligere datainnsamling i denne evalueringen på disse områdene.

Når det gjelder innbyggerne som borgere er det i samråd med oppdragsgiver besluttet å tone ned dette perspektivet i evalueringen. Sentio Research gjennomførte imidlertid en borgerundersøkelse i 2010 som involverte de aktuelle kommunene i Værnesregionen. Borgerundersøkelsen ble gjennomført etter at Værnesregionen var etablert som plattform for kommunalt samarbeid, men før etableringen av vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd i 2012. Undersøkelsen gir et bakgrunnsbilde av innbyggernes tilfredshet med ulike sider av kommunen og de kommunale tjenestene, og vi ser det som nyttig å inkludere disse resultatene i evalueringen for å belyse situasjonen ved inngangen til vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd.

1.2 Vertskommunesamarbeid med politisk nemnd

Kommuneloven gir kommunene mulighet til å velge mellom ulike former for interkommunale samarbeidsløsninger: interkommunale foretak (§ 62), samkommune (§28-2.) eller vertskommune (§ 28-1.). I henhold til kommunelovens kapittel 5 A, gir Vertskommune hjemmel for to typer interkommunale samarbeidsformer med vertskommuneorganisering: administrativt vertskommunesamarbeid (§ 28-1b.) og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd (§ 28-1c.). Vertskommuneorganisering vil si at deltakerkommunene har overlatt utførelsen av lovpålagte oppgaver til en av kommunene i samarbeidet. Denne kommunen kalles vertskommune. Kommuneloven gir også kommunene anledning til å delegerer utøvelse av offentlig myndighet (å fatte vedtak etter forvaltningsloven) til en vertskommune (jf. §28-1 a.). Kommunene er, gjennom lov, pålagt å dekke en rekke tjenesteområder for sine innbyggere: skole, barnevern, barnehage, primærhelsetjenester (som nylig har blitt utvidet gjennom samhandlingsreformen) m.fl. Forenklet kan man si at vertskommuneorganisering gir kommunene anledning til å legge ansvaret for gjennomføring av egne kjerneoppgaver til en annen kommune (vertskommunen).

I et administrativt vertskommunesamarbeid avtaler en kommune (samarbeidskommunen) med en annen kommune (vertskommunen) at vertskommunen skal utføre oppgaver og treffe avgjørelser i enkeltsaker eller i saker som ikke er av prinsipiell betydning. Dette betyr at samarbeidskommunen delegerer myndighet til vertskommunen i enkeltsaker og i kurante saker. Her er det viktig å påpeke at

vertskommunens folkevalgte organer ikke har instruksjons- eller omgjøringsmyndighet på de områdene som har blitt delegert fra samarbeidskommunen til vertskommunen. Videre gir kommuneloven en samarbeidskommune rett til å gi vertskommunen instruks om utøvelsen av den delegerte myndighet i saker som gjelder samarbeidskommunen alene eller dens berørte innbyggere (jf. Kommuneloven, § 28-1b).

I et vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd er det gjort avtale mellom samarbeidskommunen og vertskommunen om å opprette en felles folkevalgt nemnd. Til denne nemnda delegeres myndighet til å gjøre vedtak også i saker av prinsipiell betydning. Kommuneloven gir videre den folkevalgte nemnda anledning til å delegere myndighet til vertskommunens administrasjon til å treffe vedtak i enkeltsaker eller av saker som ikke er av prinsipiell betydning. Nemnda skal ha representanter fra alle samarbeidskommunene og vertskommunen. Hver kommune skal ha minst to representanter i nemnda, som selv blant sine medlemmer velger leder og nestleder. Som for i et administrativt vertskommunesamarbeid, har heller ikke vertskommunens folkevalgte organer instruksjons- eller omgjøringsmyndighet på områder som er delegert til vertskommunen (jf. Kommuneloven, § 28-1 c.).

1.3 Nærmere om Værnesregionen

Værnesregionen som samarbeidsorgan ble etablert i 2006, og organisert etter kommunelovens paragraf 27 som regulerer opprettelsen av eget styrende organ for å løse oppgaver på tvers av samarbeidende kommuner. Værnesregionen styres politisk av Regionrådet, og ledes administrativt av Arbeidsutvalget.

I Værnesregionen har kommunene Stjørdal, Meråker, Selbu, Tydal og Frosta inngått avtale om interkommunalt samarbeid på tre tjenesteområder: barnevern, legevakt, og helse- og omsorgstjenester som inkluderer DMS og forvaltningskontor. Stjørdal er vertskommune for samarbeidet. Det er opprettet en politisk nemnd for hvert av tjenesteområdene. Frosta deltar kun i samarbeidet om barnevern. Intensjonen er at deltagerkommunene i det nye vertskommunesamarbeidet skal delta i politikkkutforming og ivareta den politiske styringen med tjenesteproduksjonen gjennom den politiske nemnda og gjennom regionrådet. Dette er en ny og relativt uprøvd samarbeidsmodell, og Værnesregionen er således en nasjonal pilot det er knyttet stor interesse til. Erfaringene fra Værnesregionen vil ha stor overføringsverdi til andre kommuner og regionale samarbeid. Gjennom valget av denne samarbeidsmodellen har kommunene markert at de ønsker et tett og forpliktende samarbeid om oppgaver innen barnevern, legevakt og helse- og omsorgstjenester. Dette er områder som i økende grad krever spesialisert kompetanse, noe som gjør det krevende for små kommuner å opprettholde en faglig god tjeneste uten å samarbeide i en større region.

2 Problemstillinger

Produksjon av gode tjenester for brukerne er kommunenes overordnede mål og viktigste oppgave innenfor de helse- og sosialtjenestene som her evalueres. Dermed er også den overordnede problemstillingen under innbyggerfokus å vurdere om den nye samarbeidsmodellen med vertskommune innebærer et bedret tilbud for brukerne av tjenestene. Vurderingene må dels gjøres i forhold til om brukerne faktisk synes å oppleve tjenestene som gode eller mindre tilfredsstillende, og dels som en vurdering av tjenestekvaliteten sett i forhold til en fortsettelse av situasjonen før innføringen av interkommunalt samarbeid der kommunene hver for seg sørget for disse tjenestene.

I evalueringen forsøker vi å gi et svar på fem tematiske problemstillinger: kvalitet, saksbehandling, rettsikkerhet, klagemuligheter og brukervedvirkning.

2.1 Kvalitet

Et overordnet mål med etableringen av interkommunalt samarbeid på helse- og sosialtjenester er å sikre tjenestekvaliteten til innbyggerne. I forbindelse med et innbyggerfokus er også tjenestekvalitet avgjørende, og det bør være en forventning til at omorganiseringer leder til like bra eller bedre tjenester. En problemstilling er derfor hvorvidt etableringen av vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd gir bedre tjenester for innbyggerne.

Innbyggerne er i ulik grad berørt av tjenestene. Det er de som bruker tjenestene direkte, og andre innbyggere som enten er pårørende til brukere eller som er opptatt av beredskap, tilgjengelighet og kvalitet på tjenester de selv kan få bruk for i fremtiden. Her er det forskjell på tjenestene innen helse og omsorg. Legevakt er en typisk tjeneste hvor innbyggerne generelt er opptatt av tilgjengelighet og beredskap ved akutt behov for legehjelp, mens for brukerne av DMS og forvaltningskontorets tjenester er det kvaliteten på tjenestene under innleggelse eller en mer varig situasjon med omsorgsbehov som er avgjørende.

Endring av kvalitet fra én form for organisering til en annen kan være vanskelig å måle. Flere momenter gjør en slik evaluering vanskelig. Tjenestene som evalueres her har blitt omorganisert til et interkommunalt samarbeid på ulike tidspunkt. Vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd ble først etablert med avtaler i 2012. Før dette hadde flere av tjenestene blitt organisert i et interkommunalt samarbeid, uten politiske nemnder som grep for å bedre den politiske styringen av områdene det samarbeides om. Samarbeid om barnevern ble etablert så tidlig som i 2006, legevakt i 2009 og DMS i 2011. Innføring av styringsmodellen med folkevalgt nemnd i 2012 førte derfor ikke til noen store endringer i tjenesteproduksjonen som skulle være merkbar for brukerne. Derimot er overgangen fra at kommunene hver for seg sørget for tjenesteproduksjonen til interkommunalt samarbeid en overgang som på de fleste

områdene oppleves av innbyggerne generelt og brukerne spesielt. I forsøk på å evaluere om tjenestekvaliteten med dagens organisering har blitt bedre for innbyggerne må en derfor ta i betraktning tidsperspektivet fra den vesentlige omorganiseringen til interkommunalt samarbeid ble gjennomført.

En annen måte å se dette på er gjennom en mer hypotetisk tilnærming til alternativet som er at kommunene fortsatt i dag produserte de samme tjenestene hver for seg. En slik tilnærming ville også måtte ta inn konsekvensene av endrede rammebetingelser for kommunene. Slike endringer ville hatt konsekvenser for kommunenes tjenesteproduksjon. Med andre ord er det ikke gitt at situasjonen man forlot ved etableringen av interkommunalt samarbeid er et reelt sammenligningsgrunnlag. Noe av årsaken til samarbeidet var nettopp endrede rammebetingelser som gjorde at kommunene var nødt til å samarbeide også for å opprettholde tjenestekvaliteten. Med endrede rammebetingelser tenkes det spesielt på kravene til kommunene gjennom samhandlingsreformen, og muligheten hver enkelt kommune har til å bemanne tjenestene med tilstrekkelig kompetanse (Vinsand og Langset, 2012).

2.2 Saksbehandling

Saksbehandling er gjerne brukernes første møte med tjenestene, og inntrykket av tjenestens kvalitet starter allerede der. En problemstilling i evalueringen er derfor hvorvidt saksbehandlingen har blitt styrket gjennom vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd på en slik måte at det oppleves som en kvalitetsheving fra brukernes ståsted.

Saksbehandling kan gå både på tidsbruk, utredning og formidling av utfall. Angående tidsbruk har kommunene både pålagte og egendefinerte rammer for behandling av saker. Samtidig kan brukerne ha egne oppfatninger om hvorvidt de får svar innen rimelig tid. Utredningen og utfallet av saker er det vanskeligere å sette mål på. Fagkompetanse hos den enkelte og i enheten som helhet, samt eksterne fagnettverk kan bidra til kvalitativt god utredning av saker. Likedan er formidlingen av beslutninger en del av saksbehandlingen. Brukere kan være tilfreds eller misfornøyd med beslutninger, men det må likevel være et mål at saksbehandlingen er god og at man får brukeren til å oppfatte dette. Særlig er dette avgjørende i tilfeller der utfallet er forskjellig fra brukerens ønsker.

2.3 Rettsikkerhet

Rettsikkerhet har i denne sammenhengen flere dimensjoner. Brukerne av de kommunale tjenestene skal få et tjenestetilbud i henhold til lovgivningen. Dernest skal brukerne behandles likt gjennom saksbehandling som er objektiv og faglig basert.

I tilknytning til både saksbehandling og utøvelse av tjenestene er det en del av tjenestekvaliteten at det eksisterer tilfredsstillende klageordninger. Dette har videre med

brukernes rettsikkerhet å gjøre i forhold til de ytelsene innbyggerne kan forvente og som kommunene er pålagt å levere.

2.4 Brukermedvirkning

Innbyggerne og brukerne av kommunale tjenester kan medvirke på ulike måter og på ulike nivåer. Styringsmodellen med vertskommune med folkevalgt nemnd både pålegges av lovverket og velges framfor administrativt vertskommunesamarbeid på områder der det kreves politiske avgjørelser av prinsipiell betydning. De politiske nemndenes styringsinnflytelse på tjenesteproduksjonen er en innbyggermedvirkning gjennom folkevalgte organer.

Videre kan brukermedvirkning settes i system av enhetene som produserer tjenestene. Brukerundersøkelser kan gjennomføres og utnyttes til å utvikle tjenestene generelt. På et individuelt nivå kan tjenestene i større eller mindre grad tilpasses den enkelte bruker, og denne kan inviteres til å medvirke til en slik individuell tilpasning hvis dette er satt i system i tjenesten.

Evalueringen av den politiske styringen gjennom folkevalgt nemnd tas opp spesielt i andre deler av evalueringen. I denne rapporten ser vi spesielt på brukermedvirkning i form av systemer for dette i den enkelte tjeneste.

3 Datagrunnlag og metode

I dette kapitlet går vi gjennom datakildene som evalueringen bygger på med hensyn til et innbyggerfokus relatert til vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd. Vi baserer oss dels på data innsamlet for evalueringen generelt, og dels på intervjuer gjennomført spesielt med tanke på å skaffe kunnskap om kvaliteten på de tjenestene som innbyggerne tilbys. På enkelte tjenesteområder er det gjennomført tidligere evalueringer og brukerundersøkelser. Vi vurderer at disse gir tilstrekkelig informasjon om brukernes møte med tjenestene på disse områdene.

I vår datainnsamling for å undersøke brukernes møte med tjenestene forvaltningskontor og barnevern samler vi ikke inn data fra brukerne selv, men henter informasjon fra personer som jobber tett på brukerne. Det er altså ikke brukernes stemme som kommer til uttrykk direkte, men indirekte gjennom de som ser hvordan tjenestene mottas og fungerer. Dette valget er gjort fordi dette gjelder brukere og saker med stor variasjon, og det er personsensitive forhold det er knyttet ekstra personvernregler til ved datainnsamling. Vi mener vi ivaretar brukerfokus på en tilfredsstillende måte gjennom valgte metode.

3.1 Dokumenter

Evalueringen har gjennomgått dokumenter som ligger til grunn for vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd i Værnesregionen. Dette inkluderer utredninger av samarbeidet, mål- og strategidokumenter og avtaledokumenter mellom samarbeidskommunene.

3.2 Spørreundersøkelse

I september til oktober 2013 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant kommunepolitikere og administrativ ledelse i samarbeidskommunene. Spørreskjemaet ble utformet i fellesskap av Bygdeforskning, Sentio og Nordlandsforskning, og ble distribuert på epost. Undersøkelsen ble sendt ut til samtlige medlemmer av kommunestyret, rådmenn og øverste helse-og omsorgssjef i de fem involverte kommunene, samt til de øverste lederne for de ulike interkommunale tjenesteområdene underlagt § 28-c i Værnesregionen. Dette utgjør til sammen 136 personer. 69 personer besvarte spørreskjemaet, noe som ga en svarprosent på 51. For denne typen undersøkelser er dette generelt sett en bra svarprosent. Med tanke på at undersøkelsen var rettet mot en såpass liten gruppe av involverte politikere og administrativt ansatte hadde vi imidlertid håpet på at svarprosenten skulle bli en del høyere. Vi hadde også forventet oss at flere ville svare, siden undersøkelsen direkte berører samtlige av mottakerne sitt profesjonelle virke.

Generaliseringer fra utvalg til populasjon må foretas med en viss forsiktighet, i og med at utvalget er noe skjevt: En nærmere gjennomgang viser at frafallet er høyere blant

ordinære kommunestyremedlemmer enn hva det er blant de aktørgruppene som er mer involvert i det interkommunale samarbeidet. Dette kan sees som et funn i seg selv, da det kan forstås som en indikasjon på at en betydelig andel av kommunestyremedlemmene i deltakerkommunene oppfatter kommunesamarbeidet som relativt perifert i forhold til deres egen posisjon og opplevde ansvarsområde. Dette samsvarer med annen forskning på interkommunale samarbeid (f.eks. Frisvoll og Rye, 2009). Det er også en viss forskjell mellom kommunene i denne sammenheng. I Tydal har ca. 70 prosent av kommunestyret besvart, ca. 60 prosent av Frostas kommunestyre har besvart, i Meråker har oppunder 50 prosent av kommunestyremedlemmene respondert, i Selbu deltok 44 prosent, mens kun 34 prosent av Stjørdals kommunestyre responderte i undersøkelsen. Dette kan tyde på at vertskommunens politikere i mindre grad føler engasjement i forhold til det interkommunale samarbeidet enn det politikerne i samarbeidskommunene gjør.

3.3 Fokusgruppeintervjuer

Som et ledd i å evaluere kommunesamarbeidet ut ifra et brukerperspektiv ble det samlet inn nye data fra to av Værnesregionens tjenesteområder med felles folkevalgt nemnd. I samråd med prosjektets styringsgruppe valgte vi da barnevern og forvaltningskontor. Denne prioriteringen ble gjort for å utnytte begrensede ressurser i evalueringen best mulig, og fordi det relativt nylig var gjennomført egne brukerundersøkelser for DMS og legevakt.

Til forskjell fra legevakt og DMS, som er konkrete helsetilbud som brukerne benytter seg av, er både barnevern og forvaltningskontor er i stor grad saksbehandlingsressurser, hvor brukernes respons i en eventuell studie ville kunne forventes å være farget av de beslutninger som ble gjort i større eller mindre grad. Brukernes egen opplevelse er selvfølgelig av stor betydning, men vi mener at det også trengs et faglig perspektiv til å belyse kvaliteten på disse to sistnevnte tjenestene så godt som mulig.

I stedet for å intervju et knippe brukere på hvert av de to tjenesteområdene (noe som også ville vært svært tidkrevende jamfør tidligere omtalte personvernforpliktelser), valgte vi derfor i stedet å gjennomføre fokusgruppeintervjuer (et lettere strukturert samtaleintervju hvor flere intervjupersoner deltar samtidig) med personer som jobber tett på en rekke brukere av disse tjenestene. For det første har disse fagpersonene et *helhetsinntrykk* av hvordan brukerne vurderer tjenestetilbudet. For det andre kan de se brukernes oppfatninger i lys av et mer faglig perspektiv. For det tredje er de videre i stand til å uttale seg om hvilken rolle *kommunesamarbeidet* spiller for kvaliteten på de tjenestene som leveres.

Det kan stilles spørsmål ved troverdigheten til datamaterialet når ansatte selv skal vurdere sin egen tjeneste og tjenesteutøvelse. For å minimere denne svakheten inkluderte vi også representanter fra tilgrensende tjenester i det samme intervjuet. Dette

er personer som jobber opp mot henholdsvis barnevernet eller forvaltningskontoret, og som også jobber med de samme brukergruppene som nevnte tjenester. De interkommunale enhetslederne var behjelpelig med å organisere gruppene, men deltok ikke selv på intervjuene. Vi erfarte at både de interkommunale tjenestene og de tilgrensende tjenestene hadde et reflektert og kritisk blikk på både fordelene og svakhetene ved tjenestetilbudet, når det gjaldt konsekvenser for brukerne. Vi vurderer derfor at datamaterialet også fanger opp kritiske innvendinger mot de interkommunale tjenestene.

Vi gjennomførte ett fokusgruppeintervju for hvert av tjenesteområdene. I barnevernsintervjuet var det interkommunale barnevernet representert av ansatte som bemannet kontorene i flere av kommunene. Videre deltok representanter fra skole, barnehage, barne- og ungdomsenheten (Stjørdal), samt fosterhjemsforeldre. Representanter fra ppt-tjenesten og helsestasjon var også invitert til dette intervjuet, men ble dessverre forhindret fra å møte. 9 personer deltok på dette intervjuet. I intervjuet som omhandlet forvaltningskontoret, var forvaltningskontoret selv representert av ansatte stasjonert i samtlige kommuner. I tillegg deltok representanter fra hjemmetjenesten, sykehjem, barne- og avlastningsenheten (Stjørdal) fra ulike kommuner, samt en representant fra servicekontoret i vertskommunen. Til sammen 10 personer deltok på dette intervjuet.

3.4 Tidligere brukerundersøkelser

På to av tjenesteområdene som evalueres, Værnesregionen DMS og Værnesregionen legevakt, er det relativt nylig gjennomført egne evalueringer der også brukerperspektivet er inkludert. På disse områdene gjennomfører vi derfor ingen nye intervjuer for denne evalueringen, men vi støtter oss på tidligere funn og bruker dette i en samlet konklusjon.

3.5 Borgerundersøkelsen

Ved å inkludere data fra Borgerundersøkelsen som er gjennomført av Sentio Research får vi også med et borgerfokus i evalueringen av tjenestetilbudet. Borgerundersøkelsen måler hvordan innbyggerne ser på kommunen de bor i, blant annet hvordan de vurderer ulike kommunale tjenester. Dette gir svar fra innbyggerne generelt uavhengig av om de selv bruker disse tjenestene. Undersøkelsen er utarbeidet i samsvar med det svenske SCBs Medborgarundersökning. Undersøkelsesmodellen er bygd opp av samlemål på tjenestetilfredshet, vurdering av omdømme til kommunen og en Borgerskår. Borgerskåren er en totalbedømming av kommunen som bosted. Disse samlemålene måles mot indikatorer og tematiske indekser i en multivariat analyse for å finne hvilke tema og indikatorer som i størst grad påvirker tilfredshet med kommunale tjenester og inntrykket av kommunen.

Borgerundersøkelsen gjennomføres som en telefonsurvey. Utvalget trekkes tilfeldig blant personer over 18 år. 70 prosent av informantene nås gjennom mobiltelefon. Selve

intervjuene gjennomføres av Norstat ved bruk av «Computer Assisted Telephone Interviews» (CATI).

Borgerundersøkelsen for 2010 ble gjennomført i alle kommunene i Værnesregionen. Datagrunnlaget er 200 intervjuer i hver kommune med unntak av Tydal, der 122 personer er intervjuet. Til sammen er datagrunnlaget 922 personer for de fem kommunene som samarbeider om helse- og sosialtjenester i Værnesregionen. På grunnlag av befolkningsstatistikken for kommunene er datamaterialet vektet i forhold til kjønn og alder, og i forhold til befolkningsandel i regionen når det gjøres regionale analyser.

4 Helse- og sosialtjenestene i Værnesregionen

I dette kapitlet presenteres resultater og analyse av datamaterialet innsamlet i evalueringen, samt gjennomgang av tidligere undersøkelser. Borgerundersøkelsen fra Sentio Research ble gjennomført i 2010. På dette tidspunktet var det etablert felles barnevern og det var igangsatt forsøksordning med felles legevakt, men det var før etableringen av vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd som er gjenstand for denne evalueringen. Borgerundersøkelsen danner således et bakgrunnsbilde for vertskommunesamarbeidet som ble formalisert i 2012. Både for Værnesregionen legevakt og DMS er det gjennomført egne brukerundersøkelser. Vi støtter oss på disse tidligere evalueringene, og bruker dem, sammen med våre egne, nyervervede data fra tjenestene barnevern og forvaltningskontor, som grunnlag for diskusjon og konklusjoner.

Som gjennomgått i metodekapitlet henter vi ikke inn ny informasjon direkte fra brukerne av Værnesregionens helse- og sosialtjenester i denne evalueringen. Vi ivaretar et innbyggerfokus ved å fokusere på tjenestekvalitet i intervjuer og datainnsamling fra de som leverer tjenestene, og som jobber tett på brukerne slik at de opplever hvordan tjenestene mottas av brukerne.

4.1 Politikerne og administrasjonens vurdering av tjenestekvaliteten

I spørreundersøkelsen rettet til alle kommunepolitikere og administrativ ledelse i kommunene ble respondentene bedt om å vurdere hvorvidt ulike sider ved tjenestene hadde endret seg som følge av vertskommunesamarbeidet sammenlignet med om kommunene hver for seg skulle produsere de samme tjenestene. Dette gir en indikasjon på om de som står ansvarlig for tjenesteproduksjonen, politisk og administrativt, har kjennskap til, og er tilfreds med tjenestekvaliteten.

Kjennskap til tjenestetilbudet og politisk nemnd

Først ble det i spørreundersøkelsen kartlagt hvorvidt respondentene opplever å ha god nok kjennskap til den faktiske tjenesteproduksjonen og til arbeidet i de politiske nemndene for de tjenestene det samarbeides om i vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd. Enhetslederne for tjenestene er ikke inkludert i spørsmålet om faktisk tjenesteproduksjon, mens nemndsmedlemmene er unntatt fra spørsmålet om arbeid i nemndene. Tabell 1 og 2 viser antall respondenter i hver svarkategori. I tillegg er svarene kategorisert etter type kommune der vertskommunen er analysert for seg, og det er kategorisert etter administrativ eller politisk rolle i kommunen.

Tabell 1: Kjennskap til det faktiske tjenestetilbudet innenfor vertskommunesamarbeidet om barnevern, legevakt og helse- og omsorgstjenester, blant administrativ ledelse (rådmann og øverste helse-/omsorgssjef) og politikere. Antall.

	Kommune		Rolle i kommunen		
	Alle	Verts-kommune	Deltaker-kommune	Administrativ	Politisk
1 = ingen grad	2	1	1	0	2
2	7	3	4	0	7
3	24	5	19	0	24
4	20	4	16	4	16
5 = stor grad	11	2	9	5	6
Sum	64	15	49	9	55

Når det gjelder kjennskap til tjenestetilbudet har flertallet svart i øvre del av skalaen og at de i noen til stor grad har kjennskap til tjenestetilbudet. Et mindretall på ni personer, men likevel 14 prosent av respondentene, mener selv at de har liten eller ingen kjennskap til det faktiske tjenestetilbudet. Det er utelukkende politikere som svarer at de har manglende kjennskap til tjenestetilbudet, mens alle administrativt ansatte har stor grad av kjennskap til dette. At de administrativt ansatte i stor grad har kjennskap til tjenestetilbudet er som forventet, ut ifra at det kun er ledelsen, ved rådmann og helse- og omsorgssjef, som har besvart spørsmålene. For politikerne kan dette gjenspeile at tjenesteproduksjonen er omfattende og til dels kompleks. Det tar tid å sette seg inn i denne virksomheten, samtidig som sektorinteresser gjør at ikke alle politikere prioriterer å skaffe seg innsikt i helse- og sosialtjenestene.

Kategorisert etter tilhørighet til vertskommunen eller de andre deltakerkommunene er svarene forholdsvis jevnt fordelt.

Tabell 2: Kjennskap til virksomheten i de politiske nemndene for barnevern, legevakt og helse- og omsorgstjenester, blant administrativ ledelse (rådmann, øverste helse-/omsorgssjef og enhetsledere) og politikere utenom nemndsmedlemmene. Antall.

	Kommune		Rolle i kommunen		
	Alle	Verts-kommune	Deltaker-kommune	Administrativ	Politisk
1 = ingen grad	3	2	1	0	3
2	12	4	8	1	11
3	12	1	11	3	9
4	7	2	5	5	2
5 = stor grad	5	2	3	4	1
Sum	39	11	28	13	26

I vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd skal tjenestene styres politisk gjennom delegering til ei politisk nemnd. Værnesregionen har tre politiske nemnder, men de samme representantene er medlemmer av alle nemndene. Kjennskapen til arbeidet i de politiske nemndene er blant de øvrige kommunepolitikere langt dårligere enn kjennskapen til tjenestetilbudet. De aller fleste politikere har svart at de i liten eller bare noen grad har kjennskap til arbeidet i nemndene. Den administrative ledelsen har derimot mer kjennskap til dette, og 12 av 13 har svart mellom tre og fem på skalaen.

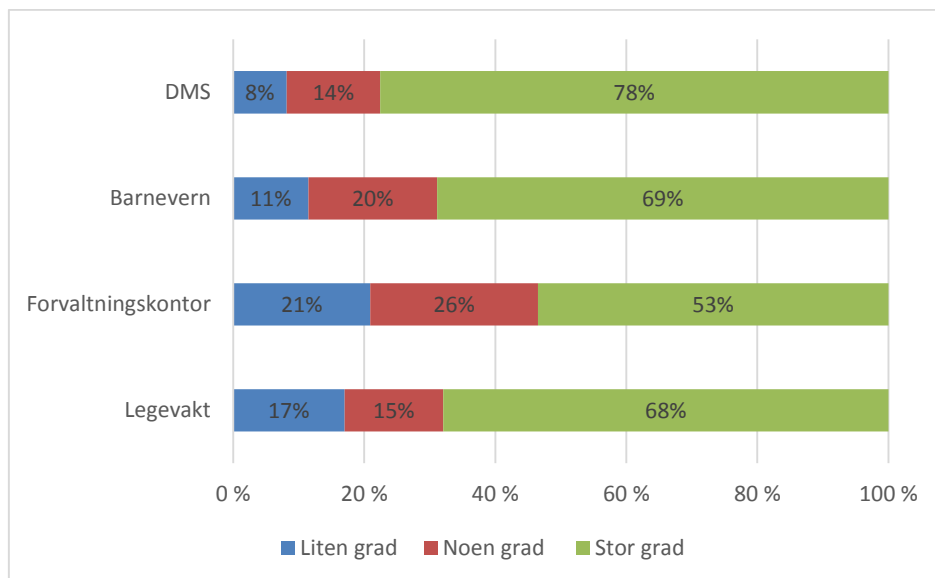
En årsak til manglende kjennskap til nemndenes arbeid blant de øvrige politikere kan være at nemndene først ble etablert i 2013, og at nemndsmedlemmene brukte store deler av dette året på å finne sin plass i beslutningssystemet, samt på å prøve å utvikle en velfungerende arbeidsform. På tidspunktet for spørreundersøkelsen i september til oktober 2013 var dette arbeidet fortsatt i en etableringsfase.

Vurdering av tjenestetilbudet

Den politiske nemnda som styringsorgan for tjenesteproduksjonen i vertskommunesamarbeidet er bare en del av omorganiseringen Værnesregionen som samarbeidsplattform har resultert i. Den største endringen er sammenslåing av tjenestene i kommunene til en regional enhet. Dette arbeidet var til dels godt i gang før etableringen av vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd. For eksempel ble samarbeid om barnevern etablert i 2006. Spørsmålet om vurdering av tjenestekvalitet og tilgjengelighet ble derfor formulert som et spørsmål om interkommunalt samarbeid kontra tjenesteproduksjon i hver enkelt kommune. Her måles derfor effekten av samarbeidet på tvers av kommunene i like stor grad som den aktuelle samarbeidsformen med vertskommune og politisk nemnd.

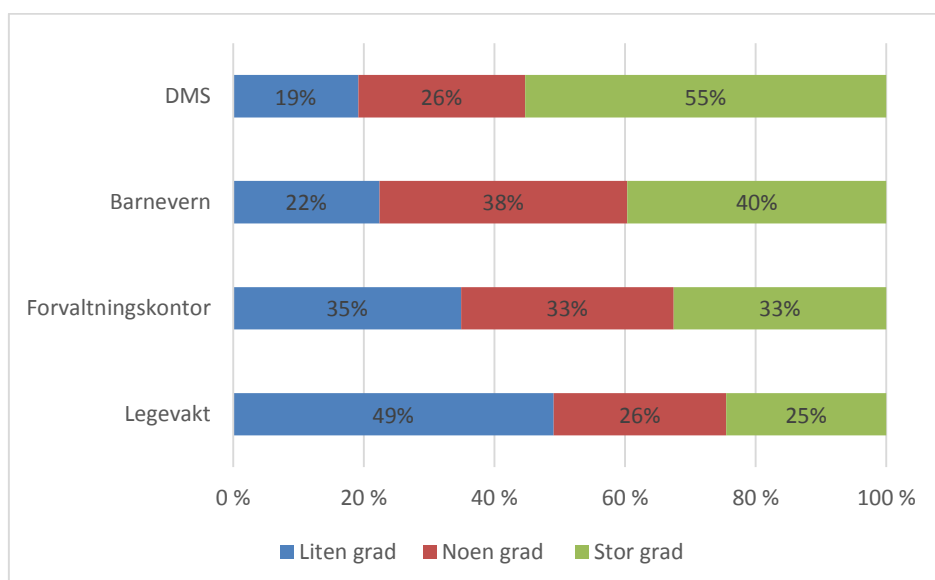
Figur 1 til 3 viser i hvilken grad kommunepolitikere og administrativ ledelse vurderer tjenestekvaliteten og tilgjengeligheten til tjenestene med det interkommunale samarbeidet sammenlignet med om kommunene skulle produsere tjenestene hver for seg. Det er tjenestene som er organisert gjennom vertskommunesamarbeidet med politisk nemnd som er vurdert. Dette har blitt vurdert på en femdelt skala fra «ingen grad» til «svært stor grad». I figurene er kategori en og to slått sammen («liten grad»), og fire og fem slått sammen («stor grad»).

Resultatene må sees i lys av at tjenestene er forskjellige og til dels etablert som følge av det interkommunale samarbeidet. For eksempel er DMS et nytt tilbud i regi av Værnesregionen, og vurdering av tjenestekvaliteten blir i praksis sammenlignet med en situasjon uten et regionalt DMS. Forvaltningskontoret er også en nyopprettet tjeneste, etablert for å utnytte omsorgskapasiteten innad i regionen på en bedre måte, men denne tjenesten erstatter tidligere saksbehandling for helse- og omsorgstjenester i kommunene.



Figur 1: Andel blant alle respondenter som oppfatter at vertskommunesamarbeidet i liten, noen eller stor grad har gitt bedre tjenestekvalitet.

Det er for tjenesten DMS at kommunepolitikerne og den administrative ledelsen vurderer at tjenestekvaliteten til brukerne har blitt forbedret mest gjennom interkommunalt samarbeid. Her svarer 78 prosent at samarbeidet i stor grad har gitt bedre tjenestekvalitet til brukerne, mens åtte prosent svarer at dette i liten grad har skjedd. Derne st svarer 68 til 69 prosent at barnevern og legevaktstjenestene har blitt bedre for brukerne. Forvaltningskontoret skårer minst på dette spørsmålet, men over halvparten er også her enig i at tjenestene har blitt bedre. 21 prosent av respondentene mener at forvaltningskontorets tjenester i liten grad har blitt bedre gjennom samarbeidet.

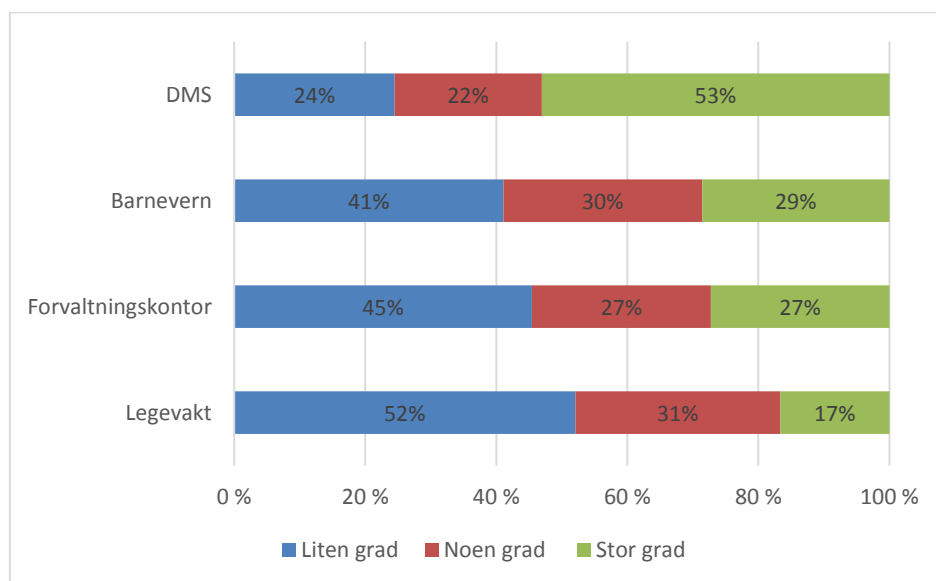


Figur 2: Andel blant alle respondenter som oppfatter at vertskommunesamarbeidet i liten, noen eller stor grad har gjort det enklere å bruke tjenestene.

Tilgjengeligheten til tjenestene handler om flere ting. Det skal være enkelt for brukerne å finne fram til tjenestetilbudet og få den hjelpen de trenger. For en del tjenester er den fysiske tilgjengeligheten viktig, som for eksempel legevakt. Figur 2 viser respondentenes vurdering av om tjenestene er enkle å bruke for innbyggerne, og figur 3 om den fysiske tilgjengeligheten er bedret gjennom interkommunalt samarbeid.

Samarbeidet i Værnesregionen har i størst grad gjort det enklere å bruke DMS; 55 prosent svarer at dette i stor grad har blitt enklere, mens 19 prosent svarer i at dette i liten grad er tilfelle. Dette må sees i sammenheng med at DMS som sådan er et regionalt tilbud, og at det kan være vanskelig å sidestille dette med alternative tjenester for innbyggerne.

For barnevern, forvaltningskontor og legevakt er svarene mer delt med hensyn til om kommunesamarbeidet har ført til økt tilgjengelighet. Av disse er barnevern den tjenesten som i størst grad vurderes å ha blitt enklere å bruke for innbyggerne. Henholdsvis 40 og 38 prosent mener denne tjenesten i stor eller noen grad har blitt enklere å ta i bruk. Legevakt er det området hvor respondentene i minst grad mener det har skjedd endringer som følge av samarbeidet.



Figur 3: Andel blant alle respondenter som oppfatter at vertskommunesamarbeidet i liten, noen eller stor grad har bedret den fysiske tilgjengeligheten til tjenestene.

Også for fysisk tilgjengelighet er DMS den tjenesten flest kommunepolitikere og administrativ ledelse mener har blitt mer tilgjengelig gjennom samarbeidet. Igjen må det sees i lys av at tjenesten rent fysisk ikke var til stede før det regionale samarbeidet startet. For barnevern og forvaltningskontor ser man i mindre grad at kommunesamarbeidet har ført til økt fysisk tilgjengelighet, og for legevakt er det bare 17 prosent som mener den

fysiske tilgjengeligheten i stor grad har blitt bedre, mens over halvparten mener dette i liten grad har skjedd. En sentralisering av legevakten kan for mange oppleves som at den fysiske tilgjengeligheten blir dårligere selv om det også på det området er et mål med regionalt samarbeid at kvaliteten på tjenesten samlet sett skal bli bedre.

Oppsummering

Basert på spørreundersøkelsen til kommunepolitikere og administrativ ledelse i kommunen som samarbeider om helse- og sosialtjenester etter vertskommunemodellen med politisk nemnd, finner vi gjennomgående en positiv holdning til at vertskommunesamarbeidet har ført til bedre tjenester for innbyggerne. Ikke alle kommunepolitikere har like god innsikt i de kommunale tjenestene på dette området, og svarene representerer slik sett til en viss grad den alminnelige innbygger i kommunene.

Kommunepolitikerne har så langt forholdsvis liten kunnskap om arbeidet i de politiske nemndene. Dette skyldes dels at denne funksjonen har vært i en utviklingsfase. Kommunepolitikernes kjennskap indikerer at også innbyggerne generelt har begrenset innsikt i det faktiske arbeidet i nemndene så vel som styringsmodellen generelt. Etter hvert som nemndenes styringsfunksjon utvikles gir det grunnlag for økt kommunikasjon til innbyggerne om styring og utvikling av tjenestekvaliteten i vertskommunesamarbeidet.

4.2 Tjenestetilbud – barnevern

Værnesregionen har hatt interkommunalt samarbeid om barnevern siden 2009, og samarbeidet ble innledet med et prøveprosjekt allerede fra 2006-2008. Samarbeidet om denne tjenesten ble altså innført flere år før ordningen vertskommune med felles folkevalgt nemnd ble etablert.

Samtlige av de som jobber med barnevern i Værnesregionen har vertskommunen Stjørdal som sin arbeidsgiver. Barnevernstjenestens hovedkontor, hvor også ledelsen holder til, er lokalisert i Stjørdal. Kontorene ute i samarbeidskommunene bemannes av deler av ansattgruppen.

Barnevernstjenesten, som for tiden består av 42 ansatte fordelt på 28 årsverk, er organisert i tre ulike typer team, som arbeider med henholdsvis mottak av meldinger, undersøkelser og tiltak. Videre har de barnevernsansatte flere tilleggsoppgaver: Alle skolene og barnehagene i de fem kommunene har sin egen kontaktperson ved barnevernstjenesten, for å drøfte de spørsmål og bekymringer de måtte ha. I hver kommune er det også opprettet henholdsvis en ressursgruppe og en samordningsgruppe hvor representanter fra barnevernet deltar, sammen med flere andre fagaktører. Ressursgruppene (hvor også ppt- og helsestasjonsrepresentanter inngår) bistår skoler og barnehager, mens samordningsgruppene (som også inkluderer lege, psykiater og fysioterapeut) utgjør en støttefunksjon til alle med ansvar for barn og unge.

Bedre kvalitetssikring

En tanke med samarbeidet var at barnevernet i regionen skulle få økt faglig kvalitet, noe som i neste omgang ville komme brukerne av tjenestene til gode. De barnevernsansatte har en klar oppfatning av at de nå får utnyttet den samlede kompetansen bedre, siden erfaring og kompetanse kan benyttes på tvers av kommunene. Det var også noen ansatte som trakk frem at de føler seg faglig sterkere nå enn før, blant annet fordi man ikke lenger er alene om alle avgjørelser som skal tas. De diskuterer seg imellom, og ofte er mange personer fra teamet involvert i de beslutningene som tas. Dette gjør at sakenes behandling og utfall blir mindre avhengige av enkeltpersoner og den enkeltes potensielle feilvurderinger i vanskelige saker. Med andre ord er oppfatningen at behandlingen av innmeldte saker kvalitetssikres gjennom det samarbeidet som skjer i barnevernet. En av de ansatte påpekte også at utvidelsen av staben synes å ha utvidet de generelle forståelsene og perspektivet til de ansatte. Før samarbeidet kunne det være en tendens til at man kommunevis tenkte mer eller mindre likedan («gruppetenking»). Når de samlet seg, viste det seg at ansatte fra ulike kommuner og kulturer kunne ha oppfatninger og perspektiver som var nye for de andre, noe som ble tolket som positivt og utviklende. Videre er det nå, på samme måte som med forvaltningskontoret, enklere å unngå inhabilitet, ved at man spiller på noen av de andre ansatte hvis man opplever at man selv står for nærme de berørte partene i en sak.

Effektivitet og kapasitet

Selv om mange av de ansatte har base i én av kommunene, så innebærer samarbeidet mye reising på tvers av kommunene. De ansatte forteller at det er mye tid som går bort til bilkjøring. Dette stjeler nødvendigvis tid som ideelt sett skulle vært brukt på mer direkte tjenesteyting. Man opplever at det å ha 30 saker i tre ulike kommuner slettes ikke er det samme som om man hadde hatt 30 saker i samme kommune, med hensyn til reisetid samt ekstra utfordringer når det gjelder koordinering av møtetider og avtaler. Det hjelper imidlertid at tjenesten har et felles dataprogram og fagsystem, som gjør at man kan gå inn på saker i én kommune selv om man befinner seg i en annen.

En annen ting som har betydning for barnevernets effektivitet, er at alle ansatte har fått mye mer å gjøre siden de kom i gang med samarbeidet, uten at bemanningen har blitt økt i tilsvarende grad. Det er stadig flere saker, og mer komplekse saker, som må vurderes og behandles. Dette kan skyldes trekk ved samfunnsutviklingen (flere barn som har det vondt), men det kan også skyldes barnevernets økte åpenhet opp imot sine samarbeidspartnere (helsestasjon, barnehager m.m.); terskelen for å melde saker til barnevernet synes å være lavere nå. Det synes å være flere som skjønner at de kan hente hjelp hos barnevernet, i kraft av dets funksjon som et hjelpeorgan. Den økte saksmengden kan også henge sammen med samarbeidspartenes innsats, da disse blant annet er flinke til å veilede foreldre og gjøre dem mer bevisste på hvilken situasjon barna

deres befinner seg i. Utover dette mangler kommunene i Værnesregionen en felles satsing på forebygging når det gjelder barn og ungdom, og de barnevernsansatte mener dette gjør seg gjeldende for antallet saker som havner hos dem; de merker stor forskjell mellom kommunene i denne sammenheng. Det jobbes imidlertid med et felles opplegg for forebygging i regionen for tiden, og blant annet så er den politiske nemnda involvert i dette arbeidet.

Stjørdal, som by og med et befolkningstall som langt overstiger dette tallet i de øvrige kommunene, har hatt mange akutsaker som krever ekstra kapasitet. Dette setter tilsynelatende mindre alvorlige saker i samarbeidskommunene på vent. Barnevernets tilgrensende enheter i sistnevnte kommuner har forståelse for de prioriteringer som tas i denne sammenheng, men de opplever samtidig at de gjennom kommunesamarbeidet til en viss grad mister noe av sitt opprinnelige barnevernstilbud til vertskommunen, på grunn av de mer prekære sakene som ofte oppstår der.

I tillegg til at saksmengden har økt, bemerkes det også at det synes å eksistere en viss treghet innad i barnevernet. Blant annet kan det ta lang tid fra undersøkelsesteamet konkluderer med at her trengs det saksbehandler, til saksbehandler er på plass. Dette er noe som barnevernsansatte selv tar opp og mener at bør kunne forbedres. Delvis synes dette å skyldes høyt sykefravær på et tidligere tidspunkt, hvor de fortsatt jobber med etterslepet fra den perioden. Men de ansatte mener at det også delvis har en organisatorisk årsak, ved at det per i dag gjøres avtaler med mange personer før man får igangsatt ting, og at effektiviteten kan heves ved at færre personer trekkes inn i prosessen.

Barnevernets tilgrensende enheter påpeker også at barnevernet bør se om de kan forbedre sine rutiner ved sykemeldinger; hvis en barnevernsansatt blir sykmeldt, så blir de sakene som denne personen har ansvaret for gjerne liggende til vedkommende er på plass igjen. Selv om teamet ofte er involvert i avgjørelser som tas, så er de enkelte sakene likevel tett knyttet til enkeltpersoner i barnevernet, og dette gir altså en sårbar situasjon når det kommer til sykdom blant de ansatte.

Tilgjengelighet og kommunikasjon

Representanter fra samtlige av de tilgrensende enhetene (skole, barnehage, fosterforeldre, ungdomsenheten) uttrykte at de opplever det som til dels problematisk å få umiddelbar kontakt med ansatte i barnevernstjenesten. De er ofte ikke tilgjengelige når man tar kontakt på telefon (fordi de er i møte eller er ute og jobber med saker), og videre så opplever de at de mottar for lite informasjon eller ingen informasjon i det hele tatt, for eksempel om hva som skjer med sakene som meldes inn. Fra barnevernets side er de bevisste på at melder alltid skal få vite konklusjonen av undersøkelsen. Slike meldinger kan imidlertid utebli fordi sakene er forsinket. Uansett er tilgrensende enheter

opptatt av at kommunikasjonen fra barnevernet forbedres, fordi det å vite hva som skjer kan ha stor betydning for dem som til daglig forholder seg til de barna eller pårørende som er involvert.

Videre synes det å variere i hvor stor grad barnevernkontorene ute i samarbeidskommunene er bemannet. Mens noen ansatte hovedsakelig har ansvaret sitt i én kommune og tilbringer mesteparten av arbeidstiden sin der, så er det enkelte ansatte som dekker flere kommuner, og som dermed er mer på reisefot. Å finne en løsning hvor bemanningen i samtlige kommuner blir mer stabil, kan muligvis døyve noe av den ovennevnte oppfatningen om at småkommunene mister kapasitet til vertskommunen.

Brukernes oppfatning av barnevernet

Brukernes første møte er med mottaksteam eller undersøkelsesteam, og inntrykket til barnevernet er at mange går litt lettet ut. De får mye informasjon, de får uttalt seg selv, og de lager en undersøkelsesplan i fellesskap, og da vet brukerne hva som skal skje fremover. De samtykker også i hvor videre informasjon skal hentes ut. Videre legger barnevernet vekt på å kommunisere at de kan være til hjelp, og at de i mange tilfeller ønsker at barna skal kunne bo hjemme.

Hvis det kommer bekymringsmelding fra det offentlige, så er foreldre ofte informert på forhånd. De gir samtykke til at skole e.l. sender melding til barnevernet. Utgangspunktet blir annerledes hvis meldingen er anonym, eller hvis foreldre av en eller annen grunn ikke har blitt informert først. Når det gjelder bekymringsmeldinger, så blir brukerne ofte redde. De er redde for å miste omsorgen for barna. Samtidig er det mange som retter kritikk mot seg selv og sin egen foreldrekompetanse.

Også enkelte ungdommer kan sette pris på å ha kontakt med barnevernet. Tilgrensende enheter kan motivere dem til det, og ungdommene kan også motivere hverandre til det. Det er imidlertid også mange ungdommer som ikke vil snakke med barnevernet.

Barnevernet opplever å få flere klager nå enn før. De mener dette blant annet skyldes at folk er mer informerte og oppvakte og mer opplært til å tale sin egen sak, samt at mange har ressurser nok til å fremskaffe advokat. Biologiske foreldre klager på vedtak, mens BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) er en annen aktør som klager på barnevernet.

Oppsummering

Samarbeidet synes å ha ført til økt tjenestekvalitet i form av et mer kvalitetssikret tjenestetilbud. Videre har det blitt enklere å unngå inhabilitet. Tjenestetilbudet synes imidlertid å ha et forbedringspotensial når det gjelder tempoet på saksprosessene. Forsinkelsene kan delvis forklares med tidligere sykefravær, men organisatoriske forhold synes også å være av betydning her. Det at mye av arbeidstiden går med til

reising er en annen faktor som gjør tjenesteytelsen mindre effektiv. Videre kan rutinene med tilbakemeldinger til tilgrensende enheter forbedres, slik at sistnevnte kommer i posisjon til å følge opp brukeren på best mulig måte. En mindre heldig konsekvens av samarbeidet, sett fra samarbeidskommunenes ståsted, er at mer akutte saker i vertskommunen synes å berøve dem for noe av den kapasiteten de tidligere hadde som enkeltstående kommune.

4.3 Tjenestetilbud – forvaltningskontoret

Værnesregionen forvaltningskontor skal være et kontaktpunkt for alle brukere som har behov for varige helse- og omsorgstjenester, eksempelvis hjemmehjelp eller institusjonsplass. Kontoret mottar alle søknader, registrerer søknader, fordeler saker, innhenter opplysninger, innkaller til møter og skriver vedtak. Hvis dette er vedtak om behov for kommunale tjenester, kobles brukeren til aktuelt tjenestested, som dermed gis et ansvar for å yte tjenester til brukeren. Forvaltningskontoret evaluerer også tjenestebehovet i ettertid, og de håndterer klager fra brukerne.

Forvaltningskontoret er nyetablert som en del av samarbeidet i Værnesregionen. Stjørdal var eneste kommune i Værnesregionen som hadde egen enhet med tilsvarende funksjon tidligere, i form av et brukerkontor. I de andre kommunene ble denne funksjonen ivaretatt av ledelsen for de enkelte helse- og omsorgsenhetene i kommunene. Med å samle dette arbeidet i et felles forvaltningskontor er hensikten å oppnå større faglig integritet i saksbehandlingen, mer effektiv saksbehandling, samt å frigjøre kapasitet ved de enkelte helse- og omsorgsenhetene i regionen.

De ansatte på forvaltningskontoret er lokalisert ute i kommunene og oppnår dermed nærhet til både brukerne og institusjonene som betjenes av kontoret. Samtidig utgjør forvaltningskontoret én organisasjon, slik at ansatte som jobber alene ute i en kommune har et større fagmiljø å konferere med i vanskelige saker.

Gjennom fokusgruppeintervju med ansatte i forvaltningskontoret og ytre enheter har vi fått informasjon fra de som jobber tett på brukerne. Dette er personer som møter brukerne ofte, og som kan formidle inntrykk og reaksjoner fra brukerne av tjenestene.

Brukerbehovet i sentrum

Ett av målene med å opprette felles forvaltningskontor er at brukernes behov i enda større grad skal styre tjenestetilbudet, og at vurderingene av dette behovet skal være så faglig funderte som mulig. Større fagmiljø ved forvaltningskontoret gir den enkelte saksbehandler et nettverk av tilgjengelig fagkompetanse. Samtidig har forvaltningskontoret større oversikt over det samlede tjenestetilbudet, og en viss distanse til den enkelte tjenesteyter, noe som gjør det lettere å finne løsninger ut fra brukernes behov.

Erfaringer som kom fram i fokusgruppeintervjuet viser at man et godt stykke på vei har oppnådd at brukerne tildeles tjenester basert på deres faktiske behov. Man opplever at det med et forvaltningskontor har blitt lettere for brukerne å finne fram til tjenestetilbudet. Selv om det har tatt litt tid opplever fokusgruppen nå at det er allment kjent at forvaltningskontoret håndterer alle søknader om helse og omsorgstjenester. Servicekontoret i kommunene er førstelinjetjeneste som henviser videre til forvaltningskontoret og dette fungerer godt for innbyggerne.

Ansatte ved forvaltningskontoret opplever at saksbehandlingen har blitt mer rettferdig. Tidligere var det ledelsen ved den enkelte enhet som behandlet søknader om for eksempel institusjonsplass. Dette kom som en del av mange andre arbeidsoppgaver i en travel hverdag, og saksbehandlingen kunne derfor bli mindre faglig grundig. Med et forvaltningskontor kan brukerne lettere bli henvist til rett tjeneste eller enhet der behovet kan dekkes på best måte. Forvaltning har blitt et fag der brukeren settes i sentrum, og hvor man på en faglig måte vurderer hva som vil være til brukerens eget beste i et langsiktig perspektiv. Med denne type saksbehandling som hovedoppgave, og med en distanse til de tjenestestedene som skal levere tjenesten til brukerne, opplever ansatte ved forvaltningskontoret at saksbehandlingen blir mer faglig fundert og til beste for brukerne.

Klager

Klager på tjenestene kan være en indikator på manglende tilfredshet hos brukerne. Fokusgruppen opplever få klager. Til dels tas dette til inntekt for gode tjenester. Samtidig er de også bevisst på at mange av tjenestene leveres til grupper som har en høyere terskel for å klage, for eksempel eldre.

Deltakere i fokusgruppen opplever at forvaltningskontoret gjør det enklere å klage. For det første er forvaltningskontoret atskilt fra tjenesten det klages på, noe som gjør at det kan være lettere å framsette en klage til en part som ikke er direkte ansvarlig for tjenesten og som skal fortsette å yte tjenesten. Dernest skal også forvaltningskontoret være profesjonell i forhold til å håndtere klager. Ved behov skal de yte brukerne hjelp med å utforme klagen og finne rett adresse for klagen. Klagebehandlingen er noe ulik i de forskjellige kommunene.

Målet om å gjøre forvaltningen av helse- og omsorgstjenestene mer profesjonell gjennom et forvaltningskontor impliserer ikke nødvendigvis at saksbehandlingen alltid er korrekt. Klageadgangen ivaretar derfor en viktig rettsikkerhetsfunksjon for brukerne. Parallelt med at tjenesten profesjonaliseres, utvikles derfor også rutinene for å håndtere klager. Noen uttrykker at det kanskje er for lite klager, og at det gir et feil bilde av at alt er tilfredsstillende. At berettigede klager blir fremmet, styrker brukernes rettsikkerhet og det styrker utviklingen av tjenestekvaliteten.

Klager kommer ikke alltid fra brukerne selv. De kan også komme fra pårørende som mener en bruker har fått feil eller for dårlig tilbud. Dette gir ifølge fokusgruppen forvaltningskontoret mye ekstra arbeid med å dokumentere og forklare egen saksbehandling. Utfordringen er å skape tillit til at saksbehandlingen er gjort ut fra hensynet til brukerens beste også i tilfeller der brukeren eller dennes pårørende har andre forventninger. Da kan man imøtegå argumentasjon om at det er økonomiske eller andre hensyn som ligger til grunn. Det opplyses i fokusgruppeintervjuet at forvaltningskontoret bruker mye tid på å rydde bort feilforestillinger av denne typen. At forvaltningskontoret er opprettet for å øke tjenestekvaliteten i forhold til brukernes behov er ikke selvsagt for alle, og her kan etaten møte resultatet av det man har kalt mer tilfeldige saksbehandling tidligere, der pågåenhet, bruk av medier og sentrale politikere gjorde at det «ordnet seg» slik bruker og pårørende ønsket.

Intern effektivitet

Et mål med forvaltningskontoret er også at det skal gi mer effektiv saksbehandling og bruk av kommunale ressurser. For eksempel var tanken at en større stab ved forvaltningskontoret kunne utveksle arbeidsoppgaver og avlaste hverandre ved behov som sykdom, permisjoner etc. I tillegg skulle kommunenes kapasitet på helse- og omsorgstjenester utnyttes bedre ved å koordinere kapasitet og behov på tvers av kommunene.

Erfaringene så langt er at dette er noe man i liten grad har oppnådd. Selv med et felles forvaltningskontor har de ansatte sitt faste arbeidssted ute i kommunene. Dette er en fordel for å opprettholde nærhet til brukerne, men har så langt vært en hemsko for å skape et mer helhetlig team som utveksler arbeidsoppgaver, avlaster hverandre og jobber i fellesskap. I fokusgruppeintervjuet hevdes det at ulike vedtak og praksis i de forskjellige kommunene er noe av årsaken til at det er vanskelig å samordne arbeidet. Den enkelte medarbeider jobber stort sett med saker i egen kommune, og ulik praksis gjør at det er vanskelig for andre ved forvaltningskontoret å overta oppgavene. Forvaltningskontoret gir likevel den enkelte et større fagnettverk, og vissheten om at man har kolleger å rådføre seg med i vanskelige saker er et gode.

Tilsvarende finner vi at utveskling av tjenestekapasitet mellom kommunene i liten grad har vært benyttet. I samarbeidsavtalen er dette en mulighet, men kommunene må kjøpe tjenester av hverandre og har for det meste funnet interne løsninger på kapasitetsutfordringene. Fokusgruppen hevder at det ligger mange ubenyttede muligheter i det etablerte samarbeidet. Ulik historikk og ulike kulturer i kommunene gjør dette til et langsiktig arbeid i retning av et mer enhetlig tjenestetilbud og mer effektiv tjenesteproduksjon.

Avstand vil uansett være en utfordring med hensyn til å flytte brukere til tilbud i andre kommuner. Både brukeren selv og pårørende ønsker tjenester nært der de bor. På enkelte områder, for eksempel i forbindelse med unge med kroniske skader, er det ikke mulig å ha et tjenestetilbud i alle kommuner. Her gir det interkommunale samarbeidet bedre muligheter for innbyggerne i de små kommunene, men fokusgruppen både opplever og forventer at brukere som får lang reiseavstand er mindre tilfreds med tjenestetilbudet enn de som har tilbudet nærmere bostedet.

Oppsummering

Fordeler ved samarbeidet er at det nå er mer gjennomtenkte, rettferdige og faglige vurderinger som ligger til grunn for tildelingen av tjenester. Brukerens langsiktige behov er i fokus, og man har opprettholdt nærheten til brukerne, samtidig som man også kan oppnå mer distanse i spesifikke saker, om dette er hensiktsmessig. Vi har ikke identifisert noen åpenbare ulemper ved samarbeidet, men foreløpig synes det å være en del uforløst potensiale: hverken saker eller brukere krysser kommunegrensene i særlig grad, noe som gjør at potensialet for økt effektivisering og mer effektiv ressursbruk fortsatt er til stede.

4.4 Brukerundersøkelse DMS

Det er nylig gjennomført en brukerundersøkelse for Værnesregionen DMS gjennomført av Kompetansesenteret for brukererfaring og tjenesteutvikling (Westerlund og Bjørgen, 2013). Her refereres hovedfunnene fra denne rapporten.

Rapporten bygger på en Bruker-Spør-Bruker undersøkelse, en metodikk som er utarbeidet for å evaluere helsetjenester fra et brukerperspektiv. I dette tilfellet har KBT Midt-Norge intervjuet 36 pasienter ved Værnesregionen DMS, enten alene eller i grupper.

Tema og problemstillinger for brukerundersøkelsen omhandlet generell tilfredshet med DMS-tilbudet, informasjon, tilrettelegging for behandling og rehabilitering, og planlegging av oppfølging i hjemmesituasjonen.

I følge KBT-rapporten kom mange av respondentene til DMSet med en positiv forventning ut fra omtale fra sykehus eller bekjente på forhånd. Det viktigste for tilfredsheten med tilbudet var å bli ivarettatt for den helsemessige tilstanden på en betryggende måte. Her er personalets kompetanse avgjørende. Det må skapes tillit til at kompetansen er like høy som på sykehuset man kom fra. Fortsatt kontakt med spesialist fra sykehuset man kom fra kan øke tryggheten under oppholdet på DMS. Derne st vurderes nærhet til hjemstedet som positivt (mange av respondentene kom fra Stjørdal). Kjente omgivelser, lett for pårørende å komme på besøk og DMSets lokalisering nær Stjørdal sentrum ble trukket fram som positivt for trivsel og opptrening.

God informasjon ble i KBT-rapporten trukket fram som viktig for trivsel og for nytten av oppholdet. Informasjonen må være enkelt tilgjengelig og i stor grad individuelt tilpasset. Skriftlig og muntlig kommunikasjon må utfylle hverandre og personalet må forsikre seg om at viktig informasjon er oppfattet. Det er også viktig at pasienten blir godt tatt imot ved innkomst. Informasjon om praktiske ordninger på avdelingen og hvem blant personalet som har ulike ansvarsområder, er sentralt for å komme i gang med dialogen mellom pasient og personale.

I forhold til behandling og rehabilitering verdsettes det av pasientene at personalet stiller krav og balanserer behovet for hvile og aktivitet. Videre må pasientene forberedes på hjemmesituasjonen etter oppholdet ved DMS. Her peker KBT-rapporten på forbedringsmuligheter gjennom å utvikle kommunikasjonen med hjemmetjenesten i kommunen, slik at pasienten opplever en kontinuerlig oppfølging fra helsepersonell. Ett eksempel er tidlig avklaring av hjelpemiddelbehov, slik at det kan tilrettelegges mest mulig før pasienten flytter hjem.

Værnesregionen DMS er opprettet som en del av det interkommunale samarbeidet, og et tilsvarende tilbud fantes ikke tidligere. Når tilbudet totalt sett vurderes som godt fra et brukerperspektiv, er dette en effekt som teller positivt i evalueringen av vertskommunesamarbeidet i Værnesregionen. Nærhet til hjemstedet er kanskje aller viktigst for Stjørdals befolkning, men også for befolkningen i samarbeidskommunene er avstanden kortet ned. Værnesregionen DMS har personale med høy kompetanse som gir pasientene trygghet i forhold til sin helsemessige situasjon. Når løsningen samtidig er billigere for kommunene, framstår dette som et viktig element i samarbeidet om helse- og sosialtjenestene i Værnesregionen.

4.5 Brukerundersøkelse legevakt

Værnesregionen legevakt ble etablert som en forsøksordning i 2009. Etter to år ble dette samarbeidet evaluert internt (Lillebo m.fl., 2011). Her oppgis det at samarbeidet om legevaktordningen mellom Stjørdal, Meråker, Selbu og Tydal alt i alt har ført til større fordeler enn ulemper. Sammenligning av situasjonen før og etter legevaktsamarbeidet viser noen endringer i bruken av legevakt. Innbyggerne i Stjørdal har økt bruken av legevakten, mens bruken har gått ned blant innbyggerne i de andre kommunene slik at bruken samlet sett ligger på samme nivå. Også total ambulansebruk har vært stabil før og etter samarbeidet startet, men den har økt i Stjørdal og Tydal, mens bruken har gått tilsvarende ned i Selbu og Meråker.

Brukerundersøkelsen i den interne evalueringen er basert på svar fra 123 brukere av legevakten på et utsendt spørreskjema. Undersøkelsen konkluderer med at brukerne i hovedsak er fornøyd med legevakttilbudet.

Brukerundersøkelsen fanget også opp andre mål på brukernes tilfredshet med legevakten, uten at dette direkte kan sammenlignes med situasjonen før samarbeidet om felles legevakt. Et fåtall brukere (2-5%) har opplevd legevaktbesøket som lite tilfredsstillende med hensyn til helsefaglig behandling. Den største innvendingen kom mot ventetiden ved legevakten og manglende informasjon om hvor lenge de måtte vente. Nær hundre prosent hadde imidlertid som hovedinntrykk at legevakten var godt organisert, og at det var lett å komme i kontakt med legevakten.

Ulempen er den lange reiseavstanden for befolkningen lengst vekk fra Stjørdal. Enkelte pasientgrupper, som eldre og foreldre med små barn, velger da i større grad å vente til neste dag for å oppsøke det lokale legekontoret framfor lang reise til legevakten.

Den interne evalueringen diskuterer utfordringene med felles legevakt for et større område og en større befolkning. Et stort geografisk område gjør sykebesøk der pasienten befinner seg mer utfordrende. Ved sykebesøk går mer av legens tid med til reise, og dette kan føre til mer ventetid for andre pasienter som oppsøker legevakten. Lillebo m.fl. (2011) rapporterer at antall sykebesøk gikk ned med 62 prosent umiddelbart ved etablering av felles legevakt. Dette kan tolkes som at terskelen for sykebesøk har økt. Den interne evalueringen avdekket ingen alvorlige medisinske konsekvenser som følge av hverken færre sykebesøk eller at pasienter velger å utsette legebesøk, men utelukker ikke at det kan ha mindre konsekvenser, og erkjenner at det oppleves som en belastning for enkelte pasienter.

En større befolkning kan medføre flere samtidighetskonflikter, det vil si at flere pasienter trenger sykebesøk og/eller legevaktbehandling samtidig. Det kan gi økt ventetid, eller gjøre at enkelte pasienter sendes direkte videre til sykehus uten konsultasjon av vakthavende lege for regionen. Heller ikke her har den interne evalueringen avdekket alvorlige medisinske konsekvenser, men peker på at håndteringen av ventetid og informasjon til ventende pasienter er et område hvor legevakten har forbedringspotensial.

Legevaktsamarbeidet har fortsatt etter forsøksordningen og er nå en del av vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd. Fra et innbyggerperspektiv er det ønskelig med rask og god tilgang til legehjelp når sykdom og ulykker inntreffer. Dette gir trygghet. Ideelt ville derfor alle ønske en legevakt lokalisert i nærområdet. Avstandsulempen med legevakt lokalisert til Stjørdal er derfor reell for mange. I praksis må denne ulempen veies opp mot fordelene det gir å samarbeide om legevaktordning. For innbyggerne er kvalitet på behandlingen avgjørende, og stabil bemanning av legevakten med tilstrekkelig kompetent og erfarent helsepersonell er derfor viktig. Felles legevakt for en større befolkning gjør det lettere å sikre stabil bemanning av legevakten. Felles legevakt gir legene et større fagmiljø, og bidrar til bedre arbeidsforhold og større trygghet for vakthavende lege, ifølge evalueringsrapporten

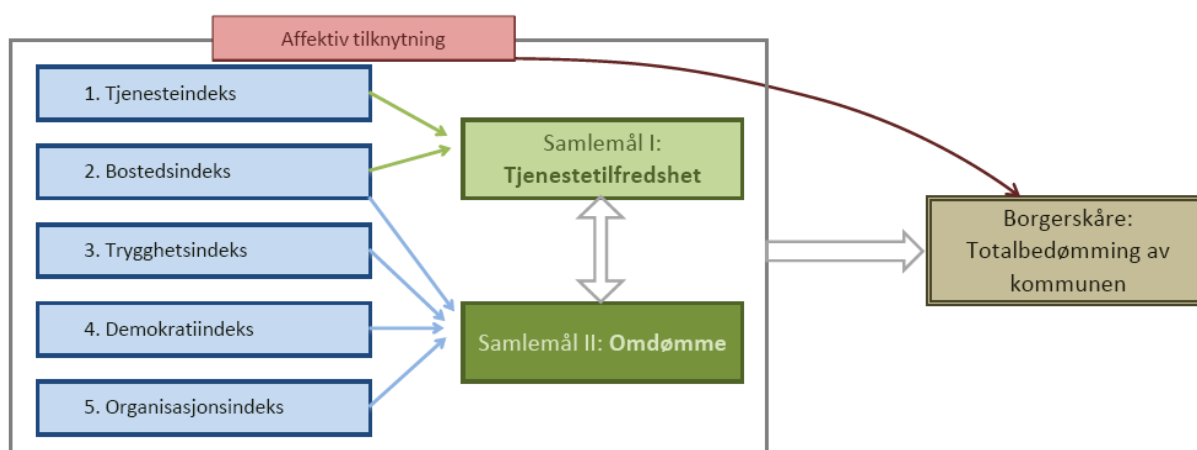
(Lillebo m.fl., 2011). Her vises det også til at samarbeidet om legevakt gir redusert vaktbelastning på regionens leger, noe som kan gjøre det mer attraktivt å være fastlege i samarbeidskommunene, og dermed gi økt fastlegestabilitet. Alt dette er fordeler som må veies opp mot avstandsulempen sett fra brukernes ståsted.

5 Borgerundersøkelsen

Som nevnt kan innbyggerfokuset deles i et brukerfokus og et borgerfokus. Hovedfokuset i evalueringen har vært på tjenestekvalitet overfor brukerne. De som ikke er brukere av tjenestene har likevel en interesse i det kommunale tjenestetilbudet. Som skattebetalere er de med på å finansiere tjenestene, mange er i familie med eller pårørende til brukere av tjenestene, og de fleste vil før eller senere bli bruker av helse- og sosialtjenestene som her evalueres.

Ved å presentere resultater fra Borgerundersøkelsen, gjennomført av Sentio Research, får vi et bredere bilde av innbyggernes tilfredshet med kommunen og tjenestene. Undersøkelsen ble gjennomført i 2010. På dette tidspunktet hadde kommunene i Værnesregionen etablert felles barnevern og det var satt i gang forsøksordning med interkommunal legevakt. Værnesregionen DMS og Forvaltningskontoret var ikke etablert. Undersøkelsen kan derfor i liten grad si noe om disse tjenestene, og naturlig nok ikke noe om den innførte styringsmodellen med folkevalgt nemnd. Borgerundersøkelsen gir først og fremst et bakteppe med hensyn til innbyggernes generelle tilfredshet med kommunen og kommunens tjenester. Ved å analysere spesielt hvordan tilfredsheten er med helse- og omsorgsrelaterte tjenester og med demokratiske og organisatoriske forhold rundt tjenesteproduksjonen, kan vi dokumentere disse tjenestenes betydning for innbyggernes tilfredshet med kommunen i en intern sammenligning og i sammenligning med nasjonale data. Ved en eventuell gjentakelse av Borgerundersøkelsen kan dette brukes som referanse til status før, eller i en tidlig fase av vertskommunesamarbeidet.

Borgerundersøkelsen måler hvordan innbyggerne ser på kommunen de bor i. Sentios analysemodell (se figur 1) viser hvordan ulike underindekser og kontrollspørsmål påvirker samlemål på tilfredshet og bedømming av kommunen. Det er tre overordnede mål i modellen: borgerskår og samlemålene tjenestetilfredshet og omdømme. I hovedmodellen (modell A) brukes underindeksene til å forklare borgerskåren, som er en totalbedømming av kommunen som sted for å bo og leve. Denne modellen er også kontrollert for affektiv tilknytning, hvilket er et spørsmål om opplevd tilknytning og tilhørighet til kommunen. I den andre modellen (modell B) er den overordnede bedømmingen av kommunen delt i ett samlemål for tjenestetilfredshet og ett for omdømme. Det første måler tilfredshet totalt sett med kommunens tjenester, mens det andre måler hvor godt inntrykk respondenten totalt sett har av kommunen. En regresjonsanalyse av disse målene på underindeksene og kontrollspørsmål forklarer hva som i størst grad påvirker tjenestetilfredshet og omdømme til kommunen.



Figur 4: Analysemodell for Borgerundersøkelsen. Kilde: Sentio Research.

Delindeksene inkluderer en tjenesteindeks, bostedsindeks, trygghetsindeks, demokratiindeks og organisasjonsindeks. Tabell 3 viser hvilke indikatorer som inngår i de forskjellige indeksene.

Tabell 3: Indikatorer som inngår i indeksene i Borgerundersøkelsen.

INDEKS	Tjenesteindeks	Bostedsindeks	Trygghetsindeks	Demokratiindeks	Organisasjonsindeks
Spørsmåls-intro	Inntrykk av tjenestene i din kommune når det gjelder ...	Tilfredshet med din kommune når det gjelder ...	Hvor trygg er du på at..	Graden av..	Inntrykk av din kommune som organisasjon når det gjelder ...
Indikator	Barnehage-tilbudet	Jobbmuligheter	... det samlede sykehustilbudet i regionen gir deg forsvarlig behandling om du skulle bli syk	..tilfredshet med hvordan kommunens politikere lytter til innbyggernes synspunkter	Miljøbevissthet
	Grunnskolen	Utdanningstilbud			Det kommunale tjenestetilbudet
	Eldreomsorgen	Kollektivtilbud			Generell drift
	Helsetjenesten	Kulturtilbud	... du ikke blir utsatt for kriminalitet der du bor	..tillit til politikerne i din kommune	Informasjon til innbyggerne
	Gang- og sykkelstier	Muligheten til natur- og friluftsliv			Samfunnsansvar og etikk
	Veier	Ungdoms-tilbud			
	Renovasjon	Turisttilbud	... din kommune har beredskap for å håndtere krisesituasjoner	..opplevelse av at innbyggerne har innflytelse på kommunale beslutninger	
	Vann og avløp	Mulighet for å drive næringsvirksomhet			
	Næringsutvikling				
Kommunalt kulturtilbud					

Tjenesteindeksen er bygd opp av indikatorer som måler respondentens inntrykk av en rekke kommunale tjenester innenfor helse og omsorg, oppvekst og skole, så vel som kommunal infrastruktur. Ved å spørre innbyggerne hvilket inntrykk de har av tjenestene får man et mål på opplevd tjenestekvalitet, enten dette er opplevd for egen del eller det

gjelder inntrykket av hvordan tjenestene fungerer for andre, blant dem som ikke selv har benyttet tjenestene.

De andre underindeksene er bygd opp på tilsvarende måte, med indikatorer på det tematiske i indeksen. Blant indikatorer som er spesielt relevant for denne evalueringen kan nevnes inntrykk av helsetjenester og eldreomsorg i tjenesteindeksen, opplevd trygghet for at sykehus tilbudet i regionen gir forsvarlig behandling ved behov i trygghetsindeksen, tillitt til politikere og opplevelse av innflytelse på politiske beslutninger i demokratiindeksen, samt inntrykk av kommunen som organisasjon i forhold til produksjon av kommunale tjenester.

5.1 Samlemål og kontrollspørsmål

Den generelle tilfredsheten med å bo og leve i kommunene i Værnesregionen er i Borgerundersøkelsen målt med overordnede spørsmål om samlet tilfredshet med tjenester, samlet inntrykk av kommunen og totalvurdering av kommunen som et sted å bo og leve. Tabell 4 viser hvordan kommunene i Værnesregionen kommer ut i denne vurderingen sammenlignet med de øvrige kommunene i regionen og med landsgjennomsnittet. Svar på spørsmålene er omregnet til en skala fra 0 til 100 der 0 er laveste vurdering og 100 er høyeste vurdering. Signifikante forskjeller er markert med fortegn i parentes. For Værnesregionen er Norge sammenligningsgrunnlag, mens kommunene sammenlignes med de øvrige kommunene i Værnesregionen.

Tabell 4: Borgerundersøkelsens samlemål og kontrollspørsmål fordelt på kommuner. Gjennomsnitt på skala fra 0=Dårligst til 100=Best. Fortegn i parentes angir for Værnesregionen om verdien er signifikant lavere eller høyere enn for hele landet, og for kommunene om verdien er signifikant lavere eller høyere enn de andre kommunene i oversikten.

Kommune region	Tjeneste-tilfredshet	Omdømme	Borgerskår	Affektiv tilknytning
Tydal	(+) 70	74	81	80
Selbu	66	73	81	79
Meråker	63	68	78	79
Frosta	68	74	81	79
Stjørdal	64	69	76	(-) 73
Værnes-regionen	(+) 65	(+) 70	(+) 78	(+) 75
Norge	61	65	71	68

Værnesregionen skårer høyt sammenlignet med landet for øvrig i Borgerundersøkelsen, med signifikant høyere skår enn landet samlet på alle disse målene. Innad i regionen er det imidlertid mindre betydningsfulle forskjeller. Innbyggerne i Tydal har signifikant høyre tjenestetilfredshet enn de andre kommunene i Værnesregionen. De øvrig forskjellene mellom kommunene i tjenestetilfredshet, omdømme eller borgerskår er ikke signifikante, men Tydal, Frosta og Selbu ligger likevel litt høyere på alle disse målene sammenlignet med Meråker og Stjørdal.

På kontrollspørsmålet om affektiv (følelsesmessig) tilknytning har Stjørdal signifikant lavere skåre enn de andre kommunene i regionen. Dette kan ha sammenheng med at Stjørdal er en tilflyttingskommune der en mindre andel av befolkningen har sterke røtter i kommunen.

5.2 Indikatorer på helse og sosialtjenestene

For evalueringen av vertskommunesamarbeidet om helse- og sosialtjenester i Værnesregionen er det spesielt enkelte av indikatorene i underindeksene som er av interesse. Dette er indikatorer på tilfredshet og inntrykk av helse- og omsorgstjenester, og av politisk styring og organisering som påvirker dette tjenestetilbudet. Tabell 5 viser spesielt relevante indikatorer og hvilke indeks disse inngår i.

Tabell 5: Indikatorer av spesiell interesse for helse- og sosialtjenestene, demokrati og organisering i vertskommunesamarbeidet.

Indikator - spørsmål til innbyggerne:	Inngår i indeks:
1) Hvilket inntrykk har du av tjenestene i din kommune når det gjelder eldreomsorgen?	Tjenesteindeks
2) Hvilket inntrykk har du av tjenestene i din kommune når det gjelder helsetjenesten?	Tjenesteindeks
3) Hvor trygg er du på at det samlede sykehusstilbudet i regionen gir deg forsvarlig behandling om du skulle bli syk?	Trygghetsindeks
4) Graden av tilfredshet med hvordan kommunens politikere lytter til innbyggernes synspunkter?	Demokratiindeksen
5) Graden av tillitt til politikerne i din kommune?	Demokratiindeksen
6) Graden av opplevelse av at innbyggerne har innflytelse på kommunale beslutninger?	Demokratiindeksen
7) Hvilket inntrykk har du av din kommune som organisasjon når det gjelder det kommunale tjenestetilbudet?	Organisasjonsindeks
8) Hvilket inntrykk har du av din kommune som organisasjon når det gjelder informasjon til innbyggerne?	Organisasjonsindeks

Hvilken skår innbyggerne har gitt disse indikatorene kan si noe om borgerne og brukernes tilfredshet med tjenestetilbudet i helse- og omsorgssektoren, samt tillit til demokratiske funksjoner generelt. Dette er vel og merke en måling fra 2010, og utgjør således et utgangspunkt med hensyn til tilfredshet med tjenester som senere har blitt omorganisert gjennom vertskommunesamarbeidet.

Tabell 6 viser hvilken skår innbyggerne i kommunene i Værnesregionen har gitt disse indikatorene på helse- og omsorgstjenester, demokrati og organisering.

Tabell 6: Indikatorer jamfør tabell 5 fordelt på kommuner. Gjennomsnitt på skala fra 0=«Svært dårlig inntrykk» til 100=«Svært godt inntrykk». Fortegn i parentes angir for Værnesregionen om verdien er signifikant lavere eller høyere enn for hele landet, og for kommunene om verdien er signifikant lavere eller høyere enn de andre kommunene i oversikten.

Indikator (forkortet) Kommune/ Region	1)Inntrykk eldreomsorgen	2)Inntrykk helsetjenesten	på 3)Trygg sykehustilbud	4)Lyttende politikere	til 5)Tillitt politikerne	på 6)Innflytelse beslutninger	av 7)Organisering tjenestetilbud	til 8)Informasjon innbyggerne
Tydal	(+) 86	(+) 78	68	54	54	53	(+) 69	59
Selbu	67	66	69	(+) 57	53	53	63	(+) 65
Meråker	(+) 72	(-) 61	(-) 68	(-) 45	(-) 47	(-) 47	61	(-) 55
Frosta	(+) 77	(+) 74	74	(+) 61	(+) 60	(+) 57	63	61
Stjørdal	(-) 52	65	71	(-) 46	(-) 47	50	59	60
Værnes- regionen	(+) 58	66	70	(+) 49	(+) 49	(+) 51	(+) 60	60
Norge	54	63	68	44	45	40	57	56

Inntrykket av eldreomsorgen er mer positivt i Værnesregionen sammenlignet med resten av landet. Innad i regionen skårer Tydal, Meråker og Frosta betydelig høyere enn gjennomsnittet i regionen, og har hver for seg signifikant høyere skår enn de andre kommunene til sammen. For Stjørdal er det motsatt. Der skåres det signifikant lavere enn hos de andre kommunene i Værnesregionen.

For helsetjenester er Værnesregionen mer på linje med landet for øvrig. Tydal og Frosta ligger høyere enn de andre kommunene, mens Meråker ligger under på denne indikatoren.

Trygghet for et tilfredsstillende sykehus tilbud berører bare indirekte det kommunale helse- og omsorgstilbudet, men kan sees i sammenheng med legevaktordning for å komme til sykehus ved akutt behov, og likedan dagens DMS som tilbud i en rehabiliteringsfase. For denne indikatoren ligger Værnesregionen nært landsgjennomsnittet. Vi ser også at økt avstand til sykehus reduserer tryggheten med hensyn til nødvendig sykehusbehandling. Meråker har en signifikant lavere skår enn de andre kommunene samlet, men både Tydal og Selbu har tilsvarende verdier, selv om disse ikke registreres som signifikant forskjellig.

Når det gjelder tilliten til lokale politikere og politiske prosesser gis disse indikatorene en lavere skår enn de andre indikatorene i denne oversikten. Værnesregionen ligger likevel over landsgjennomsnittet. Innad i regionen er det noen forskjeller der Meråker og Stjørdal skårer lavt, mens Frosta og til dels Selbu skårer høyere enn resten av kommunene. Disse forskjellene danner ikke noe mønster med hensyn til kommunens størrelse eller sentralitet og forskjellene kan dermed like gjerne ha med lokale forhold å gjøre. Det kan også være forhold som er mer avgrenset i tid enn tjenestetilbudet som måles gjennom de andre indikatorene i tabell 6.

Kolonnene lengst til høyre viser skår for inntrykket av kommunen som organisasjon med tanke på tjenestetilbudet og informasjon til innbyggerne. Dette kan tolkes som en vurdering av administrativ organisering for produksjon av kommunale tjenester, og hvordan kommunen som organisasjon evner å informere om tjenestetilbud og endringer. Det siste kan være særlig relevant i en omstilling som vertskommunesamarbeidet representerer. For organisering av tjenestetilbudet ligger Værnesregionen over landsgjennomsnittet, og Tydal skårer signifikant høyere enn resten av kommunene i regionen. For øvrig er det små forskjeller, men Stjørdal er med på å trekke regiongjennomsnittet nedover i sammenligning med de mindre kommunene. Når det gjelder informasjon er det Selbu og Meråker som i hver sin retning skiller seg fra resten av regionen. Selbu får her bedre karakter for organisert informasjon til innbyggerne, mens Meråker får tilsvarende dårlig skår på dette området.

5.3 Helse- og omsorgsindikatorenes påvirkning på samlemålene

Helse- og omsorgstjenestene inngår i innbyggernes vurdering av kommunens omdømme og egen tilfredshet med tjenestetilbudet, selv om mange andre kommunale tjenester og forhold for øvrig i kommunen er med på å avgjøre innbyggernes samlevurdering. I tabell 7 er indikatorene fra tabell 5 vist med hensyn til hvilken påvirkning disse har på samlemålene tjenestetilfredshet og omdømme. Dette er vist i form av regresjonskoeffisienter basert på multivariat regresjon av samlemål på

indikatorene i hver enkelt indeks, det vil for eksempel si at det er kjørt regresjon av tjenestetilfredshet på alle indikatorene i tjenesteindeksen, og tilsvarende for de andre indeksene mot respektive samlemål, jamfør modellen fra figur 4. Både samlemål og indikatorer er standardisert til samme skala fra 0 til 100. Dermed viser regresjonskoeffisienten graden av samvariasjon mellom indikator og samlemål gitt effekten av de andre indikatorene i indeksen.

Tabell 7: Indikatorer jamfør tabell 5 og deres påvirkning på samlemålene tjenestetilfredshet og omdømme. Koeffisienter basert på multivariat regresjon av samlemål på indikatorer i hver indeks.

Indeks	Indikator	Koeffisient	Samlemål
Tjenesteindeks	1) Inntrykk eldreomsorgen	0,139*	Tjenestetilfredshet
	2) Inntrykk helsetjenesten	0,095*	
Trygghetsindeks	3) Trygg på sykehus tilbud	0,104*	Omdømme
Demokratiindeks	4) Lyttende politikere	0,135*	
	5) Tillitt til politikerne	0,125*	
	6) Innflytelse på beslutninger	0,244*	
Organisasjonsindeks	7) Organisering av tjenestetilbud	0,249*	
	8) Informasjon til innbyggerne	0,123*	

* = Koeffisienten er signifikant ($p < 0,05$).

Alle indikatorene med relevans for helse- og omsorgstjenestene, demokrati og organisering i vertskommunesamarbeidet i Værnesregionen hadde i Borgerundersøkelsen 2010 signifikant påvirkning på ett av de to samlemålene tjenestetilfredshet eller omdømme. Dette viser at tjenestene det samarbeides om i Værnesregionen, samt den administrative og politiske styringen gjennom vertskommune med politisk nemnd, har betydning for innbyggernes tilfredshet med, og inntrykk av egen kommune.

I forhold til tjenestetilfredshet er eldreomsorg noe viktigere enn helsetjenester. En endring av innbyggernes inntrykk av eldreomsorgen har en påvirkningsgrad på 14 prosent på samlet tjenestetilfredshet i denne modellen. Tilsvarende for helsetjenesten er knapt ti prosent.

De andre indikatorene er målt i forhold til omdømme, det vil si hvor godt inntrykk innbyggerne totalt sett har av sin kommune. Trygghet for forsvarlig sykehusbehandling ved behov har ca. 10 prosent påvirkning på kommunens omdømme. Fra demokratiindeksen er det innflytelse på politiske beslutninger som har størst innflytelse på omdømme med nær 25 prosent. Også tilfredshet med at politikerne lytter til

innbyggerne og tilliten til politikerne generelt har signifikant påvirkning på omdømmemålet med 12 til 13 prosent.

Fra organisasjonsindeksen finner vi at vurderingen av kommunen som organisasjon for det kommunale tjenestetilbudet har størst påvirkning på omdømme med 25 prosent, mens informasjon til innbyggerne påvirker omdømmet med 12 prosent.

5.4 Oppsummering

Borgerundersøkelsen 2010 gir et bakgrunnsbilde av innbyggernes vurdering av tjenestetilbudet i kommunen og inntrykket av kommunen som bosted. Samlemålene tjenestetilfredshet, omdømme og borgerskår viser at Værnesregionen skårer høyt sammenlignet med landsgjennomsnittet for alle disse målene. Nærmere analyse av forskjeller mellom kommunene i Værnesregionen viser at Tydal, Selbu og Frosta skårer litt høyere enn Meråker og Stjørdal på disse målene.

Modellen bak Borgerundersøkelsen er bygd opp av indikatorer som samles i tematiske indekser. Flere av disse indikatorene har relevans for vertskommunesamarbeidet i Værnesregionen om helse- og sosialtjenester, og analysen av disse viser en del forskjeller innad i Værnesregionen med hensyn til innbyggernes inntrykk av tjenester, demokratiske funksjoner og organisering. Disse indikatorene har også signifikant påvirkning på samlemålene og viser at dette er forhold som innbyggerne vektlegger når de vurderer egen kommune som et godt sted å bo.

Hovedinntrykket fra Borgerundersøkelsen er at Værnesregionen ligger godt an sammenlignet med landet for øvrig, både når det gjelder tjenestetilfredshet og kommunens omdømme. I den grad det nylig innførte samarbeidet mellom kommunene på barnevern og legevakt har påvirket resultatene, kan vi derfor anta at dette ikke har redusert tilfredsheten nevneverdig. I tillegg er det verdt å merke seg at kommunene i Værnesregionen skårer signifikant høyere enn landsgjennomsnittet på demokratiske prosesser og organisering før vertskommunesamarbeidet med folkevalgt nemnd ble etablert. Denne tilliten er det en utfordring å ta vare på ved innføring av kommunesamarbeid som for de fleste innbyggers vedkommende skaper større avstand til politiske prosesser og tjenesteproduksjon.

6 Oppsummering og diskusjon

Værnesregionen skårer høyt i Borgerundersøkelsen på de fleste områder sammenlignet med nasjonalt nivå. Dette var før alle de interkommunale tjenestene underlagt vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd var etablert, men undersøkelsen indikerer likevel som et utgangspunkt at innbyggerne i regionen opplever god kvalitet på tjenestene fra kommunen, inkludert helse- og sosialtjenestene. Målet med etableringen av interkommunalt samarbeid er å opprettholde eller øke tjenestekvaliteten under en utvikling der kommunen får større ansvar, og får større utfordringer både faglig og økonomisk med å opprettholde gode tjenester enkeltvis (Farstad, Frisvoll og Rønning 2014).

Fordelene som taler for økt kvalitet på tjenestene og som vi finner på tvers av alle tjenestene som evalueres, er knyttet til kompetanse i enhetene. Med interkommunalt samarbeid kan enhetene utvikle et bedre fagmiljø med økende grad av spesialkompetanse. Dette gjør det i tillegg mer attraktivt å være ansatt. Summen av dette er et betydelig potensial for økt tjenestekvalitet.

En annen gjennomgående fordel er at nærhet til brukerne kan kombineres med faglig distanse når dette er påkrevd. Den enkelte medarbeider kan dermed lettere unngå inhabilitetsproblemer eller oppleve press på grunn av nært kjennskap til brukere og pårørende. Dette bidrar til mer rettferdig behandling og økt rettsikkerhet for alle brukere.

Videre gir større enheter mulighet til å profesjonalisere systemer og rutiner, blant annet for informasjon, brukermedvirkning og klagehåndtering. Dette er potensiale som ligger i vertskommunesamarbeidet. Evalueringen viser samtidig at ikke alt potensial er tatt ut ennå. På flere områder er etablerte praksiser i kommunene sterke, og det tar tid å forenes om felles praksis slik at utveksling på tvers av kommunene både av saker, personale og tjenester.

Samarbeidet fører spesielt til utfordringer knyttet til avstand og sentrum – periferi. Vertskommunen Stjørdal er stor sammenlignet med de andre kommunene når det gjelder folketall og dermed tjenestevolum. Både geografi og vertskommunerollen gjør at flere funksjoner etableres i Stjørdal, slik som legevakt og DMS. Avstand blir dermed en utfordring for innbyggerne langt fra sentrum, og denne ulempen må veies opp mot økt kvalitet og stabilitet på tjenestene (som for legevakt), eller muligheten for å ha et slikt tilbud i det hele tatt (relevant når det gjelder DMS).

6.1 Tjenestekvalitet

I tillegg til det generelle kompetanseløftet som tjenestene har fått gjennom samarbeidet, har de enkelte tjenesteområdene en del spesielle forhold og utfordringer. I barnevernet ser man stor nytte av et større kompetansemiljø der flere kan ha spesialkompetanse på smalere felt. Den enkelte saksbehandler føler seg tryggere på at tilbudet som gis er

forsvarlig og godt når avgjørelser er tatt i samråd med kolleger og spesialister på området.

For barnevern betyr tjenestekvalitet ikke bare et godt tilbud til de som er registrert og kommet inn i systemet. En like viktig kvalitet ved tjenesten er at man klarer å fange opp nye saker på et tidlig stadium. Her påpekes det i intervjuene at en større enhet med et sentralt telefonnummer for kontakt gjør det enklere å sende bekymringsmeldinger til barnevernet ved at man slipper å melde fra til bekjente i kommunen lokalt.

De nevnte fordelene med felles barnevern er intensjoner med samarbeidet som langt på vei er realisert, men ikke fullt ut. Stor saksmengde skaper et press i forhold til å gi en optimal behandling av alle saker, samt unngå lang saksbehandlingstid og sen oppfølging som kan forverre situasjonen.

Stor saksmengde og akuttsaker som må få prioritet, gjør at forbyggende arbeid og informasjonsarbeid kan bli nedprioritert. Gjennom intervjuene kommer det fram at man har et forbedringspotensial når det gjelder kommunikasjon med samarbeidende enheter, forebyggende arbeid og informering om egen virksomhet. Folk er fortsatt skeptiske til barnevernet, og etaten må opprettholde fokuset på å skape kunnskap om og tillit til den jobben de gjør, for på den måten å gjøre seg mer tilgjengelig.

På legevakt er tjenestekvalitet knyttet til kapasitet og kompetanse til å yte rask legehjelp når dette er nødvendig. Evalueringen av forsøksordningen med felles legevakt gav tydelig signal om at bemanningssituasjonen ble sterkt forbedret gjennom samarbeidet. Med felles legevakt oppnådde man mer stabil legedekning, et bedre og mer faglig inspirerende arbeidsmiljø, samt sikrere behandling ved at vakthavende lege har flere å rådføre seg med når nødvendig. Å balansere dette opp mot lengre reiseavstand og mindre mulighet for sykebesøk hjemme må tas med i vurderingen av den totale tjenestekvaliteten slik det oppleves av innbyggerne.

Værnesregionen DMS får ros for høy kompetanse i brukerundersøkelsen fra 2013. Denne undersøkelsen legger også stor vekt på at brukerne kommer nærmere hjemstedet. Mer hjemlige omgivelser er gunstig for rehabiliteringen, og det gjør det lettere for pårørende å komme jevnlig på besøk. Disse fordelene er naturlig nok størst for Stjørdals befolkning, men også for innbyggerne i de andre kommunene er Stjørdal nærmere enn alternativet, som ville vært lengre opphold på sykehus i Trondheim eller Levanger.

Den medisinske oppfølgingen er likevel viktigst, og her framheves betydningen av en god overgang fra sykehus til DMS der pasienten gjerne beholder kontakt med spesialisten fra sykehuset. Videre er tid til en god dialog og informasjon om hvilke kompetansepersoner som har ulikt ansvar, viktig for at pasienten skal føle seg trygg på behandlingstilbudet som gis ved DMS.

Forvaltningskontoret er i seg selv et signal om at kvaliteten i saksbehandlingen for helse- og omsorgstilbudene i kommunen skal økes. Med opprettelse av en egen fagetat ble det kommentert i intervjuene at denne saksbehandlingen har gått fra å være et slags venstrehåndsarbeid for enhetslederne på institusjonene til å bli et fag der brukernes behov utredes og løses på en mest mulig faglig fundert måte. Samling av saksbehandlingen i én enhet gjør det dessuten lettere for brukerne å finne fram til tjenestene.

Men også for forvaltningskontoret er det et stykke til man har realisert potensialet i kommunesamarbeidet til fordel for regionens brukere. De enkelte medarbeiderne har større faglig miljø å spille på, men utfører fortsatt saksbehandling kommunevis. Det er ennå liten utveksling av personale og saker mellom kommunene, og utveksling av kapasitet i tjenestetilbudene utnyttes i liten grad. Kommunene finner løsninger internt i stedet for å kjøpe ledige plasser i nabokommunen. Avstand kan være en utfordring for å få dette til, men også finansieringsmodellen er til hinder for å utnytte regionens kapasitet optimalt.

6.2 Rettsikkerhet og klager

Samarbeidet i Værnesregionen har etter alt å dømme ført til økt rettsikkerhet for at brukerne får de tjenestene de har krav på. Dette henger nært sammen med tjenestekvalitet. Økt faglig kompetanse i enhetene gir bedre tjenester, og større enheter er mindre sårbare for midlertidig svikt i bemanning. Dette gir brukerne økt sikkerhet for faglig forsvarlig og tidsmessig behandling.

På barnevern gjør som nevnt en regional enhet at det kan være enklere å melde fra om bekymringer. Dermed vil dette bånd lokalt i mindre grad hindre at saker blir tilstrekkelig utredet etter at bekymringer er meldt. Dette øker barns rettsikkerhet for at det gripes inn når dette er nødvendig. Den samme avstanden mellom saksbehandler og sak, samt at saksbehandlingen skjer i team, kan også bedre ivareta foreldres rettsikkerhet.

På legevakt er stabil bemanning og høyere kompetanse i seg selv en sikkerhet for retten til øyeblikkelig hjelp. Samtidig er det en utfordring hvis betingelsene for å få hjelp innebærer en såpass lang reise at noen av den grunn velger å ikke søke hjelp. Den interne evalueringen undersøkte om ambulansebruken hadde økt som følge av felles legevakt for Værnesregionen, ut fra antakelsen om at lengre avstand til lege ville føre til økt ambulansebruk. Lillebo m. fl. (2010) fant ingen systematisk endring i ambulansebruken, men at bruken totalt sett var stabil. Dette kan også skyldes kriteriene for å rekvirere ambulanse. Med rapportering om at reise til legevakt er en belastning på grunn av avstand og pasientens tilstand, kan det hende at ambulansebruk og/eller sykebesøk burde øke noe for å ivareta tjenestekvalitet og rettsikkerhet til innbyggerne lengst unna legevakten i Stjørdal.

Værnesregionen DMS er et tilbud som ivaretar utskrivningsklare pasientenes rett til oppfølging i kommunen. Her følger kommunene opp samhandlingsreformen ved å samarbeide om et DMS. Derneft er faglig kompetanse, bredden på kompetansen og kobling til spesialister ved sykehus med på å sikre pasientene riktig behandling etter sykehusopphold.

Opprettelsen av forvaltningskontoret skal sette brukernes behov enda mer i sentrum ved å etablere en fagetat som vurderer brukernes behov opp mot tilgjengelige tilbud. Mens lederne ved de enkelte omsorgsenhetene tidligere behandlet søknader om dette bestemte tilbudet, kan saksbehandlingen ved forvaltningskontoret lettere vurdere flere tilbud ut fra behovene.

Ved å samle denne saksbehandlingen til et forvaltningskontor skal det i mindre grad bli noen som taper fordi andre går foran ved hjelp av kontakter eller økt press på de som tar beslutningene. Ei heller skal noen nektes et tilbud fordi det mangler kapasitet ved en enkelt institusjon. Til sammen skal dette gi økt rettsikkerhet for å få det tilbudet man har krav på.

Når det gjelder klager på tjenestene opplever man liten grad av klager, og etter utsagn, kanskje for lite klager. Forvaltningskontoret er spesielt opptatt av å etablere en enkel og lett tilgjengelig klageordning. I seg selv er forvaltningskontoret ment å gjøre det lettere å klage på tjenestene ved at klagen kan framsettes til andre enn de som utfører tjenesten.

Å klage på saksbehandlingen gir ikke samme avstand til beslutningstakeren. Her etterstrebtes det å gjøre klageadgangen lett tilgjengelig, blant annet med hjelp til å utforme klagen.

6.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan foregå på flere nivåer. Som nevnt innledningsvis skal brukerne, som også er borgere, være representert politisk gjennom folkevalgte organer. Dette er en bruker- og innbyggermedvirkning til tjenesteproduksjonen som skjer gjennom politiske prosesser, og som vi ser spesielt på i andre deler av evalueringen.

Innenfor den enkelte tjeneste kan brukermedvirkning påvirke tjenesten på kort og lang sikt, og den kan påvirke den enkeltes tilbud direkte, eller utvikling av tjenesten generelt. Gjennom systematiske brukerundersøkelser og evalueringer kan tjenestene over tid utvikles til beste for brukerne. I Værnesregionen har det vært gjennomført brukerundersøkelser både på legevakt og DMS. Pågående følgeevaluering inkluderer et brukerfokus nettopp for å bidra til at tjenestene utvikles i henhold til brukernes behov. Derneft kommer brukernes medvirkning til eget tjenestetilbud gjennom individualisering av tilbudet ut fra den enkeltes behov og ønsker, og det er dette vi først og fremst tenker på som brukermedvirkning.

Med hensyn til brukermedvirkning er det naturlig nok store forskjeller mellom de ulike tjenestene. For barnevern er brukermedvirkning i stor grad integrert i saksbehandlingen der man finner løsninger i samarbeid med barn, familie og eventuelt fosterfamilie. Ut over dette forgår brukermedvirkningen i form av besøk fra tilsynsfører som rapporterer tilbake til barnevernet om familiens/forsterfamiliens behov. Dette gir en jevnlig og systematisk mulighet for brukermedvirkning.

Legevakten har rask og kortsiktig legebehandling som formål inntil andre institusjoner eventuelt overtar behandling og rehabilitering. Her er brukermedvirkning mindre aktuelt og har mindre betydning sammenlignet de tjenestene som eventuelt overtar behandling etter legevakten. Brukerens medvirkning ved henvendelse til legevakten er å bidra med informasjon om egen tilstand slik at ansvarlig lege kan stille riktig diagnose og treffe riktige beslutninger med hensyn til videre behandling. I brukerundersøkelsen som ble foretatt i den interne evalueringen (Lillebo m.fl., 2011) var mellom 95 og 100 prosent i noen til stor grad enig i at de ble tatt på alvor, lyttet til og møtt med faglig dyktighet av telefonvakt, leger og sykepleiere. Dette skaper tillit blant brukerne til at de når fram med sitt behov, og således medvirker til riktig behandling.

DMS er eksempel på tjeneste der den enkelte i større grad bør få medvirke både for å motivere og tilpasse behandling og rehabilitering på en god måte. Brukerundersøkelsen for denne tjenesten (Westerlund og Bjørgen, 2013) viser at man har rutiner som tilrettelegger for brukermedvirkning. For at disse rutinene skal fungere ser vi at det henger tett sammen med informasjon til brukerne. Disse må først få informasjon om tilbud og mulighetene før de kan medvirke til eget behandlingsopplegg. Inntakssamtalen er viktig, og det er viktig at denne gis så snart som mulig etter ankomst. En slik samtale kombinert med oppfølgende dialog er ifølge brukerundersøkelsen nøkkelen til tilliten hos brukerne og deres mulighet til medvirkning til behandlingsopplegget.

Forvaltningskontoret driver saksbehandling med mål om mest mulig faglig funderte beslutninger. Her kan brukermedvirkning tolkes som en saksbehandling som best mulig skaffer kunnskap om brukerens tilstand og behov. For de som ønsker det, kan dette kunne ut i en «Individuell plan», som er en lovbestemt rettighet i forhold til å få et forsvarlig tilbud ut fra behovene. Igjen erfarer vi gjennom intervjuene at informasjon er en viktig forutsetning for brukermedvirkning. Brukerne må skjønne hva en slik plan går ut på før de etterspør dette.

Oppsummert finner vi at brukermedvirkning er satt i system der dette er hensiktsmessig og pålagt. Utfordringen er å få dette til å fungere, og her er rutiner for informasjon og tid til informasjon og dialog med brukerne avgjørende. Brukerne må ha tillit til den faglige kompetansen de møter, ha opplevelsen av å bli lyttet til, samt tilstrekkelig informasjon før de kan utnytte muligheten for brukermedvirkning. Dette gjelder på tvers av alle tjenestene.

6.4 Suksessfaktorer og utfordringer med vertskommunesamarbeid, av betydning for innbyggerne

Avslutningsvis oppsummeres det vi oppfatter som suksessfaktorer og utfordringer med hensyn til å skape bedre tjenester sett fra innbyggernes ståsted gjennom vertskommunesamarbeidet. Generelt kan det synes som om planene for samling av tjenesteproduksjonen i større regionale enheter inneholder mange momenter som øker tjenestekvaliteten og gir økt rettsikkerhet for brukerne. Selv om vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd først ble etablert i 2012 har flere av tjenestene utviklet samarbeid forut for dette. Utfordringene ser først og fremst ut til å være knyttet til implementeringen av samarbeidet i henhold til planer og intensjoner. Samarbeidet har kommet langt på flere områder, men man må fortsette å jobbe videre med å få de løsningene som er valgt til å fungere godt.

Suksessfaktorer

- *Større fagmiljø* – særlig viktig for de små kommunene. En klar suksessfaktor er utvidelsen av fagmiljøet gjennom etablering av større enheter. Flere som kan diskutere fag og flere spesialister gir bedre og mer utfordrende arbeidsmiljø. Økt fagkompetanse blant ansatte i tjenestene gir i sin tur grunnlag for bedre tjenestekvalitet.
- *Kombinere nærhet med faglig avstand*. Sentralisering av enhetene, men med desentralisert tilstedeværelse (slik barnevern og forvaltningskontor er organisert) gir flere fordeler. Man opprettholder nærhet til brukerne og øvrige lokale forhold. Samtidig kan de ansatte støtte seg på en større faglig enhet, samt overlate ansvaret til kolleger hvis nærheten til saken blir et problem. Brukerne kan ha kontakt med lokalt plasserte medarbeidere, men har samtidig mulighet til å henvende seg sentralt.
- *Utvikle samarbeidet med ytre etater*. Sentralisering fører til økt behov for å samarbeide godt med ytre etater. Jf. tilbakemeldinger fra barnevern og forvaltningskontor er det en suksessfaktor å lykkes med dette ved omorganisering av tjenesten.
- *Informasjon*. Omorganisering gjør informasjonsbehovet særlig stort i en fase med endringer. For eksempel trenger brukerne av forvaltningskontoret informasjon om hvor de skal henvende seg og om nye saksbehandlingsrutiner. Undersøkelsene av både Værnesregionen legevakt og DMS understreker viktigheten av god informasjon for at brukerne skal få opplevelsen av god kvalitet i behandlingen.

Utfordringer

- *Avstand.* Sentralisering av tjenesteproduksjonen i en geografisk stor region gir avstandsutfordringer. For brukerne er det spesielt på legevakt avstanden rapporteres som en utfordring. Dette bør følges opp slik at ikke et mindretall av pasienter betaler i form av dårligere tjenestekvalitet for effektivisering og økt tjenestekvalitet for flertallet. På de andre tjenesteområdene er det en organisatorisk utfordring å hindre at avstand fører til redusert effektivitet, for eksempel ved at fagmiljøet blir fragmentert og at mye tid går med til reiser.
- *Effektiv organisering av store enheter.* I tråd med at tjenestene har blitt organisert til å dekke ett, stort geografisk område har man nå fått større enheter med mange medarbeidere og større saksmengde, og dette medfører høyere krav til organisering og rutiner. Dette er en utfordring for å realisere fordelene med samarbeidet. Til sist kommer dette brukerne til gode ved at intern effektivitet gir større ressurser til ekstern innsats.
- *Utvikle felles kultur og felles praksis på tvers av kommunene.* Et hinder for å utnytte samarbeidsmulighetene er at kommunene har ulike rutiner og praksis i utgangspunktet. Dette gjelder for eksempel forvaltningskontoret, der man i stor grad må kjenne den enkelte kommune for å drive saksbehandling.
- *Balansere ressursbruken til vertskommunen og de mindre samarbeidskommunene.* Kommunestrukturen i Værnesregionen gjør at dette kan være en utfordring. Eksempelvis i barnevernet oppleves det at stor saksmengde og akutte saker i Stjørdal tar kapasitet fra de mindre kommunene. Dette kan samtidig sees på som en utfordring med totalkapasiteten i tjenesten.
- *Etablere tillit til fagkompetansen.* Større geografisk distanse mellom tjenesteenhet og bruker (som i enkelte sammenhenger besørges aktivt for å unngå at personlige relasjoner skal forstyrre faglige avgjørelser) skaper en utfordring med å opprettholde tilliten til en mer upersonlig fagkompetanse. Både barnevern og forvaltningskontor opplever denne utfordringen.
- *Bedre informasjon.* Så vel som at informasjon er en suksessfaktor, er det en utfordring å gi informasjon i bestemte former, til rett tid og tilpasset ulike målgrupper slik at det helsefaglige tjenestetilbudet er best mulig kjent blant innbyggerne.

Referanser

Farstad, M., Frisvoll, S. og Rønning, L. 2014. Bruk av styringsløsningen vertskommune med felles folkevalgt nemnd i Værnesregionen. Administrativ og faglig styring. Delrapport 1. R-05/14. Trondheim: Norsk senter for bygdeforskning.

Frisvoll, S. og Rye, J. F. 2009. Elite discourses of regional identity in a new regionalism development scheme: The case of the “Mountain Region” in Norway. Norsk geografisk tidsskrift – Norwegian Journal of Geography, 63 (3), pp. 175-190.

Lillebo, B., Dyrstad, B., Røkke, U. og Skille, B. 2011. Evaluering av Værnesregionen legevakt. Stjørdal: Værnesregionen.

Vinsand, G. og Langset, M. 2012. Alternative forvaltningsretninger i Nord-Trøndelag. NIVI Rapport 2012:3. Oslo: NIVI Analyse as.

Westerlund, H. og Bjørgen, D. 2013. Brukeres erfaringer med opphold ved Distriktsmedisinsk senter. Rapport fra Bruker Spør Bruker, Værnesregionen Distriktsmedisinske senter. Trondheim: Stiftelsen KBT Midt-Norge.

Vedlegg

I vedlegget presenteres verdier for alle indeksene og indikatorene for Værnesregionen eller fordelt på kommunene. Dette gjøres i tre forskjellige tabeller for hver indeks. Første tabell viser indeksgjennomsnitt fordelt på kommune, og med signifikanstest mot regionalt og nasjonalt gjennomsnitt. Andre tabell viser verdi for hver indikator på regionnivå sammenlignet med gjennomsnitt for Norge. I den tredje tabellen vises tilstand og styrke for hver indikator mot samlemålene tjenestetilfredshet eller omdømme. Tilstand er standardisert gjennomsnitt, mens styrke er regresjonskoeffisienten for en multivariat regresjon av samlemål på indikatorer. Disse tabellene er gjentatt for hver indeks. Alle tabeller er produsert av Sentio Research.

Tjenesteindeks

Tabell 8: UNDERINDEKS 1: TJENESTEINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Dårligst' og 100='Best'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Rangert.

1. Tjenesteindeks	Snitt
Tydal	▲ 71
Frosta	68
Meråker	67
Selbu	66
Stjørdal	▼ 63

▲ Signifikant høyere enn regionen

▼ Signifikant lavere enn regionen

Regionen	↑ 64
Norge	61

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Tabell 9: Spørsmål til underindeks 1: Tjenesteindeks for Værnesregionen. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Svært dårlig inntrykk' og 100='Svært godt inntrykk'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Signifikanstestet mot Norge.

	Norge	Værnesregionen
Barnehagetilbudet	76	↑ 81
Grunnskolen	69	69
ldreomsorgen	54	↑ 58
Helsetjenesten	63	66
Veier	42	↑ 50
Gang- og sykkelstier	46	↑ 51
Renovasjon	69	↑ 77
Vann og avløp	69	↑ 75
Næringsutvikling	60	61
Kommunalt kulturtilbud	63	↓ 58
TJENESTEINDEKS	61	↑ 64

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Tabell 10: Styrke-tilstandsmatrise for underindeks 1: Tjenesteindeks mot samlemål I tjenestetilfredshet.

STYRKE: Multivariat regresjon, koeffesienter.

TILSTAND: Standardisert gjennomsnitt.

	TILSTAND	STYRKE
Grunnskolen	68,99	0,199
Renovasjon	76,62	0,161
Eldreomsorgen	58,30	0,139
Næringsutvikling	60,78	0,132
Veier	50,44	0,125
Helsetjenesten	65,74	0,095

Bostedsindeks

Tabell 11: UNDERINDEKS 2: BOSTEDSINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Dårligst' og 100='Best'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Rangert.

2. Bostedsindeks	Snitt
Selbu	▲63
Stjørdal	61
Frosta	▼57
Tydal	▼55
Meråker	▼55

▲ Signifikant høyere enn regionen

▼ Signifikant lavere enn regionen

Regionen	↓60
Norge	64

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Tabell 12: Spørsmål til underindeks 2: Bostedsindeks for Værnesregionen. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Svært misfornøyd' og 100='Svært fornøyd'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Signifikanstestet mot Norge.

Hvor tilfreds er du med din kommune når det gjelder ...

	Norge	Værnesregionen
Jobbmuligheter	62	↓ 57
Utdanningstilbud	64	63
Kollektivtilbud	47	↓ 39
Kulturtilbud	68	↓ 62
Muligheten til natur- og friluftsliv	88	90
Ungdomstilbud	52	51
Turisttilbud	61	↓ 54
Mulighet for å drive næringsvirksomhet	62	61
BOSTEDSINDEKS	64	↓ 60

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Tabell 13: Styrke-tilstandsmatrise for underindeks 2: Bostedsindeks mot Samlemål II Omdømme.

STYRKE: Multivariat regresjon, koeffesienter

TILSTAND: Standardisert gjennomsnitt.

Hvor tilfreds er du med din kommune når det gjelder ...	TILSTAND	STYRKE
Ungdomstilbud	51,19	0,174
Muligheten til natur- og friluftsliv	90,33	0,173
Turisttilbud	53,68	0,128
Jobbmuligheter	57,25	0,099
Mulighet for å drive næringsvirksomhet	61,15	0,081
Kollektivtilbud	39,48	0,060

Trygghetsindeks

Tabell 14: UNDERINDEKS 3: TRYGGHETSINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Dårligst' og 100='Best'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Rangert.

3. Trygghetsindeks	Snitt
Tydal	74
Selbu	71
Frosta	70
Meråker	68
Stjørdal	68

▲ Signifikant høyere enn regionen

▼ Signifikant lavere enn regionen

Regionen	↑69
Norge	64

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Tabell 15: Spørsmål til Underindeks 3: Trygghetsindeks for Værnesregionen. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Svært lite trygg' og 100='Svært trygg'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Signifikantstestet mot Norge.

Hvor trygg er du på at ...

	Norge	Værnes-regionen
... det samlede sykehusstilbudet i regionen gir deg forsvarlig behandling om du skulle bli syk	68	70
... du ikke blir utsatt for kriminalitet der du bor	64	↑ 73
... din kommune har beredskap for å håndtere krisesituasjoner	60	↑ 63
TRYGGHETSINDEKS	64	↑ 69

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Figur 14: Styrke-tilstandsmatrise for Underindeks 3: Trygghetsindeks mot Samlemål II Omdømme.

STYRKE: Multivariat regresjon, koeffesienter

TILSTAND: Standardisert gjennomsnitt.

Hvor trygg er du på at ...	TILSTAND	STYRKE
... din kommune har beredskap for å håndtere krisesituasjoner	63,09	0,240
... du ikke blir utsatt for kriminalitet der du bor	72,88	0,163
... det samlede sykehusstilbudet i regionen gir deg forsvarlig behandling om du skulle bli syk	70,48	0,104

Demokratiindeks

Tabell 16: UNDERINDEKS 4: DEMOKRATIINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Dårligst' og 100='Best'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Rangert.

4. Demokratiindeks	Snitt
Frosta	▲ 59
Selbu	54
Tydal	54
Stjørdal	47
Meråker	▼ 46

▲ Signifikant høyere enn regionen

▼ Signifikant lavere enn regionen

Regionen	↑ 49
Norge	44

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Tabell 17: Spørsmål til underindeks 4: Demokratiindeks for Værnesregionen. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Svært liten grad' og 100='Svært stor grad'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Signifikanstestet mot Norge.

Graden av ...

	Norge	Værnes-regionen
...tilfredshet med hvordan kommunens politikere lytter til innbyggernes synspunkter	44	↑ 49
...tillit til politikerne i din kommune	45	↑ 49
...opplevelse av at innbyggerne har innflytelse på kommunale beslutninger	40	↑ 51
DEMOKRATIINDEKS	44	↑ 49

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Figur 15: Styrke-tilstandsmatrise for underindeks 4: Demokratiindeks mot samlemål II Omdømme.

STYRKE: Multivariat regresjon, koeffesienter

TILSTAND: Standardisert gjennomsnitt.

Graden av ...	TILSTAND	STYRKE
...opplevelse av at innbyggerne har innflytelse på kommunale beslutninger	50,55	0,243
...tilfredshet med hvordan kommunens politikere lytter til innbyggernes synspunkter	48,55	0,135
...tillit til politikerne i din kommune	48,57	0,125

Organisasjonsindeks

Tabell 18: UNDERINDEKS 5: ORGANISASJONSINDEKS for regionen fordelt på kommuner. Sammenlignet med regionen totalt og Norge. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Dårligst' og 100='Best'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Rangert.

5 Organisasjonsindeks	Snitt
Frosta	62
Tydal	62
Selbu	62
Stjørdal	59
Meråker	58

▲ Signifikant høyere enn regionen

▼ Signifikant lavere enn regionen

Regionen	↑59
Norge	56

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Tabell 19: Spørsmål til underindeks 5: Organisasjonsindeks for Værnesregionen. Standardiserte gjennomsnitt, der 0='Svært liten grad' og 100='Svært stor grad'. 'Vet ikke'-kategorien er holdt utenfor. Signifikantstestet mot Norge.

Hvilket inntrykk har du av din kommune som organisasjon når det gjelder ...

	Norge	Værnes-regionen
Miljøbevissthet	58	60
Det kommunale tjenestetilbudet	57	↑ 60
Generell drift	52	↑ 59
Informasjon til innbyggerne	56	60
Samfunnsansvar og etikk	54	58
ORGANISASJONSINDEKS	56	↑ 59

↑ Signifikant høyere enn Norge

↓ Signifikant lavere enn Norge

Figur 16: Styrke-tilstandsmatrise for underindeks 5: Organisasjonsindeks mot samlemål II omdømme.

STYRKE: Multivariat regresjon, koeffesienter

TILSTAND: Standardisert gjennomsnitt.

Hvilket inntrykk har du av din kommune som organisasjon når det gjelder ...	TILSTAND	STYRKE
Det kommunale tjenestetilbudet	60,32	0,249
Generell drift	58,68	0,178
Samfunnsansvar og etikk	58,37	0,151
Informasjon til innbyggerne	60,26	0,123
Miljøbevissthet	59,67	0,092

Indekser mot borgerskår

Tilsvarende målingen av indikatorenes effekt på samlemålene tjenestetilfredshet og omdømme i styrke-tilstandsmatrisene er det laget en styrke-tilstandsmatrise for indeksene mot samlemålet Borgerskår (se figur 1).

Tabell 20: Styrke-tilstandsmatrise for Modell A, Underindekser og Affektiv Tilknytning mot Borgerskåren. STYRKE: Multivariat påvirkning for Værnesregionen. 0=Ingen påvirkning på Borgerskåren, 1=Full påvirkning på Borgerskåren. Kun signifikante resultater.

TILSTAND: Standardisert gjennomsnitt for hver av underindeksene.

Indeks	TILSTAND	STYRKE
Bostedsindeks	59,91	0,401
Organisasjonsindeks	59,46	0,265
Trygghetsindeks	68,94	0,059
Affektiv tilknytning	75,00	0,126