

Kartlegging av erfaringer med, og bruken av tildelingskontor i norske kommuner.

Laila Tingvold, Senter for omsorgsforskning, NTNU.



Fakultet for medisin
og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Denne presentasjonen

- Oppdrag fra Helsedirektoratet
- Modeller for tjenestetildeling
- De tre delstudiene:

A: Casestudiene (utvalg, fremgangsmåte og resultater)

B: Kunnskapsoppsummering

C: Spørreskjemaundersøkelse

- Resultater og sammenfattende momenter

Bakgrunn for oppdraget

- Helsedirektoratet ønsket økt innsikt i bruken av og erfaringer med ulike modeller for tjenestetildeling - med ønske om å skape «åpne, gode og rettferdige tildelingsprosesser som bidrar til måloppnåelse»
- Tjenestetildeling er en viktig kommunal funksjon som utførers av saksbehandlere underlagt lovgivning, retningslinjer og politiske føringer. Ansvar for å forvalte felleskapets goder, «portvoktere», «bakkebyråkrater»
- Variasjon mellom kommuner kan være både ønsket og uønsket. Uønsket variasjon knyttes til ulik prioritering av behov og brukergrupper.
- Siden formaliseringen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene har det vokst frem nye modeller for tjenestetildeling

Overordnede problemsstillinger

- Hvilke ulike organisatoriske modeller for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester kan identifiseres og hvilke logikker og praksiser skiller de ulike modellene fra hverandre?
- På hvilke måter former de ulike modellene arbeidsmåter som fremmer eller hemmer det å skape trygge, sammenhengende og likeverdige tjenester?

Kvalitet, måloppnåelse

- Helsedirektoratet ønsket særlig å få belyst er tjenestetildelingens måloppnåelse knyttet til de seks kvalitets-dimensjoner som skal ligge til grunn for å forbedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005 s.12). For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:
- **Virkningsfulle:** Beslutninger og behandlinger skal være basert på oppdatert kunnskap, forskning og anerkjent praksis.
- **Trygge og sikre:** Tjenestene skal være trygge for pasientene og ikke påføre dem unødig skade. Dette innebærer å forebygge feil og redusere risiko for uønskede hendelser.
- **Involverer brukere og gir dem innflytelse:** Tjenestene skal være tilpasset den enkelte pasient og brukers behov, ønsker og verdier. Pasientene skal involveres i beslutninger om egen behandling og omsorg.

Kvalitet, måloppnåelse II

- **Utnytter ressursene på en god måte:** Ressursene skal utnyttes på best mulig måte, slik at det oppnås mest mulig helsegevinst for befolkningen med de tilgjengelige ressursene.
- **Er samordnede og preget av kontinuitet:** Tjenestene skal være godt koordinerte, slik at pasientene opplever sammenheng i tilbudet, både innenfor og mellom ulike nivåer og aktører i helse- og omsorgstjenesten.
- **Er tilgjengelige og rettferdig fordelt:** Alle skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester av høy kvalitet, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi eller andre faktorer (Helsedirektoratet, 2018).

Vi la til en syvende komponent: '**Kompetente og myndiggjorte medarbeidere**', da dette løftes frem i spesifikasjon av ytelsen i oppdragsavtalen. Vi forstår 'kompetente og myndiggjorte medarbeidere' som en person som har fått, og grepet retten til, å beslutte innenfor områder han/hun er kompetent.

Modeller for tjenestetildeling I

Integrert tildeling:

Den opprinnelige modellen for tjenestetildeling. Tildeling blir gjort i den enheten som utfører selve tjenestene / omsorgsarbeidet, enten av én ansatt, av enhetens leder eller av et team i den utøvende enheten.

Tildelingsnemd:

Litt overlappende med integrert tildeling, men arbeid med tildeling er organisert «tildelingsnemder» eller «tildelingsråd» som består av noen få faste ansatte som gjerne inkluderer leder for pleie- og omsorgstjeneste, merkantilt ansatte og en ansatt i den utførende delen av tjenesten (ofte en ansatt innen tjenestene).

Sitat fra datainnsamling ISP

Modeller i tjenestetildeling II

Bestiller- utfører modell (separat tildelingsenhet): Vokste frem på 1990-tallet, markedsorientert og formet av tankegods fra New Public Management (NPM) (Angelsen et al., 2024; Nesheim & Vathne, 2000; Vabø et al., 2015) og inneholder prinsipper om styring av offentlig sektor basert på modeller fra det private næringsliv (Økt effektivitet og lønnsomhet ved konkurranseutsetting, brukerorientering og resultatstyring basert på detaljert rapportering).

Tillitsmodell: Bestillerenheter i noen kommuner blitt erstattet av uavhengige «tidlig intervensjonsteam» (Eide et al., 2018; Eide et al., 2017). Disse teamene består av spesialiserte tverrfaglige grupper bestående av tjenesteytere og saksbehandlere. Hovedfokuset ligger på intensiv kartlegging, vurdering og oppfølging i den innledende fasen, samt utvikling av skreddersydde strategier for de nye søkerne (Hansen, 2022).

De tre delstudiene

Tre delstudier ble gjennomført:

- Nasjonal spørreundersøkelse til kommunene
- **Komparativ casestudie ved fem tildelingsenheter**
- Kunnskapsoppsummering

Ved å benytte tre metodiske innganger til overordnet problemstilling samlet vi inn informasjon på ulike måter for å oppnå komplementære perspektiver

Case studien

- Hvordan beskriver ledere i helse- og omsorgstjenestene organiseringen av tjenestetildeling og samarbeid om tjenestetildeling i sin kommune?
- Hvordan opplever saksbehandlere det daglige arbeidet med tjenestetildeling, vedtak, samarbeid og oppnådd kvalitet ved tildelingsprosessen og med tildelte tjenester?

Utvalg

Case Tildelingsmodell	Kommune (pseudonym)	Kommunestørrelse	Sent. k	Antall Int.	Deltakere
Teambasert tjenestetildeling – basert på tillitsmodell	Granvik	Mer enn 60.000 innbyggere (Stor kommune)	1	3	1 leder 2 saksbehandlere
Separat tildelingsenhet – basert på bestiller-utfører modell	Solstad	Mer enn 100.000 innbyggere (Stor kommune)	3	4	1 leder 2 saksbehandlere
Teambasert tjenestetildeling – kombinasjon av separat tildelingsenhet og teambasert tjenestetildeling	Sjøgløtt	Mellom 10.000- 20.000 innbyggere (Mellomstor kommune)	4	3	1 leder 3 saksbehandlere
Separat tildelingsenhet – tildelingsråd	Vindnes	Mindre enn 5.000 innbyggere (Liten kommune)	6	3	2 ledere 1 prosjekt-koordinator
Separat tildelingsenhet – basert på bestiller-utfører modell	Blådal	Mindre enn 10.000 innbyggere (Liten kommune)	4	3	1 leder 2 saksbehandlere

Noen resultater

- I alle case beskriver informanter økt etterspørsel av tjenester. Dette gjelder langtidsplasser, omsorgsboliger, hjemmetjenester, BPA, omsorgsstønad, avlastningstjenester, lavterskel tjenester innen rus og psykisk helse
- Økt etterspørsel knyttes til flere faktorer; blant annet flere eldre personer
- Økt etterspørsel etter hjemmetjenester har bakgrunn i høyere terskel for å få sykehjemsplass.
- Færre plasser i institusjon for barn og unge gjør at flere må ha avlastningstiltak i hjemmet.
- Ethiske dilemma og vurderinger: hvor går grensen for trygge vurderinger?
- Spenningsfelt mellom økonomiske og faglige prioriteringer
- Saksbehandlere opplever å stå i “skvis” mellom brukernes rettigheter og tilgjengelige ressurser

Endringer i tildelingsfunksjonen

Nærhet eller distanse til tjenestemottager?

- Fire av fem case viser til nylige endringer og omrokkeringer mht tjenestetildelingsfunksjonen
- Vindnes: går fra tildelingsråd til adskilt og samorganisert enhet på tvers av flere kommuner
- Blådal : adskilt enhet fra 2018 og deltagerne mener dette bidrar til likere tildeling av tjenester, samt mer nøytrale og objektive vurderinger av behov
- Granvin : teambasert tildeling og diskusjoner i flere faggrupper bidrar til å finne bedre løsninger

Brukerne og involvering

- Informanter fra casene er opptatt av å involvere tjenestemottagerne i tildelingsprosessen for å dokumenter tjenestemottakers ønsker og behov for helse og omsorgstjenester
- Involvering av tjenestemottager trekkes også som effektivt. Dette handler om å være tidlig inne og være med på å regulere forventningene til hvilke og hvor mye tjenester som gis
- Allikevel noen dilemma knyttet til at det tar tid å høre ut tjenestemottagers ønsker og formidle strengere rammer for tildeling enn det mottager forventer
- Innbyggere viser til rettigheter de har, og noen får også juridisk bistand til å skrive søknader

Rettferdig fordelte tjenester - sammenfattet

- Overgangen til en bestiller–utfører-modell, altså separat tildelingsenhet, erfares å ha styrket likebehandlingen i både saksbehandling og tjenestetildeling. Likevel forblir kjennskap til tjenestemottakerne, uavhengig av organiseringsmodell, avgjørende for å sikre at tildelingen treffer både innbyggernes behov og tjenestenes kapasitet. Erfaringene understreker betydningen av tett samarbeid mellom tjenestemottakere og tjenesteutøvere for å oppnå rettferdighet og likeverd i tjenestefordelingen.
- Det tydelige skillet mellom bestiller og utførerfunksjon er modifisert

Myndighet, autonomi og kontroll

Ved bestiller–utfører-baserte modeller ligger vedtaksmyndigheten *kun hos saksbehandlerne*, men hvor samarbeid og informasjonsutveksling med tjenesteutøvere vektlegges i vedtaksprosessen. Organisering i tillitsmodell gir både saksbehandlere og tjenesteutøvere myndighet ved beslutninger om vedtak. Erfaringene med *delt vedtaksmyndighet* viser at dette kan skape spenninger som bunner i at saksbehandlere ofte prioriterer økonomi og ressursfordeling, mens tjenesteutøvere vektlegger tjenestemottakernes umiddelbare behov.

Velferdsregimets grenser – ulik organisering felles utfordringer

– Økt etterspørsel etter tjenester, kombinert med begrensede ressurser, kapasitets- og personell utfordringer i kommunene, har økt presset på effektiv ressursbruk i tjenestetildeling. Dette medfører en økt oppmerksomhet mot portvokterrollen hos saksbehandlerne, som må definere hva som kvalifiserer som nødvendige tjenester og forsvarlig helsehjelp. I denne prosessen finner vi en risiko for marginalisering av enkelte (bruker)grupper, spesielt eldre hjemmeboende med stor sykdomsbyrde, innbyggere som trenger tjenester innen psykiatri- og rus, samt innbyggere med kognitiv svikt, og/eller de som ikke har støtte i pårørende.

Kunnskapsoppsummeringen

- Hvilke erfaringer har ansatte i helse- og omsorgstjenesten med ulike organiseringsmodeller?
- Scoping review (sonderende oversikt)
- Søket er gjennomført med støtte fra universitetsbibliotekar
- Inkludert 24 studier fra Norge
- Studier som berører kvalitetsdimensjonen
- 17 studier – separate tildelingsmodell
- 6 tillitsmodell
- Noen enkelt studier som ikke lot seg plassere innen modell, knyttet til ROP-lidelser (egen kategori)

Noen resultater I

Erfaringer med kommuner med separat tildelingsenhet

- Fleksibilitet vs detaljestyring i vedtaksutforming
- Samarbeid mellom aktører
- Ulike perspektiver og forståelser
- Medvirkning

Noen resultater II

Erfaringer fra kommuner med tillitsmodell

- Organisering i team og tverrfaglig arbeid
- Brukerorienterte tjenester

Erfaringer fra tildeling av tjenester til personer med ROP-lidelser

Uformelle og villkårlige veier inn i tjenestene

Kommer inn via andre tjenester som de allerede mottar

Sammenfattende momenter

- FLEKSIBILITET –STANDARDISERING
- TILLIT – KONTROLL
- NÆRHET OG DISTANSE MELLOM TJENESTESØKER OG SAKSBEHANDLER, OG MELLOM SAKSBEHANDLERE OG UTFØRERE

Konklusjon

- Separat tildelingsenhet mest vanlig, men lokale varianter
- Rigide skiller mellom forvaltning og utførere er modifisert
- Spenningsfelt mellom behov for noen felles rammer og fleksibilitet for tilpasning (og bruke skjønn) – altså mellom tillit og kontroll

Ledd i en tjenestekjede, mange sammenhenger

	Integrert tildeling	Tildelingsnemd	Bestiller-Utfører	Tillitsmodell
Opprinnelse	Kan sies å være den opprinnelige modellen for tjenestetildeling. Tildeling blir utelukkende gjort i den enheten som utfører selve tjenestene.	Ca. 1970-tallet til starten av 1990-tallet. Inspirert av sosialdemokratisk styring.	Ca. 1980-tallet. Inspirert av New Public Management (NPM). Fokus på effektivitet, kostnads-besparelser, styring gjennom rapportering og kontroll.	2000-tallet. Inspirert av ideer om økt autonomi og tillit blant ansatte. Oppstod som kritikk av NPM. Iverksatt som en del av en større helse- og omsorgsreform etter kommunevalget i 2015.
Bærende prinsipper og rasjonale	Lite byråkrati. Tett kontakt mellom tildeler og tjenesteyter. Nærhet til tjenestesøker. Bruk av faglig skjønn mer enn detaljstyring.	Noen få og faste personer, ofte ledere, ansatte i merkantile stillinger eller omsorgsarbeidere som behandler søknader.	Formelt skille mellom forvaltning/ myndighetsutøvelse og tjeneste-produksjon. Standardisering, systematisering og kontroll. Klar ansvarsfordeling. Bedre kontroll og oversikt over ressursbruk og kostnader. Standardiserte prosedyrer for lik vurderingspraksis.	Mer rom for faglig skjønn. Mindre detaljstyring. Frihet til å tilpasse tjenestene til brukernes behov som gir økt brukertilfredshet. Ansatte har faglig autonomi og tillit til å gjøre det de mener er best for brukerne.
Utfordringer og kritikk	«Bukken og havresekk» problematikk. Ulik saksbehandling og terskel for å få tjenester internt.	Fravær av skriftlige kriterier og ulik tildelingspraksis mellom ansatte som arbeider i ulike geografiske deler av kommunen.	Høyadministrasjons og dokumentasjonsbyrde. Vanskelige å skreddersy tjenester. Økonomiske vurderinger kan komme i forgrunnen for menneskelige behov.	Færre krav til dokumentasjon og standardisering kan gjøre oppfølging vanskelig og påvirke muligheten for tilgjengelighet og rettferdig fordeling. Risiko for ujevn tjenestekvalitet. Økt arbeidsbelastning og fare for uklare ansvarsgrenser.



Senter for
omsorgsforskning

Knutepunkter "Node"	Hvem	Dokumenter	PÅVIRKNING TILDELING
Governance, (styring på ulike nivå)	Helsemyndighetene	Styringsdokumenter, Meld.st., NOU, politikk innen helse- og omsorg.	Setter rammevilkår for tjenester, f.eks. gjennom reformer som «Bo trygt hjemme».
Provision (tjenestetilbudet)	Tildelingskontoret i kommunen	Lover og regler, styringsdokumenter, kommunale tjenestestandarder, oversikt over kommunale bygg og helse – og omsorgstjenester.	Lover samt egenutviklede tjenestestandarder som hjelper å definere hvem som har rett til tjenester. Hva har kommunen av plasser og kapasitet?
Distribution (samarbeid med andre aktører)	Velferds-, helse- og omsorgstjenestene i kommunen inkludert saksbehandlere og utførere, samt samarbeidene aktører som fastleger, sykehus, etc.	Retningslinjer for hvordan brukere kan søke tjenester, prosedyrer rundt behandling av søknad, klage-rettigheter. System og organisering for arbeidsdeling og arbeidsflyt mellom de som fatter vedtak, utførere samt andre samhandlede instanser.	Arbeidsvilkår og arbeidssituasjon for saksbehandlere. Kvalitet på samarbeid og forståelse.
Delivery (utførere som gjør arbeid og de som mottar)	Brukere/tjenestemottagere	Brukerrettigheter som er lovfestet, brukerinvolvering som krav.	Definere behov og matche med tjeneste. Stor variasjon i søkere m.h.t. alder, diagnoser, etc. dialog med pårørende.

Noen implikasjoner, veien videre

- Vridning mot tjenestemottagere som kan innfri idealer om aktiv aldring og som har rehabiliteringspotensiale
- Hva er legitime behov? Hvem/hva avgjør?
- Den norske velferdsmodellen: Fortsatt lik tilgang til tjenester?
- Å bli gammel i eget hjem krever flere hjelpesystemer i tillegg til det offentlige
- Pårørendes rolle når det offentlige strammer inn?
- Kjønnsperspektiver

Referanser

Braun V., Clarke V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*.

Dahl, H. M. (2017). *Struggles in (elderly) care: A feminist view*: Springer.

Dowling, E. (2017) In the wake of austerity: social impact bonds and the financialization of the welfare state in Britain, *New Political Economy*, 22:3, 294-310, DOI: 10.1080/13563467.2017.1232709

Estes, Carroll (2020). *New Political Economy of Aging: Introduction and Critique*.

Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*: Russell Sage Foundation.

Roosma, F., Van Oorschot, W., & Gelissen, J. (2014). The weakest link in welfare state legitimacy: European perceptions of moral and administrative failure in the targeting of social benefits. *International Journal of Comparative Sociology*, 55(6), 489-508.