

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

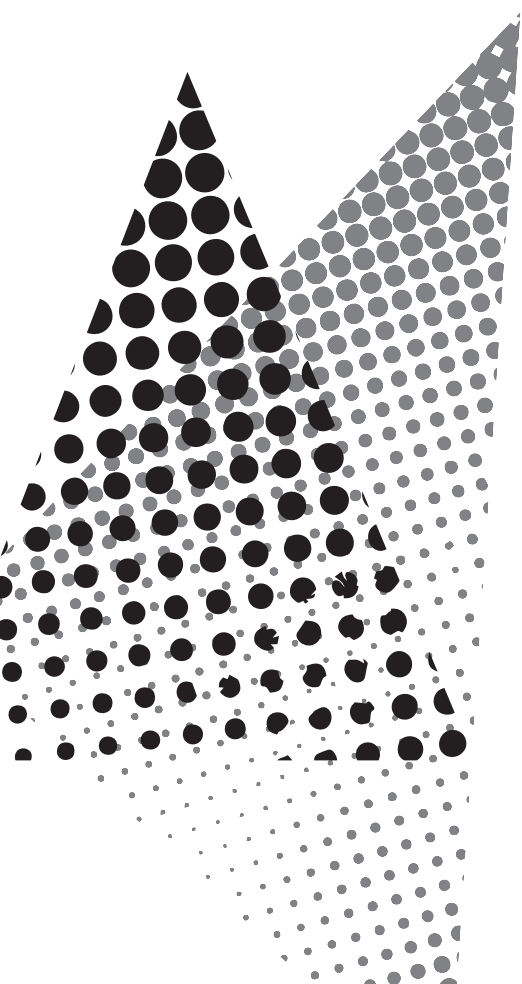
Rapport til Helsedirektoratet



Laila Tingvold, Bodil H. Blix, Anette Fagertun, Oddvar Førland, Brooke Ann Hollister, Karl Ove Hufthammer, Kristin Jeppestøl, Jill-Marit Moholt, Marianne Kollerøs Nilsen, Rose Mari Olsen, Ann Katrin Blø Pedersen, Hanne Marie Rostad og Gøril Ursin

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

Rapport til Helsedirektoratet



Laila Tingvold, Bodil H. Blix, Anette Fagertun, Oddvar Førland, Brooke Ann Hollister,
Karl Ove Hufthammer, Kristin Jeppestøl, Jill-Marit Moholt, Marianne Kollerøs Nilsen,
Rose Mari Olsen, Ann Katrin Blø Pedersen, Hanne Marie Rostad og Gøril Ursin

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

Rapport til Helsedirektoratet

Senter for omsorgsforskning

2024



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Bilde generert ved hjelp av Adobe Firefly fra ledeteksten *Healthcare professional interviewing elderly patient, Norwegian landscape view through the window.*

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 06/2024

Tittel: Kartlegging av erfaringer med, og bruken av tildelingskontor i norske kommuner
Rapport til Helsedirektoratet

Forfattere: Laila Tingvold, Bodil H. Blix, Anette Fagertun, Oddvar Førland, Brooke Ann Hollister, Karl Ove Hufthammer, Kristin Jeppestøl, Jill-Marit Moholt, Marianne Kollerøs Nilsen, Rose Mari Olsen, Ann Katrin Blø Pedersen, Hanne Marie Rostad og Gøril Ursin

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-149-3

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.ntnu.no/omsorgsforskning/rapportserie



FORORD

Arbeidet med å utrede erfaringer med, og bruken av tildelingskontor på oppdrag fra Helsedirektoratet har blitt gjennomført av forskere ved de fem sentrene for omsorgsforskning (SOF Øst, Sør, Vest, Midt og Nord), og ledet av Senter for omsorgsforskning, Øst, ved Laila Tingvold. Prosjektarbeidet har foregått i perioden august 2024 til november 2024. Vi vil takke Helsedirektoratet for oppdraget og for et godt og konstruktivt samarbeid gjennom hele prosessen med Linda Krogh Lyche, Liv Tveito, Ingvild Kontorp Haugen og Knut Erland Retvedt.

Vi vil også få rette en stor takk til alle kommunale aktører som deltok i intervjuer og spørreundersøkelse. Uten dere hadde det ikke blitt noen rapport. Av anonymitetshensyn nevner vi ikke navn på kommuner og kontaktpersonene som bidro.

Gjøvik, 11. desember 2024

Tingvold, Laila (SOF Øst, prosjektgruppens leder)

Blix, Bodil H. (SOF Nord)

Fagertun, Anette (SOF Vest)

Førland, Oddvar (SOF Vest)

Hollister, Brooke Ann (SOF Sør)

Hufthammer, Karl Ove (SOF Vest)

Jeppestøl, Kristin (SOF Sør)

Moholt, Jill-Marit (SOF Nord)

Nilsen, Marianne Kollerøs (SOF Midt)

Olsen, Rose Mari (SOF Midt)

Pedersen, Ann Katrin Blø (SOF Øst)

Rostad, Hanne Marie (SOF Øst)

Ursin, Gøril (SOF Midt)



SAMMENDRAG

BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

Dette oppdraget fra Helsedirektoratet har til hensikt å kartlegge erfaringer med og bruken av tildelingskontor i norske kommuner. Vi vil gjennom oppdraget fremskaffe ny kunnskap om tildelingsprosesser knyttet til helse- og omsorgstjenester. Vår overordnede problemstilling har vært: 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?

METODE

For å løse oppdraget og svare på problemstillingene har vi gjennomført tre delstudier: en nasjonal spørreundersøkelse til kommunene, en komparativ casestudie ved fem tildelingsenheter i kommuner av ulik størrelse og i forskjellige deler av landet samt en kunnskapsoppsummering (scoping review).

RESULTATER

Spørreundersøkelsen: Spørreundersøkelsens mål var å fremskaffe en oversikt over hvordan kommunene i Norge organiserer tjenestetildeling av helse- og omsorgstjenester. Etter forespørsler til postmottakene i alle 357 kommunene fikk vi oppgitt kontaktinformasjon til mulige respondenter for 259 kommuner og 10 (av 15) bydeler i Oslo. Alle disse fikk tilsendt et elektronisk spørreskjema, og vi fikk svar fra 213 av de 259 kommunene (svarprosent 82 %) og 7 av de 10 bydelene (70 %). Dette utgjør 60 % av alle norske kommuner i 2024.

Tildelingsmodeller: Tjenestetildeling fra enhet(er) som er organisatorisk separat fra enhetene som utfører tjenestene, er i 2024 fortsatt det vanligste i norske kommuner (61 %). Blant store kommuner oppgir 91 % at de bruker en slik tildelingsmodell, mens tilsvarende tall for mellomstore og små kommuner er henholdsvis 75 % og 36 %. Tildeling fra fagteam/nemnd og tildeling direkte fra den

utøvende tjenesten er mye mindre vanlige hovedmodeller i kommunene (henholdsvis 16 % og 10 %). I alt 11 % av kommunene oppgir at de samarbeider med andre kommuner om tjenestetildeling.

Finansiering: De fleste kommunene bruker rammefinansiering for å finansiere vedtakstjenestene. Kun 4 % oppgir at de bare bruker innsatsstyrt finansiering, det vil si at enhetene som utfører tjenestene, får tildelt ressurser etter aktivitetsnivået i løpet av året.

Kompetanse: Om lag 9 av 10 kommuner oppgir at dem som vurderer, saksbehandler og/eller tildeler tjenester, har formell kompetanse innen medisin/helsefag, 8 av 10 oppgir at de har slik kompetanse innen forvaltning og eldreomsorg, 6 av 10 innen arbeid med barn og unge, psykisk helse og rehabilitering og 5 av 10 innen juss, habilitering og rus. Formell kompetanse innen disse fagfeltene er mer vanlig hos de største kommunene. Dette gjelder spesielt psykisk helse, rus, habilitering, rehabilitering og arbeid med barn og unge. Kun 32 % av kommunene oppgir å ha en egen kompetanseplan for medarbeiderne som tildeler tjenester, for videreutvikling av deres formelle kompetanse (23 % blant små kommuner, 32 % blant mellomstore kommuner og 50 % blant store kommuner).

Brukerinvolvering: Det er svært stor variasjon i hvor ofte saksbehandleren tar *direkte kontakt* med brukeren for å innhente supplerende informasjon før vedtak om tjenester. Andelen av saker der dette blir gjort, varierer fra 0 % til 100 % mellom kommunene. Andelen varierer også mellom ulike brukergrupper av søkere.

Vurdering av habiliterings- og rehabiliteringspotensial: I alt 64 % av kommunene oppgir at det i stor eller svært stor grad blir foretatt kartlegging og vurdering av søkerens behov for habilitering og rehabilitering før en eventuell tildeling av kompenserende tjenester.

IPLOS-kartleggingen: Kun 3 % av respondentene oppgir at den lovpålagte IPLOS-kartleggingen er litt uviktig, uviktig eller svært uviktig som grunnlag for vedtaket.

Samarbeid med eksterne: Respondentene oppgir at saksbehandlerne i varierende grad samarbeider med andre yrkesgrupper og tjenester ved tildeling av tjenester. Graden varierer blant annet etter hvilken brukergruppe søkeren tilhører. Det er mest samarbeid med fastlegene. For alle de fire brukergruppene vi har skilt mellom, oppgir mer enn 8 av 10 at de ofte samarbeider med fastlegene ved tildeling av tjenester.

Den komparative casestudien av fem tildelingsenheter i fem kommuner hadde som mål å undersøke hvordan ledere og saksbehandlere ved tildelingsenheter erfarer tildeling og oppnådd kvalitet, samt å sammenligne erfaringer på tvers av ulike organiseringsmodeller for tjenestetildeling. Casestudien resulterte i tre tematiske kategorier:

- 1) *Rettferdig fordelte tjenester – nærhet eller distanse til tjenestemottaker?:* Innføring av enheter som er organisatorisk skilt ut fra enhetene som utfører tjenestene (tidligere gjerne omtalt som bestiller-utfører modell), har ifølge respondentene med ansvar for tildeling, ført til økt likebehandling i saksbehandlingen og tildelingen av tjenester. Samtidig viser erfaringene, uavhengig av organisering av tjenestetildelingen, at kjennskap til tjenestemottakerne er grunnleggende for treffsikkerhet ved tjenestetildeling. Tett dialog og samarbeid mellom tjenestemottakerne og tjenesteutøverne er avgjørende for treffsikre, likeverdige og rettferdig fordelte tjenester.

- 2) *Myndighet, autonomi og kontroll*: Ved organisering av tjenestetildeling basert på separate tildelingskontorer/bestiller-utfører modell, vektlegges god informasjonsutveksling med tjenesteutøvere, men kun saksbehandlerne har myndighet ved avgjørelser om vedtak. Ved organisering basert på en tillitsmodell, har både saksbehandlerne og tjenesteutøverne myndighet til å avgjøre vedtak. Utfordringen ved delt beslutningsmyndighet er at saksbehandlere vektlegger i større grad økonomi og ressursfordeling, mens tjenesteutøvere vektlegger umiddelbare behov til tjenestemottakerne.
- 3) *Velferdsregimets grenser – ulik organisering, felles utfordringer*: Det er økt etterspørsel etter tjenester, men samtidig er det ressursknapphet, kapasitets- og rekrutteringsproblemer i kommunene. Dette fører til krav om kostnadseffektivitet og økt søkelys på portvokterrollen i saksbehandlerne vurderinger, som for eksempel er artikulert gjennom lokale kriterier og retningslinjer for tjenestetildeling. Ledere og saksbehandlere i kommunene er opptatt av å avklare hva som skal regnes som nødvendige tjenester, og hva som kan overlates eller overføres til andre aktører. I denne situasjonen identifiserer vi en risiko for marginalisering av enkelte grupper av brukere. Saksbehandlerne i casene er usikre på om tjenestene er like tilgjengelige og rettferdig fordelte, spesielt (bruker) grupper som har psykiatri- og rusutfordringer og kognitiv svikt, samt eldre personer og personer som ikke har støtte i pårørende.

Kunnskapsoppsummeringen hadde som mål å oppsummere erfaringene til kommunale ledere, saksbehandlere og ansatte i tjenestelevering når det gjelder tjenestekvalitet for ulike organiseringer av tildelfunksjonen. Vi brukte *scoping review* som metode og inkluderte 24 studier fra Norge i oppsummeringen. På tvers av ulike organisatoriske modeller i helse- og omsorgstjenestene vises det til lignende utfordringer og muligheter: Når tjenester tildeles, har utførerne av tjenestene behov for, og et ønske om, at beslutningene har en fleksibel utforming, for å kunne løse både forutsette og uforutsette oppgaver på en best mulig måte, og for å sikre at tjenestene er tilpasset individuelle behov. Saksbehandleren er også avhengig av tjenesteutførernes fleksibilitet. Tjenestemottakernes behov endres raskt, og saksbehandlerne er prisgitt at utførerenheten «kaster seg rundt» for å levere de tjenestene de tildeler, som av og til ikke eksisterer «i henhold til boka», eller ikke tilfaller akkurat den tildelte utførerenhetens ansvarsområde.

Selvbestemmelse i arbeidet med å levere tjenestene og muligheten til å bruke sin egen kompetanse varierer innad i de ulike organiseringene. Samarbeid og informasjonsutveksling mellom ulike aktører som direkte eller indirekte er involvert i tildelingsprosesser, erfares også svært ulikt. Å inngå både i tverrfaglig samarbeid og i avgrensede fagmiljøer oppleves som viktig, særlig for saksbehandlerne, for at tildelingen av tjenester skal gjøres rettferdig og bli riktig (svare til tjenestesøkernes eller tjenestemottakernes behov). Tjenestemottakernes medvirkning i tildelingsprosessen er utfordrende for både utførerne og saksbehandlerne, som har ulike oppfatninger om hvordan brukermedvirkning ser ut i praksis. Uavhengig av hvordan tildeling av tjenester er organisert, opplever alle at økonomiske rammer ofte styrer tjenestetildelingen mer enn tjenestesøkernes behov og ønsker.

SAMMENFATTENDE DISKUSJON

Delstudiene viser at de ulike organisatoriske modellene har sine forskjeller knyttet til tre akser. Dette gjelder spenninger mellom:

- fleksibilitet–standardisering

- tillit–kontroll
- nærhet–distanse mellom tjenestesøkerne og saksbehandlerne og mellom saksbehandlerne og utførerne

Når det gjelder **fleksibilitet – standardisering**, kom bestiller-utfører modellen med separate tildelingsenheter som en reaksjon på tilbakemeldinger om svak forvaltningskompetanse og til dels overflatiske skriftlige vurderinger, begrunnelser og rapportskrivning innen den opprinnelige integrerte tildelingsmodellen. Det ble derfor formalisert nye lokale standarder og rutiner i søknadsbehandlingen som skulle bidra til større likebehandling og mer sammenhengende tjenester innen den enkelte kommunen. Senere har dette blitt opplevd som for rigid, og det har vokst frem ulike varianter av det vi i rapporten omtaler som tillitsmodeller med økt vekt på tverrfaglig og desentralisert vedtaksmyndighet og mer fleksible vedtak samt det å involvere søkerne og brukerne mer i beslutninger og utforming av tjenestene. Dette er en vending som etter vår vurdering styrker brukerperspektivet, samtidig som det kan utfordre kommuneledelsens behov for kostnadskontroll. Vår studie viser like fullt at separate tildelingsenheter fortsatt er den vanligste tildelingsmodellen, men dataene tyder også på at tidligere rigide skiller mellom forvaltningen og den utøvende tjenesten har blitt modifisert.

Når det gjelder forholdet mellom **tillit og kontroll**, kom bestiller-utfører modellen som et svar på et behov for mer likebehandling og bedre samordning og kostnadskontroll. Det ble utviklet flere retningslinjer for tildeling og standardiseringer av arbeidet. Ved å definere klare standarder var det lettere å vurdere utførers prestasjoner mot avtalte krav og retningslinjer. Dette kan stå i motsetning til integrert tildeling og tillitsmodell, som fremmer behov for og ønske om at beslutninger har en fleksibel utforming, slik at de reflekterer tillit til utførerne for å kunne løse både forutsette og uforutsette oppgaver, og dermed sikre at tjenestene er tilpasset brukernes individuelle behov.

Når det gjelder spenningen mellom **nærhet og distanse**, kom bestiller-utfører modellen som en reaksjon på at saksbehandlingen foregikk for tett på tjenestemottakerne, og at det var de samme personene som vurderte behovene, som også fattet vedtak. Ved å skille disse funksjonene fra hverandre var tanken at det ville bli foretatt tildelinger som fremmet mer rettferdige og likeverdige tjenester dersom nøytrale saksbehandlere vurderte søknader om tjenester. Tillitsmodellen forfekter på mange måter det motsatte; det er når beslutningstakeren er nær brukeren at de reelle behovene best kan vurderes og tildeling av tjenester kan skje på en rettferdig og likeverdig måte. Den modifiserte versjonen av bestiller-utfører modellen plasserer seg midt mellom disse to ytterkantene, idet den modifiserte modellen anerkjenner praksiser som sikrer at tildeleren får brukernær informasjon.

Det fremkommer fra deltakerne i casestudien (ansatte som tildeler tjenester) at det er økt etterspørsel etter tjenester fra brukere i flere kategorier. Tjenester til eldre personer, barn og unge nevnes spesifikt, og det er også en økning i forespørsler om tjenester innen rus og psykisk helse. Casestudien tyder på at begrensede ressurser fører til strengere kriterier og høyere terskler for tildeling, og at dette særlig får konsekvenser for eldre søkere til hjemmetjenester og sykehjem. Ressurssterke søkere og pårørende påvirker prosessen mer fordi de stiller flere krav og peker på brukerrettigheter, mens mindre ressurssterke søkere som ikke fremmer sine behov like tydelig, kan falle utenfor. Usikkerhet om rettferdig fordeling øker i takt med strengere kriterier.

Felles utfordringer på tvers av tildelingsmodellene handler om å balansere ressurser, rettferdighet og kvalitet i en kommuneøkonomi og et velferdssystem som er presset. Utfordringer

innen tildeling av tjenester må ikke kun ses i sammenheng med hvilken organisatorisk modell de opptrer innenfor, men også i lys av den kommunale og statlige konteksten de faktisk inngår i. Noen langsgående og felles utfordringer (som ikke er løst ut av noen type organisatoriske modell) handler om at det er stor etterspørsel etter tjenester, både fra eldre og yngre innbyggere. Det er økte forventninger til hva kommunene skal kunne levere av helse- og omsorgstjenester, og saksbehandlerne arbeider kontinuerlig med å tildele tjenester «lengst nede i omsorgstrappen» på grunn av innstramninger og budsjettkutt. Saksbehandlere handler lojalt i tråd med politiske styringssignaler som Meld. St. 24 (2022–2023), *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*, men opplever at færre plasser i institusjon øker presset på hjemmetjenestene. Det fører til flere og kompliserte vurderinger i saksbehandlerkorpset om hva det er forsvarlig å gi eller avslå av tjenester. At saksbehandlerne kan benytte skjønn, gir dem et visst handlingsrom i saker der det ikke er klar enighet om hvilke behov en søker har, og det ikke er klare svar å finne, men kommunenes økonomiske rammer setter i praksis klare begrensninger på handlingsrommet for skjønn. Terskelen for å få helse- og omsorgstjenester oppleves klart å ha blitt høyere, og det stiller økte krav både til saksbehandlernes helsefaglige, omsorgsfaglige og forvaltningsmessige vurderingskompetanse.

KONKLUSJON

Separat tildelingsenhet, adskilt fra de enhetene som har ansvar for å utføre tjenestene, er fortsatt den dominerende organisasjonsmodellen for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Norge. Tidligere rigide skiller mellom forvaltningen og den utøvende tjenesten synes å være modifisert. De ulike organisatoriske modellene for tjenestetildeling befinner seg alle i spenningsfeltet mellom behovet for felles rammer, prosedyrer og likhet (standardisering) og mulighet for å tilpasse tjenestene til den enkelte søkeren ved å benytte skjønn (fleksibilitet). Det er også et spenningsfelt mellom å gi ansatte handlingsrom for skjønn i vurderinger av tjeneste-mottakernes behov (tillit) og, motsatt, å spesifisere oppgaver og tidfeste vedtak og oppgaver (kontroll). Et siste spenningsfelt gjelder hva som er den beste plasseringen for å tolke behov og fatte vedtak. Når fagpersoner som skal vurdere dette, kjenner tjenestesøkeren fra før eller utfører oppgaver hos denne (nærhet), kan fagpersonene gi for mye tjenester, og være subjektive (ikke-faglige) i vurderingene. I motsatt fall, dersom fagpersonen ikke kjenner godt nok til tjenestesøkeren og ikke klarer å forstå dennes behov (distanse), er det fare for å tildele feil eller ingen tjeneste, noe som kan sette forsvarligheten på spill. Alle disse dimensjonene griper inn i forståelser av kvalitet. For at tjenester skal være trygge, sammenhengende og likeverdige, må tjenestesøkernes omsorgsbehov bli forstått og omsatt til rett tjeneste på rett nivå og bli utført av personell som har tillit i et system som har noen rammer for hvordan tjenester skal gis og følges opp.

Avslutningsvis i denne studien har vi satt søkelyset på at tildelingsenhetene er ett ledd i en tjenestekjede, og at politikk og utforming av lover og regler er med på å sette og endre rammer for tjenestetildeling. Når det blir mindre ressurser å fordele, oppstår det tøffere diskusjoner om fordeling og prioriteringer. Dette medfører blant annet at eldre med en kompleks helsetilstand må ivaretas med økte hjemmetjenester. Det er derfor viktig å se utover de organisatoriske modellene i diskusjoner om erfaringer med og bruken av tildelingskontor. Når det strammes til med mindre ressurser, eller hvis tersklene for å få kommunale helse- og omsorgstjenester høynes, settes saksbehandlere i et stadig større press imellom å ivareta tjenestesøkerne på en forsvarlig måte på den ene siden og å innfri politiske idealer innenfor kommunens trange økonomiske ramme på den andre.



INNHold

FORORD	IV
SAMMENDRAG	V
KAPITTEL 1: Å FORSKE PÅ DEN KOMMUNALE TILDELINGSFUNKSJONEN	1
INNLEDNING	1
Disposisjon	4
ORGANISERING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER: TJENESTEKJEDEN OG SAMMENHENDER	4
Kort om kommunal variasjon i tjenestetildeling	7
Modeller for tjenestetildeling: En kort oversikt	7
BAKGRUNN: LOVVERK OG STYRINGSdokUMENTER	12
Helse- og omsorgstjenesteloven	12
Forvaltningsloven	12
Pasient- og brukerrettighetsloven	13
Styringsdokumenter	13
Veiledningsmateriale	15
TEORETISKE PERSPEKTIVER: BAKKEBYRÅKRATER I DEN NORSKE VELFERDSSTATEN	15
Skjønn som vurderingsform	17

KAPITTEL 2: NASJONAL KARTLEGGING AV KOMMUNENES ORGANISERING AV TILDELING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	18
OM KARTLEGGINGEN OG DATAINNSAMLINGEN	18
OM PRESENTASJON AV RESULTATENE	19
Klassifisering av tildelingsmodeller	19
Klassifisering av kommuner etter størrelse	19
Klassifisering av brukergrupper	19
RESULTATER	20
Oppsummering	20
Respondentene	21
Dagens modell for tjenestetildeling	21
Antall tildelingsenheter	22
Samarbeid med andre kommuner	22
Eventuell ny modell for tjenestetildeling	23
Årsverk brukt til søknadsbehandling	23
Plassering i den kommunale organisasjonen	24
Modell for å finansiere vedtakstjenestene	25
Bruk av IPLOS-/KPR-kartlegging	25
Andre kilder brukt som grunnlag for vedtak	26
Kontakt med bruker	28
Samarbeid med andre instanser ved tildeling av tjenester	29
Vurdering av behov for habilitering og rehabilitering	29
Medarbeiderkompetanse	30
Resultater fra Oslo	32
DETALJER OM METODE OG DATAINNSAMLING	33
Utforming av spørreskjemaet	33
Innsamling av svar	35
Svarprosent	35
KAPITTEL 3: CASESTUDIE AV FEM STRATEGISK UTVALGTE KOMMUNALE TILDELINGSENHETER FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	37
UTVALG AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTE TILDELINGSENHETER	38

UTVALG AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTE TILDELINGSENHETER	39
Deltakere og gjennomføring av intervjuer	39
Kommunale styrende dokumenter som del av datagrunnlag	40
ANALYSESTRATEGI	41
ETISKE ASPEKTER	42
PRESENTASJON AV FEM KOMMUNALE TILDELINGSENHETER SOM CASE	43
CASE TILLITSMODELL – GRANVIK KOMMUNE	43
Generell informasjon om kommunen	43
Omorganisering av tjenestetildeling – fra bestiller-utfører modell til tverrfaglig vedtaksmodell	43
Samordning, tillit og beslutningsmyndighet etter omorganisering til tillitsmodell	45
Økt etterspørsel etter tjenester – økt behov for tverrfaglighet	46
Ressursutnyttelse, tilgjengelighet og rettferdig fordeling – hva er nødvendige tjenester?	47
Involvering av tjenestemottakere og pårørende i tildelingsprosessen	49
Oppsummering	49
CASE BESTILLER-UTFØRER MODELL – SOLSTAD KOMMUNE	50
Generell informasjon om kommunen	50
Om tjenestetildelingens tilblivelse, organisering og myndighet	51
Arbeidsdagen med tildeling av tjenester/vedtak	52
Etterspørsel etter tjenester og budsjett/prioriteringer	54
Måloppnåelse	55
Oppsummering	58
CASE BESTILLER-UTFØRER MODELL – SJØGLØTT KOMMUNE	59
Generell informasjon om kommunen	59
Organisering og funksjoner – «alt dette henger litt i hop»	60
Myndighet og beslutninger – «til det beste for både brukerne og kommunen»	60
Arbeidsdagen med tildeling av tjenester/vedtak – «kartlegging og saksbehandling»	61
Etterspørsel – «helt annet hjelpebehov nå enn for femårs tid siden»	62
Kommuneøkonomi – «trodde at vi jobbet i lag om samme mål»	63
Prioritering og dilemma – «trygghet ... mange ganger vanskelig å dekke»	63
Måloppnåelse: Hva er god kvalitet?	64

Oppsummering	67
CASE TILDELINGSRÅD – VINDNES KOMMUNE	68
Generell informasjon om kommunen	68
Organisering av tjenestetildeling og tildelingsprosessen	69
Etterspørsel etter tjenester og prioriteringer	70
Samarbeid og tillit knyttet til tjenestetildeling	71
Ulike perspektiver på kvalitet	72
Ny modell for tjenestetildeling	73
Oppsummering	75
CASE SEPARAT TILDELINGSENHET – BLÅDAL KOMMUNE	75
Generell informasjon om kommunen	75
Om tjenestetildelingens tilblivelse, organisering og myndighet	76
Arbeidsdagen med saksbehandling, tildeling av tjenester/vedtak	77
Etterspørsel etter tjenester og budsjett/prioriteringer	80
Måloppnåelse	81
Oppsummering	83
DISKUSJON OG OPPSUMMERING	83
RETTFERDIG FORDELTE TJENESTER – NÆRHET ELLER DISTANSE TIL TJENESTEMOTTAKER?	84
MYNDIGHET, AUTONOMI OG KONTROLL	85
VELFERDSREGIMETS GRENSER – ULIK ORGANISERING, FELLES UTFORDRINGER	86
Økt etterspørsel og innstramminger ved tjenestetildelingen – hvor går grensen for trygge tjenester?	86
Ressursutnyttelse – hvordan prioritere ved tjenestetildeling?	88
Involvering av tjenestemottaker og makt ved tjenestetildeling	88
KAPITTEL 4: KUNNSKAPSOPPSUMMERING	90
INTRODUKSJON	90
METODE	92
Søkestrategi og utvalg	92
Behandling av funn	94
RESULTAT	94

Erfaringer med kvalitet fra kommuner med separat tildelingsenhet	96
Erfaringer med kvalitet fra kommuner med tillitsmodellen	101
Erfaringer fra tildeling av tjenester til personer med ROP-lidelser	103
OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER	105
Del 1: Erfaringer fra kommuner med en separat tildelingsenhet	105
Del 2: Erfaringer fra kommuner med tillitsmodell	107
Del 3: Erfaringer fra tildeling av tjenester til personer med ROP-lidelser	108
KAPITTEL 5: RESULTATER OG SAMMENFATTENDE DISKUSJON	110
HOVEDFUNN FRA DE TRE DELSTUDIENE	110
Den nasjonale spørreundersøkelsen	110
Den komparative casestudien	111
Kunnskapsoppsummeringen, scoping review	112
ANALYSESTRATEGI	113
1. Organisatoriske modeller for tjenestetildeling	113
2. Spenninger, samarbeid og kvalitet i ulike organisatoriske modeller for tjenestetildeling	116
3. Utfordringer på tvers av alle organisatoriske modeller for tjenestetildeling	118
REFERANSER	122
VEDLEGG	132
Oversikt over spørreskjemaet	132
Intervjuguide for ledere	144
Intervjuguide for ansatte	146
Flytskjema	148
Tabell datauttrekk	149
Forfatterne og deres bidrag i denne rapporten	163



KAPITTEL 1: Å FORSKE PÅ DEN KOMMUNALE TILDELINGSFUNKSJONEN

INNLEDNING

For å skape åpne, gode og rettferdige tildelingsprosesser som bidrar til måloppnåelse, ønsker Helsedirektoratet økt innsikt i bruken av og erfaringen med ulike modeller for tjenestetildeling. Det er stor variasjon blant norske kommuner når det gjelder størrelse og befolkningssammensetning, og det er også variasjon i hvordan tjenestetildeling er organisert (Førland et al., 2020). Tildeling av tjenester til brukere i alle aldre og med ulike hjelpebehov er en viktig kommunal funksjon, som utføres av saksbehandlere som er underlagt lovgivning, retningslinjer og politiske føringer. Ansatte ved kommunale tildelingskontorer har gjennom sitt arbeid dermed også ansvar for å forvalte fellesskapets goder. Gjennom vedtak om og tildeling av tjenester gjør saksbehandlerne faglige vurderinger av hjelpebehov, ofte i samarbeid med andre aktører i tjenestene. I oppdragsbeskrivelsen fra Helsedirektoratet heter det: *«Både organisering og kultur i tjenestene og ved tildelingskontor, så vel som egenskaper ved tjenestetilbudene i de ulike kommunene kan virke inn på hvordan tildeling av tjenester forvaltes. Dette kan føre til variasjon i tildeling, som i et normativt perspektiv både kan være ønsket og uønsket. Variasjon kan gå både på ulik prioritering av behov og brukergrupper, samt på kommunene inntekter, kapasitet og befolkningsmasse som avgjør etterspørsel etter tjenester»* (s. 3).

Noen hovedspørsmål som Helsedirektoratet særlig ønsker å få belyst, er tjenestetildelingens måloppnåelse knyttet til seks kvalitetsdimensjoner som skal ligge til grunn for arbeidet med å forbedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 12). For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:

- Er virkningsfulle: Beslutninger og behandlinger skal være basert på oppdatert kunnskap, forskning og anerkjent praksis.
- Er 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 pasienten og brukerens behov, ønsker og verdier. Pasientene skal involveres i beslutninger om sin egen behandling og omsorg.
- 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).

I tillegg har vi lagt til en syvende komponent: «kompetente og myndiggjorte medarbeidere», da dette løftes frem i spesifikasjonen av ytelsen i oppdragsavtalen. Vi forstår «kompetente og myndiggjorte medarbeidere» som personer som har fått, og grepet, retten til å beslutte innenfor områder hvor de har kompetanse.

Helsedirektoratet ønsker videre at leveransen skal bygge på eksisterende kunnskap og forskning om tildelingskontorenes vedtakspraksiser samt produksjon av ny forskningsbasert kunnskap.

Vårt løsningsforslag og forskningsdesign kombinerer tre ulike metodiske tilnærminger for å bygge på eksisterende kunnskap samt frembringe ny empirisk og forskningsbasert kunnskap om tildelingsmodeller:

- Spørreskjemaundersøkelse
- En komparativ casestudie av fem kommunale tildelingspraksiser
- Kunnskapsoppsummering (scoping review)

Vår overordnede problemstilling er:

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

For de tre delstudiene har vi jobbet etter følgende spesifikke forskningsspørsmål:

1. Hvilke modeller for tjenestetildeling kan identifiseres i norske kommuner, og hvordan er tildelingsarbeidet organisert med hensyn til ressursbruk, samarbeid, saksbehandling og medarbeiderkompetanse? (Svart ut gjennom spørreskjemaundersøkelsen)
2. 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? (Svart ut gjennom casestudien)

3. Hvilke erfaringer har ansatte i helse- og omsorgstjenestene med ulike modeller for tjenestetildeling knyttet opp mot kvalitetsdimensjonene? (Svart ut gjennom kunnskapsoppsummering)

Ved å benytte tre metodiske innganger til vår overordnede problemstilling samler vi inn informasjon på ulike måter for å oppnå komplementære perspektiver om fenomenet tjenestetildeling i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kombinasjonen av ulike vitenskapelige metoder og analysestrategier (mixed methods) kan øke påliteligheten til resultatene i forskning (Bukve, 2016; Creswell & Creswell, 2017; Van Griensven et al., 2014). Hver metode bidrar med ulike typer data og innsikt, og sammenstilling av materiale fra hver av disse gir en bred og nyansert forståelse av det komplekse arbeidet med tjenestetildeling, samt at de bidrar til å styrke konstruksjonsvaliditeten i forskningsdesignet (Bukve, 2016, s. 152). Vi studerer altså samme forskningsobjekt ved å bruke ulike metoder, noe som kalles metodetriangulering (Bukve, 2016, s. 152), og vi benytter også ulike strategier i analyser av de ulike datasettene.

Spørreskjemaundersøkelsen er en strukturert utspørring av respondenter som sikter mot å kunne bidra til beskrivelser av utbredelse av et fenomen, samt generalisering basert på et representativt utvalg i populasjonen. Vår survey til kommunene gir representative data om mønstre, trender og sammenhenger i kommunenes organisering av tjenestetildeling. Med «organisering» mener vi modeller for saksbehandling og vedtak, ressursbruk, forankring i kommunen, samarbeid og medarbeiderkompetanse.

En *casestudie* viser til en empirisk studie som undersøker et samfunnsfenomen slik det fremkommer ute i virkeligheten, og slik det er innvevd i den konteksten det opptrer i (Bukve, 2016, s. 121). Grensene mellom fenomenet og konteksten er ikke sylskarpe, slik som for eksempel i et eksperiment, og forståelsen av fenomenet som kontekstuellt situert er derfor sentralt (Bukve, 2016, s. 122). Det som identifiseres som caset i en casestudie, avgjøres av studiens formål og forskningsspørsmål. Vårt formål er både å finne variasjon og likheter i tildelingspraksiser og organisering i lys av kontekstuelle forhold. Det er stor kommunal variasjon i Norge med hensyn til en rekke faktorer; derfor er det relevant å velge tildelingsenheter i fem ulike kommuner som gjenspeiler noe av denne variasjonen. Vi designet derfor en komparativ casestudie som inkluderer fem tildelingskontorer/enheter i fem ulike kommuner. Disse utgjør casene i vår komparative casestudie (Bukve, 2016, s. 154, 155, 157). Det blir utført caseorienterte analyser innenfor hver av de fem casene, og hovedstrategien for sammenligning mellom casene er å sammenligne typer (modeller) for å beskrive variasjon gjennom å karakterisere ulike varianter av det «samme» fenomenet (Bukve, 2016, s. 157–158).

I *kunnskapsoppsummeringen* ble metoden scoping review benyttet. Kunnskapsoppsummeringen er avgrenset til norsk kontekst og sammenfatter og systematiserer skriftliggjort og publisert kunnskap fra vitenskapelige artikler og grå litteratur (fagrapporter, materiale og forskning som er produsert utenfor de tradisjonelle kanaler for akademisk eller kommersiell publisering). Scoping review er beskrivende i sin natur og har som mål å kartlegge forskningsgrunnlaget på et bestemt tema (Pollock et al., 2023).

Ved å undersøke et spesifikt fenomen fra tre ulike innfallsvinkler kan vi bedre sammenligne og drøfte funnene på tvers av de metodiske inngangene.

DISPOSISJON

Rapporten er delt inn i fem deler. I kapittel 1 presenterer vi en oversikt over utviklingen av praksiser og modeller for tjenestetildeling i kommunale helse- og omsorgstjenester samt en kort bakgrunn om sentrale lover og styringsdokumenter. Deretter presenterer vi noen teoretiske perspektiver som vi benytter som verktøy for å forstå variasjon og sammenhenger, tolke data og analysere omdreiningspunktet – tildeling av tjenester – i denne studien. I kapittel 2 presenterer vi resultater fra spørreskjemaundersøkelsen. Denne er utformet som et survey som ble sendt ut elektronisk til alle landets kommuner. I kapittel 3 følger resultater fra den komparative casestudien av tildelingskontor i fem kommuner. Likheter og særegenheter ved kommunenes organisering av tjenestetildeling analyseres og diskuteres i rammen av kvalitetsdimensjonene. I kapittel 4 følger en kunnskapsoppsummering (scoping review) av artikler, bokkapitler og rapporter om tjenestetildeling i norsk kontekst. I det siste kapittelet, kapittel 5, følger en sammenfattende resultatdel og diskusjon av alle de tre delstudiene i lys av vår overordnede problemstilling. I diskusjonen trekker vi inn tematisk relevant forskning og teoretiske perspektiver introdusert i kapittel 1.

Vedlegg er plassert bakerst i rapporten og inkluderer skjema som ble utsendt i forbindelse med spørreskjemaundersøkelsen, intervjuguider som ble benyttet i casestudien, samt søkestrategi og tabeller med datauttrekk fra den systematiske litteraturgjennomgangen.

ORGANISERING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER: TJENESTEKJEDEN OG SAMMENHENGER

Utformingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge er et resultat av en politisk prosess som involverer flere nivåer av styring, inkludert nasjonalt, regionalt og lokalt. Arbeidslivet i Norge er kjønnssegregert og om lag 70 % av ansatte i offentlig sektor er kvinner (Wagner & Teigen, 2022). De kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge avspeiler dette bildet, og tjenestene er kvinnedominerte arbeidsplasser som historisk har, og fremdeles er, preget av en fleksibel arbeidsnorm der deltidsarbeid dominerer (Fagertun, 2021; STAMI, 2024). Tjenestene preges også av et høyt sykefravær og i tillegg et raskt økende rekrutterings og beholdnings problemer i forhold til ansatte, et problem som ventes å bli større fremover (NOU 2023: 4). Samlet utgjør disse karakteristika av kommunale helse- og omsorgstjenester innsikt i et kjønnnet institusjonelt landskap som utgjør et viktig bakteppe for vår forståelse av den spesifikke funksjonen «tildeling». Det har vært ulike organisatoriske måter å tildele tjenester på fra formaliseringen av tjenestene i begynnelsen på 1970-tallet og frem til i dag. I tidsperioden har det skjedd markante endringer i behovet for tjenester, rettigheter til tjenester (lovverk) og organisering av tjenester. I løpet av 1980- og 1990-tallet ble ansvaret for helse- og omsorgstjenester i større grad overført fra staten og fylkeskommunene til de enkelte kommunene (Haukelien, 2013, 2021). Det har vært et kontinuerlig søkelys på at kommunene må forbedre kvaliteten på tjenestene samt øke kompetanse hos ansatte både gjennom nasjonale reformer og lokale initiativer (Kjøs et al., 2010; Kjøs & Havig, 2015; Meld. St. 29 (2012–2013); Meld. St. 15 (2017–2018); Meld. St. 24 (2022–2023)). Lovgivning, som for eksempel helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999), setter rammer for hele tjenestekjeden som kan modelleres i knutepunktene styring, tilbud, distribusjon og levering (Glynos et al., 2015). De kommunale helse- og omsorgstjenestene

har mange ulike tjenestetilbud, og porteføljen fremstilles ofte gjennom en omsorgstrapp eller innsatstrapp.

Figur 1. Innsatstrapp, Agenda Kaupang



De minst ressurskrevende tjenestene, slik som helsefremmende og forebyggende tjenester, dagtilbud og støttekontakt, plasseres nederst i trappen. Deretter kommer praktisk bistand i hjemmet og hjemmebaserte tjenester, hjemmesykepleie, avlastningstjenester, etterfulgt av omsorgsboliger (med bemanning på dagtid/ettermiddag). Heldøgns bemannede omsorgsboliger og sykehjem er ofte plassert på øverste trinn. Kommunene har også ulike tilbud innen rehabilitering og habilitering, samt tilbud om samtaler, aktiviteter og tiltak for særskilte grupper som for eksempel rus og psykiatriomsorg.

Glynos et al. (2015) sin modell av tjenestekjeden innen offentlig tjenesteyting identifiserer fire «noder» eller knutepunkter; styring (governance), tilrettelegging og organisering (provision), distribusjon (distribution), og levering (delivery). Hver av nodene representerer ulike nivåer eller stadier i tjenesteproduksjonen og fremhever spesifikke aspekter av tjenesteytingen. Ved hver av nodene vil noen nodespesifikke problematikker fremkomme. *Governance (Styring)* viser til det overordnede rammeverket og politikken som styrer tjenestene. Ved denne noden handler problematikken om hvordan strategiske beslutninger tas, og hvilke aktører som har myndighet og ansvar (for eksempel regjeringer, kommuner, eller private aktører). Nodespesifikke problematikker ved styrings-noden inkluderer beslutninger om hvordan ressurser skal fordeles, og hvilke prinsipper og verdier (som likhet, rettferdighet eller effektivitet) som skal ligge til grunn.

Provision (tilrettelegging/organisering) omhandler hvordan tjenester blir organisert og satt opp for å oppfylle styringsrammene (governance). Dette inkluderer beslutninger om hvilke organisasjoner som skal tilby tjenestene som for eksempel offentlig sektor, private selskaper, ideelle organisasjoner eller partnerskap. Det er ved denne noden problematikker rundt hvordan tjenestene skal produseres og struktureres trer i forgrunnen.

Distribution (Distribusjon) handler om hvordan ressurser og tilgang til tjenester distribueres til ulike grupper eller enkeltindivider i samfunnet. Ved denne noden trer spørsmål om rettferdighet

og effektivitet i fordelingen av tjenester i forgrunnen, samt spørsmål om hvem som får tilgang og på hvilke betingelser. Eksempler inkluderer prioriteringssystemer i helsevesenet eller kriterier for støtteordninger.

Delivery (Levering) er den siste noden, som dreier seg om det faktiske arbeidet med leveringen av tjenester til brukerne. Dette skjer ofte på mikronivå og i relasjoner, der ansatte møter og yter tjenester til enkeltpersoner hvor sosiale normer former samhandlingen (for eksempel saksbehandlere eller en sosialarbeider som hjelper en klient). Kvaliteten på tjenesteleveringen avhenger ofte av både styringen (governance) og organiseringen (provision) i de andre nodene. Tildelingsenheten i kommunale helse- og omsorgstjenester vil være involvert i arbeidspraksiser og problematikk ved alle disse fire nodene. I denne rapporten brukes dette node-rammeverket til å analysere dynamikker mellom politiske mål og praktisk implementering, og hvordan disse påvirker opplevelsen av kvalitet og måloppnåelse i bakkebyråkratiets arbeid (Glynos et al., 2015; Lipsky, 2010; Zacka, 2017).

Tabell 1. Tjenestekjeden og «knutepunkter» Glynos et al., 2015

Knutepunkter "Node"	Hvem	Dokumenter	PÅVIRKNING TILDELING
Governance (styring på ulike nivåer)	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/ tjenestemottakere	Brukerrettigheter som er lovfestet, brukerinvolvering som krav.	Definere behov og matche med tjeneste. Stor variasjon i søkere mht. alder, diagnoser, etc. Dialog med pårørende.

KORT OM KOMMUNAL VARIASJON I TJENESTETILDELING

I norske kommuner benyttes flere begreper om beslutningsorganer som vurderer søknader og tildeler kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen av de mest brukte begrepene er tildelingskontor, vedtakskontor, tildelingsnemnd, tildelingsråd, bestillerkontor, men tjenstekontor, saksbehandlingsenhet og forvaltningskontor. Noen ganger benyttes like benevnelser kan vise til ulike funksjoner/oppgaver i forskjellige kommuner. I andre tilfeller kan det være motsatt, ved at kommunene benytter forskjellige betegnelser, men ved nærmere øyesyn har disse helt like roller eller funksjoner. Vi finner også flere variasjoner i hvordan kommuner organiserer tjenestetildeling. Noen kommuner kan ha organisert tildeling helt eller delvis etter brukergrupper (f.eks. somatikk), mens andre har organisert etter tjenestesøkers fødselsdato, og andre etter ulike geografiske områder innad i kommunen. Noen kan ha skilt ut enkelte brukergrupper i egne enheter, særlig der det er behov for tildeling av bolig i tillegg til tjenester eller der det er mange ulike faglige instanser involvert i oppfølging av brukere. Eksempler på betegnelser av slike avdelinger er «boveiledertjeneste», «tilrettelagte tjenester» eller «bolig og miljøtjenesten».

Det å drøfte en slik variasjon i kommunal begrepsbruk og organisering av tildeling innledningsvis var nødvendige forberedelser til å utvikle spørsmål til spørreskjemaundersøkelsen og intervjuguider til den komparative casestudien. Vi drøftet også den store variasjonen som finnes i landets kommuner med hensyn til utstrekning, befolkningsstørrelse, geografiske forhold og økonomi for å nevne noen (Rød & Jakobsen, 2024). Slike forhold påvirker både ressursgrunnlaget og muligheten til å levere offentlige tjenester. Små og spredtbygde kommuner har ofte større utfordringer med å opprettholde et bredt tjenestetilbud sammenlignet med de større og mer sentrale kommuner (Rostad et al., 2020).

MODELLER FOR TJENESTETILDELING: EN KORT OVERSIKT

Tildeling av tjenester i norske kommuner foregår i dag innenfor flere ulike organisatoriske modeller som er beskrevet nedenfor. I en casetilnærming, for eksempel for å studere variasjon eller likheter mellom case, er det vanlig å bruke typologier (Bukve, 2016, s. 158). «Typen er eit stilisert bilde som vi kan bruke som eit utgangspunkt for å vurdere konkrete tilfelle av fenomenet» (Bukve, 2016, s. 158). Rene typer (idealtyper) er nyttige for å beskrive mønster i et komplekst materiale selv om det selvsagt forekommer være blandingsformer og varianter. En organisatorisk modell består av strukturer, prosesser og systemer som definerer hvordan en organisasjon er bygget opp og hvordan dens aktiviteter styres og utføres. Modellen beskriver hvordan ansvarsområder, kommunikasjon og beslutningstaking er fordelt i organisasjonen, og hvordan ulike deler av organisasjonen samhandler for å oppnå sine mål. Modeller er idealtyper, eller prototyper, som representerer en forenklet versjon av noe som forekommer og kan observeres i virkeligheten, og er laget for å tydeliggjøre bestemte felles egenskaper som tilhørende en kategori som beskrives som en modell, uten nødvendigvis å gjenspeile virkelighetens kompleksitet. Modeller er, både i organisasjonen og i forskning, med andre ord en abstrakt konstruksjon som fremhever bestemte trekk ved et fenomen for å lette forståelse og/eller analyse. I forskning om velferdsstater og ulike velferdsregimer er for eksempel «den nordiske modellen» en velbrukt type eller typologi som peker mot noen felles trekk som kategoriseres som en sosial-demokratisk modell (Byrkjeflot et al., 2022; Esping-Andersen, 1990).

En idealtipe, og en serie med typologier, er derfor et analytisk verktøy som i denne rapporten brukes for å beskrive tildelingsorganisering i en forenklet form. Modellen er ikke en nøyaktig

gjengivelse av virkeligheten, men en abstrakt konstruksjon som fremhever bestemte trekk ved fenomenet tjenestetildeling for å lette forståelsen eller analysen. Tilknyttet typologisering av ulike modeller bruker vi begrepet logikk for å beskrive det vi identifiserer som ulike organisatoriske modus, eller rasjonaliteter, tilhørende de ulike modellene. Logikkbegrepet er også en teoretisk abstraksjon som benyttes for å beskrive det vi ser på som den drivende aksens eller modusen innen de ulike modellene.

INTEGRERT TILDELING

Denne organisatoriske modellen kan sies å være 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. Dette er en modell som fortsatt benyttes i noen kommuner, i all hovedsak små kommuner, se kapittel 2 (Nasjonal kartlegging av kommunenes organisering av tildeling av helse- og omsorgstjenester) i denne rapporten. Det er lite byråkratiske prosesser når tildeling og levering foregår i samme enhet. Det er gode muligheter for å bruke skjønn, og lite detaljstyring. En utfordring i småkommuner er at de som behandler søknader kan måtte tildele og senere også gi tjenester til egen familie, venner, naboer og kollegaer (multiplexe relasjoner). Det kan også føre til ulik saksbehandling internt i kommunen og mellom kommuner, samt ulike terskler for å få innvilget tjenester internt i kommunen og mellom kommuner. Se for øvrig Vabø (2012) for en beskrivelse av tradisjonell hjemmetjenesteorganisering og overgangen til en såkalt bestiller-utfører modell.

TILDELINGSNEMND

Da de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble formalisert på begynnelsen av 1970-tallet var det ofte de samme ansatte som tok imot forespørsler om hjelp, fordelte ressurser og gjennomførte oppgavene. Vurdering av behov og tildeling av helse- og omsorgstjenester ble dermed utført av tjenesteyterne selv (Gjerde et al., 2016). Arbeidet foregikk i det som ble benevnt som «tildelingsnemnder» eller «tildelingsråd» og bestod av noen få faste ansatte som gjerne inkluderte leder for pleie- og omsorgstjeneste, merkantilt ansatte og en ansatt i den utførende delen av tjenesten (ofte en ansatt innen tjenestene). Denne organisatoriske modellen der hjemmetjenestene i sin tidligste fase utgjorde en autonom enhet som både vurderte behov og fordelte ressurser, ble kritisert for å føre til store ulikheter i tildelingen (Øydgaard, 2018). Det var i liten grad utviklet skriftlige retningslinjer, noe som også kunne føre til at ressurser ble fordelt urettferdig. Det er også hevdet at det var lett tilgang til å få tjenester, og at tjenestene var altfor generøse. På begynnelsen av 1990-tallet la selvregulerte omsorgsteam vekt på «kreativ rettferdighet», som ga kommunale helsearbeidere muligheten til å møte de varierte behovene til brukerne. Imidlertid førte knapphet på ressurser ofte til at prioriteringen av enkelte behov eller grupper av brukere kunne gå på bekostning av andre brukere. Beslutninger omkring lavt prioriterte behov hos brukere ble påvirket av ressursmangel, noe som skapte inntrykk av vilkårlighet og urettferdighet (Vabø, 2011).

En organisatorisk modell med nemnd er med andre ord karakterisert ved en nokså flat struktur der et fåtalls personer sammen fatter beslutninger om vedtak/tildeling.

BESTILLER-UTFØRER MODELL (SEPARAT TILDELINGSENHET)

Litt senere ut på 1990-tallet vokste det frem en ny modell, den såkalte bestiller-utfører modellen (BUM), som var markedsorientert og formet av tankegodt fra New Public Management (NPM) (Angelsen et al., 2024; Nesheim & Vathne, 2000; Vabø et al., 2015). NPM er en samling

prinsipper om styring av offentlig sektor basert på modeller fra det private næringsliv. Sentrale metoder for å øke effektivitet og lønnsomhet er konkurranseutsetting, brukerorientering og resultatstyring basert på detaljert rapportering. Med bestiller-utfører ble det opprettet et skille mellom saksbehandlere som vurderte søknader og omsatte disse til en tjeneste (bestiller) og utførere som skulle yte hjelpen. Modellen baserer seg på utvikling av standardiserte prosedyrer og effektivisering av tildelingen (Siverbo, 2004; Vabø, 2011; Wollscheid et al., 2013). Den grunnleggende antakelsen var at etableringen av markedsmekanismer, konkurranse og kontrakts basert styring, ville stimulere til økt brukerorientering, bedre kvalitet og høyere produktivitet (Gjerde et al., 2016; Vabø, 2007). At beslutningsarbeidet ble lagt til egen enhet skulle også lette byrden for omsorgsarbeiderne samt sikre likebehandling og mer rettferdighet (Ljunggren et al., 2014; Vabø, 2011). I BUM-modellen benyttes ofte standardiserte kriterier for vedtak hvor LEON prinsippet om «laveste effektive omsorgsnivå» utgjør ett viktig kriterium for tildeling (Vabø, 2011; Øydgard, 2018b). Dette innebærer at tjenester som krever færre ressurser tildeles først, før mer ressurskrevende tjenester, og prinsippet knyttes ofte til bildet av «omsorgstrappen» (Heggstad & Førde, 2020). Prinsippet om «laveste effektive omsorgsnivå» er nært knyttet til en politikk som fremmer at tjenestemottakere skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, med det formål å redusere behovet for institusjonsbasert omsorg (Lunde & Otterlei, 2020). Som en følge av dette har antallet sykehjemsplasser i norske kommuner blitt redusert (Björnsdóttir et al., 2015; Statistisk sentralbyrå, 2023) samtidig som hjemmetjenester prioriteres fordi de krever færre ressurser og dekker mindre alvorlige behov (Heggstad & Førde, 2020, Syse et al., 2015).

Ved å opprette et skille mellom bestiller og utfører var det tenkt at dette ville bidra til mer objektiv saksbehandling og redusere uønsket variasjon i tjenestetildelingen på tvers av kommuner, i tillegg til å øke effektiviteten i behovsvurdering og tildeling av kommunale helsetjenester (Vabø, 2011). Ideene som ligger til grunn for NPM oppsto i systemer preget av mer markante hierarkier enn det som er typisk for den norske velferdsstaten. Likevel har ideene hatt stor påvirkning på strukturen, styringen og fordelingen av kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge (Vike et al., 2016). Dette innebærer blant annet et sterkere fokus på profesjonell ledelse med betydelig handlingsrom, tydelig og aktiv kontroll over organisasjonen, klare mål for resultater, økt vektlegging av resultatstyring, samt bruk av kontrakter (Christensen & Lægred, 2001; Vold et al., 2009; KS, 2004; Deloitte, 2012).

At kommuner i tiden etter 2011 og fremover opprettet egne tildelingskontor, kan også ha sammenheng med at helse- og omsorgstjenesteloven (2011) stiller krav om at kommunene skal ha en koordinerende enhet (Gjerde et al., 2016). I tillegg fikk kommunene en mer sentral rolle og større ansvar for helse- og omsorgstjenester gjennom Samhandlingsreformen som særlig vektla tjenestekoordinering, kan forklare at det vokser frem et større behov for ny organisering (Gjerde et al., 2016). Reformen innebar at flere helse- og omsorgsoppgaver, som tidligere lå hos spesialisthelsetjenesten (sykehusene), ble overført til kommunene. Dette inkluderte ansvar for oppfølging av pasienter etter utskrivning fra sykehus, ansvar for det forebyggende helsearbeid og rehabilitering samt forebygging av innleggelse i sykehus. Dette skapte et behov for nye strukturer, systemer og rutiner for å håndtere oppgavene effektivt.

Utviklingen de senere år har vist at flere kommuner modifiserer skillet mellom bestiller (forvaltning) og utfører (Øydgard, 2018a; Øydgard, 2022). Det legges større vekt på helhetlige og koordinerte tjenester med større innslag av samarbeid mellom bestiller og utfører (Aspøy, 2016; Melby et al., 2018; Vabø, 2012).

Innen 2019 hadde 65 % av kommunene i Norge innført bestiller-utfører modellen (Burrell et al., 2023, under publisering). Målet med å innføre modellen var ikke bare å forbedre kostnadseffektiviteten, men også å standardisere og optimalisere prosedyrer for dokumentasjon og tildeling av tjenester (Vabø, 2007). Gjennom standardisering og formalitet legger modellen til rette for at tjenester tildeles basert på formelle avtaler hvor saksbehandlere i bestillerenheten vurderer hvilke helsetjenester som er hensiktsmessige. De samler informasjon, utsteder vedtaksbrev og bestiller tjenester som deretter utføres av en utfører enhet (Wollscheid et al., 2013).

Bestiller-utfører modellen har blitt kritisert for å være for rigid og utfordrende å implementere i praksis (Vabø, 2007; Wollscheid et al., 2013). Mange kommuner har derfor valgt å kombinere denne modellen med en mer tradisjonell organisasjonsform (der utførere også fattet beslutninger) og som ikke skiller like strengt mellom administrasjon og tjenesteleveranse (Holm et al., 2017). Dette har ført til at tildelingsmodeller synes inspirert av New Public Governance (NPG), som vektlegger samarbeid, relasjoner og deltakelse mellom offentlige, private og frivillige aktører, samt brukermedvirkning i utformingen av tjenester (Brock, 2020). Modellen vektlegger nettverksstyring og desentralisert beslutningstaking for å skape mer behovstilpassede og helhetlige løsninger.

I disse hybride modellene er det større fleksibilitet i samarbeidet mellom bestillere og utførere, hvor tjenesteleverandørene vurderer søkerens behov og foreslår vedtak som deretter godkjennes av bestillerenheten. Denne samarbeidsbaserte tilnærmingen tillater også mer tilpasning av omsorgstjenester til den enkelte brukers behov (Vabø, 2007; Wollscheid et al., 2013).

TILLITSMODELL

I en nyere type modell, tillitsmodellen, har 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). Slike team går under ulike betegnelser i ulike kommuner, for eksempel vurderingsteam eller mestringssteam. Noen kommuner knytter slike team til det de omtaler som tillitsreform, der de som utøver tjenestene eller andre faste tverrfaglige team gis myndighet til selv å treffe vedtak om tjenestetildeling. Denne tilnærmingen har som mål å forbedre brukertilfredshet, øke ansattes motivasjon og bygge en sterkere tillit til de kommunale tjenestene. Dette oppnås gjennom styrket samarbeid, større fleksibilitet og bedre tilpasning innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Eide et al., 2022; Eide et al., 2018).

Tabell 2. Noen kjennetegn over de ulike organisatoriske modellene som er benyttet innen tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

	Integrert tildeling	Tildelingsnemnd	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 merkan tile 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.

BAKGRUNN: LOVERK OG STYRINGSdokumenter

Kommuner i Norge forholder seg til en rekke lover og styringsdokumenter i arbeidet med tjenestetildeling. Her vil vi kort gjøre rede for helse- og omsorgstjenesteloven (2011), forvaltningsloven (1967) samt pasient- og brukerrettighetsloven (1999) i tillegg til noen sentrale styringsdokumenter.

HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN

I Norge står kommunenes ansvar for å tildele helse- og omsorgstjenester beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Loven regulerer hvilke plikter og ansvar kommunene har når det gjelder å tilby helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Dette inkluderer blant annet tjenester som helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt), avlastning, rehabilitering, fastlegeordning, opphold i sykehjem og tjenester for personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Loven pålegger kommunene å samarbeide med andre kommuner, helseforetak og andre aktører for å sikre helhetlige tjenester og et sammenhengende behandlingsforløp for pasientene. Kommunene er videre pålagt å jobbe med forebyggende helsearbeid, inkludert tiltak for å redusere sykdom og fremme helse. Tidlig innsats er en viktig del av dette, og kommunen skal kunne identifisere behov tidlig for å gi nødvendig hjelp før problemer eskalerer. Loven krever at pasienter og brukere skal ha mulighet til å medvirke i utformingen av tjenestetilbudet sitt. For de innbyggerne som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal kommunen tilby en individuell plan som beskriver mål og tiltak for tjenesten, utarbeidet i samarbeid med pasienten. Kommunale tjenester skal være faglig forsvarlige og ha god kvalitet. Det innebærer at de må oppfylle krav om sikkerhet, brukertilfredshet og rettferdighet, og at de ansatte må ha nødvendig kompetanse og kvalifikasjoner. Fylkesmannen har ansvar for å føre tilsyn med at kommunen oppfyller sine plikter etter loven. Dette inkluderer blant annet tilsyn med tjenestenes kvalitet, tilgjengelighet og forsvarlighet.

Andre relevante lovverk og styringsdokumenter for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester innbefatter lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (Forvaltningsloven, 1967) og lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

FORVALTNINGSLOVEN

Forvaltningsloven (1967) regulerer rettighetene og pliktene til både offentlige myndigheter og innbyggere i forbindelse med behandling av saker i forvaltningen. Den er sentral for å sikre at offentlige saker blir håndtert på en måte som er rettferdig, transparent, og i tråd med rettssikkerheten. Hovedinnholdet i forvaltningsloven omfatter blant annet saksbehandlingsregler med retningslinjer for hvordan saker skal behandles i offentlig forvaltning. Dette inkluderer regler om saksgang, dokumentasjon, og tidsfrister for behandling. Loven beskriver også veiledningsplikt, og at offentlige organer har plikt til å veilede innbyggerne i saker der de trenger hjelp. Dette betyr at forvaltningen skal gi nødvendig informasjon og hjelp til å fremme eller forstå saken. Forvaltningsloven regulerer også habilitet og taushetsplikt, samt regler for retten å klage på vedtak. Dersom en person er misfornøyd med en avgjørelse, har de rett til å klage, og klagen skal behandles av en annen instans enn den som traff det opprinnelige vedtaket. Loven beskriver at alle vedtak skal begrunnes, særlig dersom de har negativ betydning for den enkelte.

part. Begrunnelsen må vise til faktiske forhold og juridisk grunnlag, slik at den berørte kan forstå bakgrunnen for avgjørelsen. Loven krever at den som blir berørt av et vedtak, skal få informasjon om avgjørelsen og eventuelt klagemuligheter.

PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer rettighetene til pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenestene, og skal sikre at de får nødvendig og forsvarlig helsehjelp på en rettferdig og respektfull måte. Formålet med loven er å ivareta pasientenes og brukernes rettigheter, styrke deres rettssikkerhet, og legge til rette for at de har innflytelse over sin egen behandling. Noen av de mest sentrale områdene i loven er retten til nødvendig helsehjelp. Loven gir pasienter og brukere rett til å få nødvendig helsehjelp innenfor fastsatte tidsfrister. Dersom det offentlige helsevesenet ikke kan tilby nødvendig hjelp innen rimelig tid, kan pasienten ha rett til behandling hos private aktører, finansiert av det offentlige. Pasienter har også rett til å få nødvendig informasjon om egen helsetilstand, behandlingsmuligheter, og risikoen knyttet til ulike behandlinger. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens forutsetninger og bidra til at pasienten kan ta informerte valg. Loven sikrer pasienters rett til å medvirke i beslutninger som gjelder deres egen helse. Samtykke skal innhentes før helsehjelp gis, og pasienten skal få tilstrekkelig informasjon til å kunne gi informert samtykke. For pasienter som ikke kan gi samtykke selv (for eksempel på grunn av alder eller sykdom), reguleres dette av egne regler om hvem som kan ta beslutninger på vegne av pasienten. Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til en individuell plan, som skal bidra til å tilrettelegge og koordinere tjenestene på tvers av ulike sektorer, som helse, sosial og omsorg.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rett til å klage på helse- og omsorgstjenester de mottar, eller på manglende tilbud om slike tjenester. Klager kan sendes til Statsforvalteren eller andre relevante instanser. Barn har særskilte rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Barns rett til medvirkning og informasjon skal tilpasses deres alder og modenhet, og foreldre eller andre foresatte har også rett til informasjon og medvirkning på vegne av barn. Loven spesifiserer også at pasienter har rett til å bli vurdert av spesialisthelsetjenesten innen en viss tid når henvisning er sendt, og dersom vurderingen tilsier det, har pasienten krav på videre behandling innen fastsatte frister.

STYRINGSdokumenter

Kommunene mottar en rekke styringsdokumenter, politiske føringer og utredninger i sitt arbeid med tildeling av helse- og omsorgstjenester. I denne rapporten nevner vi noen få for å illustrere noen av styringssignalene som ledere og saksbehandlere forholder seg til i arbeidet med tjenestetildeling.

Meld. St. 9 (2023–2024), *Nasjonal helse- og samhandlingsplan for 2024–2027*, har som mål å møte utfordringene i norsk helsevesen ved å sikre bærekraftige og likeverdige helsetjenester for hele befolkningen. Regjeringen legger opp til flere sentrale tiltak, blant annet for å redusere ventetider, styrke samarbeid mellom kommuner og sykehus, forbedre rekrutteringsvilkårene for helsepersonell, og effektivisere tjenester gjennom digitalisering. Planen anerkjenner at utfordringene med lang ventetid og knapphet på fagfolk krever tiltak for å gjøre sektoren mer attraktiv som arbeidsplass. Videre vektlegger planen behovet for teknologisk utvikling, der kunstig intelligens og digitale løsninger skal bidra til bedre pasientbehandling og effektiv samhandling.

Meld. St. 38 (2020–2021), *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Prioriteringsmeldingen kom i 2021 på bakgrunn av NOU-en *Det viktigste først* (NOU 2018: 16). Denne stortingsmeldingen anerkjenner kommuners særlige utfordringer, slik som et videre ansvarsområde ikke bare for andre sektorer og oppgaver, men også for at mennesker skal kunne leve sine liv i kommunene (Meld. St. 38 (2020–2021)). Prioriteringer ved tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester skal vurderes ut ifra tre kriterier:

- *Nytte*kriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for overlevelse, redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon samt reduksjon av smerter og/eller fysisk eller psykisk ubehag.
- *Ressurs*kriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
- *Alvorlighets*kriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon, graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon samt smerter og/eller fysisk eller psykisk ubehag (Meld. St. 38 (2020–2021), s. 60–61). Både dagens situasjon, varighet av den og tap av fremtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Samlet sett gir Meld. St. 38 retningslinjer som bidrar til at tildeling av tjenester i helse- og omsorgssektoren skal være basert på objektive kriterier som sikrer rettferdighet, effektiv ressursbruk og at de som trenger det mest, får de nødvendige tjenestene. Prioriteringsmeldingen legger også vekt på at det skal være en rettferdig fordeling av helsetjenester, slik at de som har størst behov, får den nødvendige hjelpen, uavhengig av sosioøkonomisk status. Dette betyr at kommunene og helseforetakene må sørge for at tildeling av tjenester skjer på en rettferdig måte som følger de nasjonale prioriteringskriteriene. Kriteriene fra prioriteringsmeldingen innebærer en helhetlig vurdering av den enkeltes situasjon. Dette betyr at ved tildeling av tjenester må både pasientens helsetilstand, forventet nytte av tjenesten, og tilgjengelige ressurser vurderes samlet.

Andre styringsdokumenter som er aktuelle og som har et innhold som berører tildeling av tjenester gjelder:

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012–2013)). Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019* (Meld. St. 11 (2020–2021)). Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Felleskap og meistring: Bu trygt heime* (Meld. St. 24 (2022–2023)). Helse- og omsorgsdepartementet.

VEILEDNINGSMATERIALE

I forhold til tjenestetildeling er det utviklet en veileder av Helsedirektoratet som heter *Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8* (Helsedirektoratet, 2017). Denne er skrevet for å støtte saksbehandlere i deres arbeid. I forordet beskrives det at målet for saksbehandling og tildeling innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Veilederen er utviklet med tanke på å uttrykke sentrale myndigheters forståelse av god saksbehandling innenfor helse- og omsorgstjenestene. Veilederen en praktisk innføring i de reglene som gjelder ved saksbehandling og tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Fra tidligere studier er vi kjent med at kommunene også har utviklet egne skriv som spesifiserer nærmere kriterier for de ulike tjenestene. Noen kommuner kan ha utviklet slike skriv for alle tjenester de tildeler, mens andre er mer generelle og kanskje særlig omhandler kriterier for å få institusjonsplass. Slike ulike kommunale «tjenestestandarder» er en lokal operasjonalisering av de lovpålagte oppgavene, og kan ha utviklet seg i det kommunene opplever stor etterspørsel etter tjenester og samtidig økonomiske nedskjæringer. I casestudien vil vi komme tilbake til slike kommunale skriv.

TEORETISKE PERSPEKTIVER: BAKKEBYRÅKRATER I DEN NORSKE VELFERDSSTATEN

Den norske velferdsstaten er basert på universalisme der ideen om at velferdstjenester og ytelser skal være tilgjengelige for alle innbyggere som en rettighet, uavhengig av inntekt, sosial status eller behov (Esping-Andersen, 1990; Fagertun et al., 2024). Det er saksbehandlere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som tar imot søknader om hjelp, vurderer behov og fatter vedtak om type tjenester, hvor mye og hvor lenge. Ifølge Michael Lipsky og hans arbeid med «street-level bureaucracy» (Lipsky, 2010; Zacka, 2017) er offentlige saksbehandlere, sosialarbeidere og førstelinjeansatte «portvoktere» som utformer og iverksetter den offentlige politikken i praksis. Dette skjer gjennom deres kontakt med brukerne av tjenestene. Lipskys teori om «street-level bureaucracy» forklarer hvordan offentlige tjenester i praksis tildeles gjennom et komplekst samspill mellom regler, saksbehandlernes skjønn og begrensede ressurser. Saksbehandlerne blir nøkkelpersoner som både former og tilpasser tjenestene de leverer, ofte under krevende arbeidsforhold kjennetegnet av høyt arbeidspress, usikre situasjoner og lover som kan være motsetningsfulle (Lipsky, 2010).

Dynamikken mellom staten og kommunene i Norge har utviklet seg, der staten i økende grad utformer politikk basert på velferdsprinsipper og kommunene implementerer denne (Fylling et al., 2020). Staten blir i dette bildet en «bestiller» imens kommunen blir «utfører» (Vike et al., 2024). Saksbehandlerne er plassert i et apparat der de forholder seg til lover og regler når de realiserer disse velferdsprinsippene. Et sentralt kjennetegn ved byråkratiet i frontlinjen er det vedvarende misforholdet mellom tilgjengelige ressurser og politiske visjoner og mål (Lipsky, 2010; Zacka, 2017). Derfor kreves det stadig bruk av skjønn i de daglige prioriteringene som saksbehandlerne gjør for å tilpasse seg målene og retningslinjene som gis av politiske myndigheter.

På grunn av kompleksiteten og tvetydigheten i mange situasjoner ved tildeling av helse- og omsorgstjenester, har saksbehandlere ofte behov for å drøfte saker seg imellom og tolke disse. Dette

handlingsrommet gir dem mulighet til å tilpasse seg de spesifikke behovene og omstendighetene i enkeltsaker, men det kan også føre til variasjon og inkonsistens i tjenesteleveringen (Lipsky, 1980, 2010). Denne diskresjonen, eller skjønnet, er sentral i Lipskys (2010) teori, fordi den viser hvordan de ansatte både implementerer lover og regler direkte, men også former politikken utfall gjennom sine beslutninger, og gjør politikk «nedenfra». Saksbehandlerne må følge etablerte instruksjoner og lovverk, men har historisk hatt en relativt høy grad av autonomi i sitt arbeid i norsk kontekst (Molander et al., 2012; Røhnebæk & Løberg, 2021; Vike, 2018; Zacka, 2017). Offentlige institusjoner er avhengige av bakkebyråkratenes operasjonalisering av lovverk kombinert med skjønnsutøvelse. Dette beskriver Zacka (2017, s. 11) som bakkebyråkratenes «moraliske agens» («moral agency»). Begrepet belyser den moraliske kompleksiteten i frontlinjebyråkratenes arbeid. Zacka (2017) viser hvordan regler og retningslinjer må følges, men samtidig tilpasses slik at det utvises medmenneskelighet og empati. Dette skaper spenninger som utfordrer bakkebyråkratens «moral agency». Zacka (2017) understreker at arbeidsmiljøet, institusjonens kultur og organisatoriske press kan forme, støtte eller undergrave en byråkrats evne til å utøve «moral agency». Hvis systemet ikke gir rom for refleksjon og kritisk vurdering, kan det føre til kynisme eller apati hos de ansatte.

Samtidig som staten er avhengig av bakkebyråkratenes moraliske agens, blir byråkraten ofte plassert i arbeidssituasjoner som innsnevrer denne (Zacka, 2017, s. 11). I likhet med Lipsky (2010) understreker Zacka (2017) hvordan ressurser og organisatoriske rammebetingelser påvirker de ansattes beslutninger. I kommunale tjenester møter saksbehandlerne ofte kombinasjonen av høyt press, begrensede ressurser og komplekse behov hos brukerne. Disse forholdene gjør at de ansatte ofte må prioritere mellom ulike hensyn og brukere (Fagertun & Tingvold, 2024). Dette kan føre til at de utvikler praksiser som hjelper dem å håndtere presset, for eksempel ved å kategorisere brukere raskt eller anvende skjønn på måter som kanskje ikke fullt ut reflekterer de offisielle retningslinjene. Dette kan påvirke hvem som får tilgang til tjenester og i hvilket omfang.

Molander et al. (2012, s. 214) beskriver skjønnsutøvelse i to kategorier: som strukturell og epistemisk. Den strukturelle kategorien viser til rommet for skjønn innenfor lovverk, mens den epistemiske kategorien viser til den kunnskapsmessige tankegangen, eller begrunnelsen, bakkebyråkratenes legitimerer sine avgjørelser ved. Denne kategorien peker mot skjønnsmessige, etiske og moraliske aspekter og den andre mot strukturer som skaper eller begrenser det autonome rommet for skjønn. Dette rommet beskrives som et «sort hull i demokratiet» på grunn av spenningen mellom bakkebyråkratiets omfangsrike skjønnsutøvelse og demokratisk styring, da skjønnsutøvelsen kan ses som å være utøvelse av politisk påvirkning (Molander et al., 2012, s. 218; Zacka, 2017, s. 172).

Spennet mellom tilgjengelige ressurser og kapasitet utgjør et grunnleggende dilemma i velferdsstaten. Velferdsstaten har alltid budsjettmessige, tidsmessige og personalmessige begrensninger. Det vil med andre ord alltid være et gap mellom de ressursene som er tilgjengelige og de forventningene eller behovene som offentlig sektor er ment å møte (Lipsky, 1980; Vabø, 2014). Saksbehandlere forventes også å utforme effektive, målrettede og fleksible løsninger på komplekse helse- og omsorgs utfordringer (Fagertun & Tingvold, 2024; Fylling et al., 2020; Lipsky, 1980). Med begrensede ressurser forventes det at saksbehandlerne bistår innbyggerne og fordeler tjenester rettferdig og hensiktsmessig (Lipsky, 1980; Vabø, 2007; Øydgaard, 2018, 2022). Saksbehandlere skal støtte alle som har behov for hjelp, samtidig som de må prioritere de som har de mest akutte behovene (Vabø, 2007). Uansett hvordan individuelle behov tolkes, vedvarer det uenighet om hvordan man skal forene konkurrerende krav om nødvendighet (Vabø, 2011).

Lipsky (1980, 2010) påpeker dilemmaene byråkrater står overfor når de forsøker å tilpasse seg og møte individuelle brukeres behov på en fleksibel måte, men samtidig er begrenset av knappe ressurser. Hvis de prioriterer for mange individuelle behov, svekkes deres evne til å opprettholde fleksibilitet i responsene (Lipsky, 1980, 2010). Det eksisterer dermed et iboende spenningsforhold mellom profesjonell autonomi, der saksbehandlere utøver prioriteringer basert på sin faglige ekspertise og verdier, og de politiske og organisatoriske begrensningene og kravene som påvirker deres beslutninger.

SKJØNN SOM VURDERINGSFORM

Ifølge filosofen Harald Grimen innebærer anvendelse av skjønn i profesjonspraksis å skille noe fra noe annet og å vurdere det (Molander et al., 2012). Skjønn er alltid knyttet til kunnskap, omdømme og vurderingsevne. Personen som skiller mellom et objekt, en uttalelse, en handling eller et produkt, tillegger eller fraskriver dette karakteristikk innen det aktuelle området. Med andre ord ligger det implisitt eller eksplisitt en vurdering basert på en «målestokk» (Grimen, 2009, s 2). Grimen påpeker at det som kan komplisere prosessen med å gjøre en god vurdering, er at en sak kan bli vurdert forskjellig fra ulike perspektiver. For å avgjøre om en handling er hensiktsmessig, må man kunne forutsi effekter. Men effektene kan være usikre og motstridende, og dermed må de veies opp mot hverandre før en beslutning tas (Grimen, 2009, s 2). Beslutningen kan også lede til et annet resultat enn ønsket og til utilsiktede konsekvenser.

Den amerikanske filosofen Ronald Dworkin definerer skjønn slik: «Begrepet skjønn hører hjemme kun i en bestemt type kontekst; når noen generelt er ansvarlige for å ta avgjørelser innenfor standarder satt av en bestemt autoritet» (Dworkin, 2013, s. 31). I denne betydningen, ligner skjønn hullet i en smultring påpeker Dworkin: det finnes områder som er åpne innenfor et omgivende belte av restriksjoner. Skjønn er derfor et relativt begrep, relativt til visse grenser. Med andre ord ser Dworkin på skjønn som et handlingsrom som er definert innenfor bestemte begrensninger, satt av en autoritet. Det Dworkin omtaler som «standarder», er de restriksjonene som definerer skjønnets natur. Disse restriksjonene settes av en bestemt autoritet og er obligatoriske for dem som får delegert beslutningsmyndighet av denne autoriteten. På grunn av kompleksiteten og tvetydigheten i mange eksisterende retningslinjer, må bakkebyråkrater navigere i usikre situasjoner og tilpasse seg spesifikke omstendigheter som krever skjønn. I tillegg er arbeidssituasjonene for bakkebyråkrater ofte preget av stor saksmengde, begrensede ressurser og behovet for å ta raske avgjørelser (Lipsky, 2010) for personer hvis helsetilstand kan endres raskt. Skjønnsmessige fullmakter delegeres og er basert på tillit, ekspertise og forventningen om at den personen eller enheten som utøver denne makten vil handle ansvarlig og i mottakernes beste interesse («The principle of fiduciary»), «tillitsprinsippet» (Molander et al., 2012). Dette er en juridisk og etisk forpliktelse som pålegger en person å handle i en annens beste interesse. Prinsippet er sentralt i mange profesjonelle og forretningsmessige forhold, spesielt når den ene parten har en posisjon av tillit eller makt over den andre. Kritikere av skjønn har imidlertid motsatt seg troen på et slikt prinsipp. Goodin peker på risikoen for ulikhet og vanskeligheter med å holde personer med skjønnsmessig vurdering ansvarlige, da det alltid er rom for vilkårlighet (Goodin, 1988). En juridisk bekymring som også reises i debatten, er når personer med skjønnsmessig makt ikke implementerer loven og politikken slik det var tiltenkt (Rothstein, 1998). Dette kan føre til konflikt med prinsippet om lik behandling og demokratisk styring.



KAPITTEL 2: NASJONAL KARTLEGGING AV KOMMUNENES ORGANISERING AV TILDELING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

OM KARTLEGGINGEN OG DATAINNSAMLINGEN

Dette kapittelet viser resultatet av en kartlegging der målet var å fremskaffe en oversikt over hvordan kommunene i Norge organiserer tjenestetildeling av helse- og omsorgstjenester. Kartleggingen ble gjennomført som en elektronisk spørreundersøkelse til kommunene. Introduksjonsteksten som alle respondentene fikk presentert før første spørsmål, oppsummerer innholdet:

Denne kartleggingen handler om hvordan kommunene behandler og gjør *skriftlige vedtak* (enkeltvedtak) *etter søknader/meldinger om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven for innbyggere i alle aldrer*. Vi ber deg svare på hvordan din kommune organiserer dette arbeidet.

Alle 357 kommunene i Norge ble kontaktet og bedt om å oppgi en egnet kontaktperson for å svare på det elektroniske spørreskjemaet. For Oslo ble hver bydel kontaktet, siden organiseringen av tjenestetildelingen varierer mellom bydelene.

Vi fikk oppgitt kontaktpersoner for 259 av kommunene (ekskl. Oslo), og alle disse fikk tilsendt spørreskjemaet. Etter opptil to påminnelser fikk vi svar på skjemaet fra 213/259 (svarprosent 82 %). Dette utgjør 60 % av kommunene utenom Oslo. Resultatene fra disse blir presentert først, mens resultatene for Oslo blir kort oppsummert i et eget avsnitt. Bakgrunnen for dette er at Oslo både størrelsesmessig og organisasjonsmessig skiller seg fra resten av landet.

Detaljert oversikt over utformingen av spørreundersøkelsen og detaljer om datainnsamlingen står på slutten av kapittelet. Selve spørreskjemaet står som vedlegg på slutten av rapporten.

OM PRESENTASJON AV RESULTATENE

KLASSIFISERING AV TILDELINGSMODELLER

Det er stor variasjon i modeller for tildeling av helse- og omsorgstjenester; i praksis har hver kommune sin egen, særegne modell. Og selv der modellene ligner på hverandre, kan de gå under ulike navn i ulike kommuner. For å kunne si noe generelt har vi klassifisert modellene i tre hovedtyper og kort beskrevet innholdet slik i spørreskjemaet:

- *Separat(e) tildelingsenhet(er)*: tildeling blir gjort i én eller flere enheter («tildelingskontor») som er organisatorisk separat fra enhetene som har ansvar for å utføre tjenestene
- *Integrert tildeling*: tildeling blir gjort i enhetene som utfører tjenestene
- *Tildeling fra fagteam/nemnd e.l.*: tildeling blir gjort i ulike utvalg, nemnder, tildelingsråd, kollegiale tildelingsmøter e.l.

Modellnavnet *separat(e) tildelingsenhet(er)* vil for enkelthets skyld ofte benevnes som *tildelingskontor* i resten av dette kapitlet.

KLASSIFISERING AV KOMMUNER ETTER STØRRELSE

Det kan tenkes at organiseringen av tjenestetildelingen er forskjellig i små og store kommuner. Enkelte resultater i denne rapporten presenterer vi derfor gruppert etter kommunestørrelse. Som en grov inndeling har vi brukt tredelingen i Kringlebotten & Langørgen (2020):

- Små kommuner: under 5 000 innbyggere
- Mellomstore kommuner: 5 000–19 999 innbyggere
- Store kommuner: minst 20 000 innbyggere

Blant de 213 kommunene som svarte på spørreundersøkelsen, finner vi 95 små, 72 mellomstore og 46 store kommuner. Innbyggertallene som er brukt, er for 1. januar 2024 og er hentet fra Statistisk sentralbyrå (2024).

KLASSIFISERING AV BRUKERGRUPPER

Pilottesting av en *tidlig versjon* av spørreskjemaet avdekte at svaret på flere spørsmål om tjenestetildeling gjerne var «det kommer an på» – at riktig svar varierte mellom ulike tjenesteområder/brukergrupper. For å bote på dette problemet har vi definert fire store brukergrupper:

- Barn og unge
- Rus og psykisk helse, voksne
- Utviklingshemming, voksne
- Somatikk, voksne

Enkelte spørsmål i det endelige skjemaet er utformet slik at respondentene svarer for hver enkelt brukergruppe. Denne inndelingen i brukergrupper er et kompromiss basert på en avveining

mellom svært detaljerte svar for *mange* (mindre) grupper og et skjema som er kort nok til at respondentene vil svare på det.

RESULTATER

OPPSUMMERING

Separat tildelingsenhet (*tildelingskontor*) er den vanligste modellen for tjenestetildeling – 61 % av kommunene oppgir å ha dette. Ellers oppgir 16 % at de har tildeling fra fagteam/nemnd e.l., 10 % at de har integrert tildeling og de resterende at de har flere modeller eller en annen modell. Det er mer vanlig med separat tildelingsenhet i store kommuner (91 %) enn i mellomstore (75 %) og små kommuner (36 %). De fleste kommunene (87 %) har ingen *konkrete* planer om å gå over til ny type modell.

De fleste kommunene bruker rammefinansiering for å finansiere vedtakstjenestene. Kun 4 % oppgir at de bare bruker innsatsstyrt finansiering, det vil si at enhetene som utfører tjenestene, får tildelt ressurser etter aktivitetsnivået i løpet av året.

I snitt bruker *større* kommuner litt *færre* årsverk per innbygger på saksbehandling ved tjenestetildeling. I alt 11 % av kommunene samarbeider med andre kommuner om tjenestetildelingen, og denne andelen er omtrent lik for små, mellomstore og store kommuner.

IPLOS-/KPR-kartleggingen av funksjonsevne og helsetilstand hos søkere av kommunale helse- og omsorgstjenester blir i de fleste kommuner (84 %) vanligvis utført *før* vedtak om tjenestetildeling. Av disse kommunene, oppgir om lag tre av fire (74 %) at kartleggingen er *litt viktig, viktig* eller *svært viktig* som grunnlag for vedtaket, mens bare 3 % oppgir at den er *litt uviktig, uviktig* eller *svært uviktig*.

Mange kommuner rapporterer at de tar *direkte kontakt* med bruker for innhenting av supplerende informasjon før vedtak i nær 100 % av sakene. Men her er det stor variasjon, og for noen kommuner er andelen ned mot 0 %. Det er også forskjeller mellom ulike brukergrupper.

Saksbehandlerne samarbeider ofte med andre tjenester/yrkesgrupper ved tildeling av tjenester, spesielt fastleger og spesialisthelsetjenesten. Mer enn 8 av 10 oppgir at de ofte samarbeider med fastlegene ved tildeling av tjenester. Hvem de ellers samarbeider med, varierer en del mellom de fire brukergruppene. Det er for eksempel mange kommuner der de *ofte* samarbeider med NAV og andre sosiale tjenester for brukere innen rus og psykisk helse, men færre kommuner der de gjør dette for de andre brukergruppene. På tvers av brukergruppene oppgav 29 % av kommunene at de samarbeider ofte med *forebyggende tjenester*, som friskliv og mestring.

Sett på tvers av brukergruppene er det 95 % av kommunene som oppgir at kartlegging og vurdering av søkerens behov for habilitering og rehabilitering (før eventuell tildeling av kompenserende tjenester) blir gjort i *noen, stor* eller *svært stor* grad. Men bare 64 % oppgir at det blir gjort i *stor* eller *svært stor* grad.

Graden av formell kompetanse i ulike fagfelt for dem som vurderer, saksbehandler og/eller tildeler tjenestene, varierer fra kommune til kommune, men er gjennomgående høyere for større kommuner. Bare 32 % av kommunene har *egen* kompetanseplan for disse medarbeiderne for *videreutvikling* av slik formell kompetanse (23 % blant små kommuner, 32 % blant mellomstore kommuner og 50 % blant store kommuner).

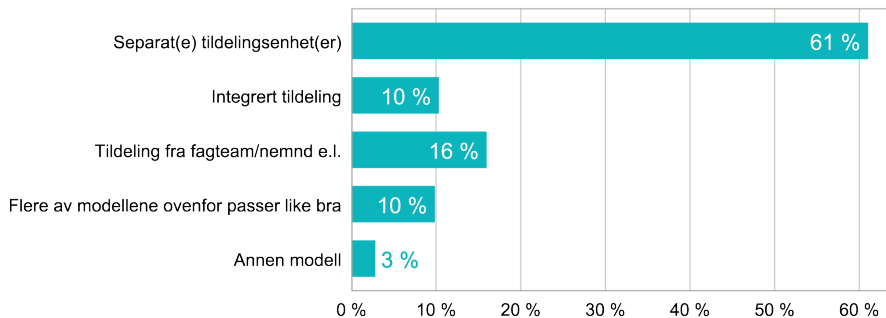
RESPONDENTENE

Av respondentene oppgav 33 % at de var «øverste leder for hele enheten for helse og omsorg e.l.», 46 % at de var «leder for tildelingsenhet e.l.» og 21 % «annen stilling». Under spesifisering av «annen stilling» var saksbehandler og ulike lederstillinger oftest oppgitt. Flere respondenter nevnte også at skjemaet ble fylt ut i samarbeid med andre medarbeidere i kommunen.

DAGENS MODELL FOR TJENESTETILDELING

Kommunene kan bruke ulike saksbehandlings- og tildelingsmodeller for søknader om ulike *typer* tjenester. De kan for eksempel ha tildelingskontor for søknader om hjemmetjenester eller institusjonsplass, men en annen organisering for søknader om andre (mindre brukte) tjenester, som brukerstyrt personlig assistent. Når vi spurte om hvilken modell kommunene bruker, har vi derfor brukt formuleringen «Hvilket alternativ *beskriver best* modellen kommunen *hovedsakelig* bruker for tildeling av helse- og omsorgstjenester *i dag?*» og presisert at vi med *hovedsakelig* mener «tildeling for de fleste helse- og omsorgstjenestene». Det var også mulig for respondentene å svare «annen modell» eller «flere av modellene passer like bra» og å spesifisere innholdet i modellen.

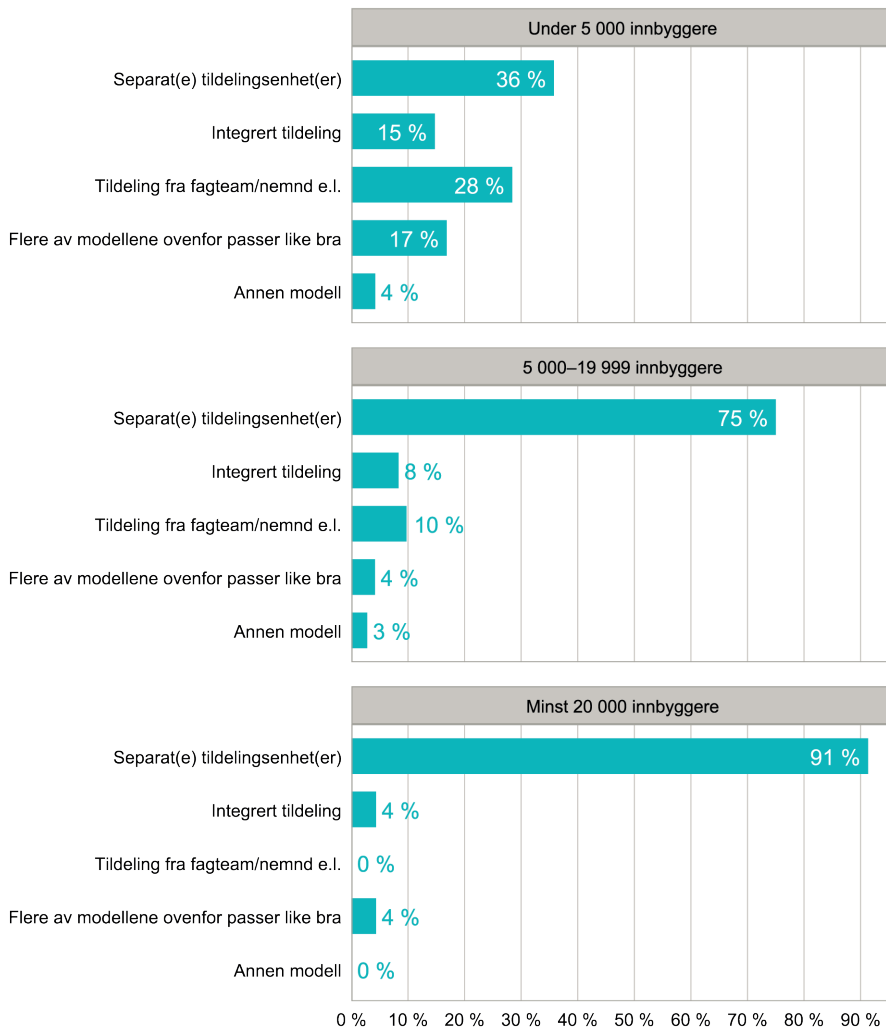
Som [figur 1](#) viser, er en modell med eget tildelingskontor (separat tildelingsenhet) den klart vanligste modellen. De 21 kommunene som har svart at flere modeller passer like bra, nevner stort sett tildeling fra fagteam/nemnd e.l. i kombinasjon med enten tildelingskontor (8 stykk) eller integrert tildeling (7 stykk). Én respondent oppgir at de har en kombinasjon av alle tre modellene.



Figur 2. Dagens modell for tjenestetildeling (n = 213 kommuner).

Respondentene kunne også komme med utdypende kommentar om modellen, noe 74 gjorde. Svarene er for mangfoldige til å enkelt oppsummeres, men det fremgår blant annet at modellene ofte praktiseres fleksibelt, med nært samarbeid med andre enheter/fagpersoner, for eksempel med utøvende tjenester (for kommuner som har tildelingskontor). Noen respondenter kommenterte at tildelingskontoret og koordinerende enhet var samme enhet.

Integrert tildeling og tildeling fra fagteam/nemnd er mer vanlig i de minste kommunene, mens bruk av tildelingskontor er mer vanlig i de største kommunene; se [figur 2](#).



Figur 3. Dagens modell for tjenestetildeling, gruppert etter kommunestørrelse.

ANTALL TILDELINGSENHETER

Tildelingskontor i kommuner kan være organisert som enten én eller flere tildelingsenheter/avdelinger, for eksempel inndelt etter tjenestetype. Men av de 130 kommunene med eget tildelingskontor, hadde de fleste (120 kommuner, 92 %) bare én tildelingsenhet. Henholdsvis seks, to og to kommuner hadde to, tre og fire tildelingsenheter.

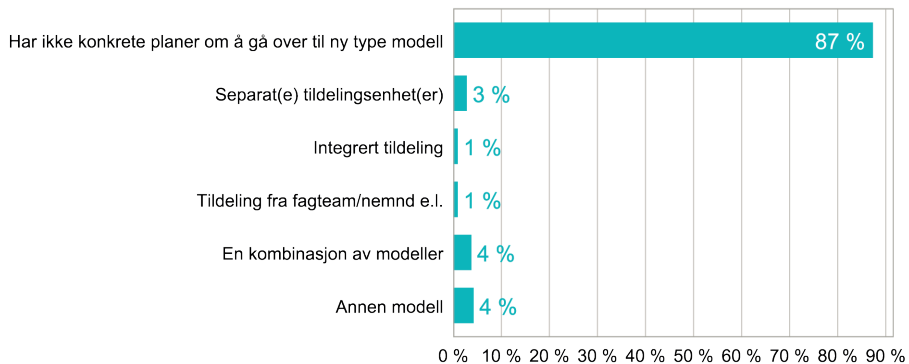
SAMARBEID MED ANDRE KOMMUNER

I alt 11 % av kommunene samarbeider med andre kommuner om tjenestetildelingen, og denne andelen er uavhengig av kommunestørrelse:

Kommunestørrelse	Samarbeid
Under 5 000 innbyggere	12 %
5 000–19 999 innbyggere	10 %
Minst 20 000 innbyggere	11 %
Totalt	11 %

EVENTUELL NY MODELL FOR TJENESTETILDELING

De fleste kommunene har ingen *konkrete* planer om å gå over til en ny *type* modell i fremtiden ([figur 3](#)). Men for de 27 (13 %) som har det, er en modell med tildelingskontor mest «populær», og blant de åtte som har svart at de vil gå over til «en kombinasjon av modeller», nevner fire en modell som *også* omfatter tildelingskontor. Blant de ni som har svart at de vil gå over til «annen» modell, skriver fem at denne innebærer samarbeid med andre kommuner.



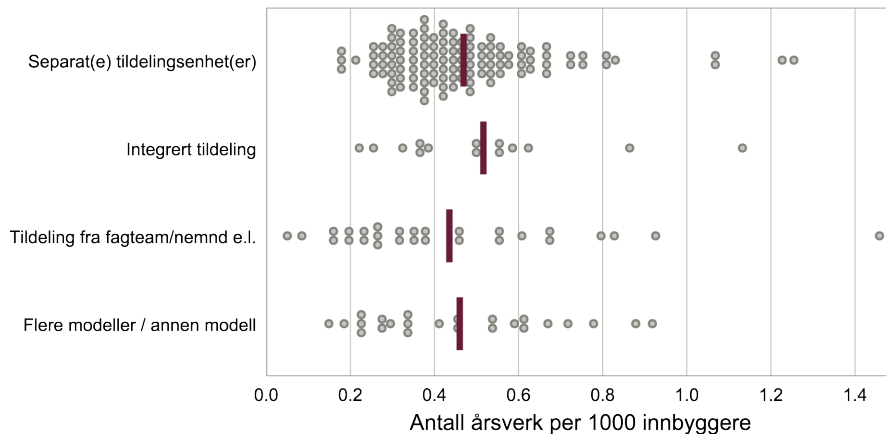
Figur 4. Kommunenes eventuelle konkrete planer om å gå over til ny type modell i fremtiden.

Av de 20 kommunene som har konkrete planer om å gå over til ny modell *og* som i dag bruker én av de tre hovedmodellene, har to likevel ved valg av hvilken *type* den nye modellen er, krysset av for *samme* type modell som de alt har. Det kan tenkes at de vil gjøre større endringer innenfor modellen og derfor regner det som en *ny* type modell (men det er ikke noe i fritekstkommentarene som støtter denne tolkningen).

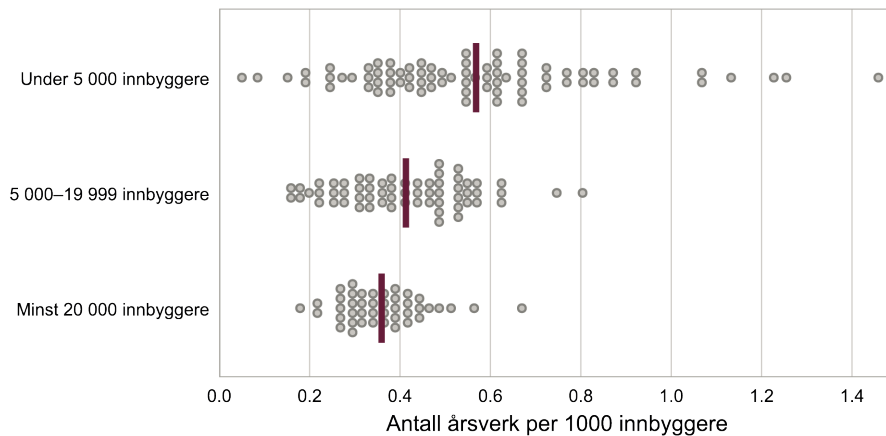
ÅRSVERK BRUKT TIL SØKNADSBEHANDLING

Respondentene ble bedt om å estimere antall årsverk avsatt til saksbehandling av tjenestetildeling (ikke-obligatorisk spørsmål). Dette ble oppgitt med opptil to desimaler og er i ettertid regnet om til årsverk per innbygger ved hjelp av befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå (2024).

Det var liten forskjell i rapportert gjennomsnittlig antall årsverk per innbygger mellom ulike tildelingsmodeller ([figur 5](#)), men større kommuner kan tilsynelatende ha en viss «stordriftsfordel» ettersom de i snitt bruker færre årsverk per innbygger ([figur 6](#)). Det er dog betydelig *variasjon* i ressursbruken mellom kommuner av omtrent samme størrelse og mellom kommuner som bruker samme modell.



Figur 5. Årsverk per 1000 innbyggere avsatt til saksbehandling av søknader om helse- og omsorgstjenester, gruppert etter tildelingsmodell. De lodrette strekene viser gjennomsnitt, mens punktene viser tallene for enkeltkommuner.



Figur 6. Årsverk per 1000 innbyggere avsatt til saksbehandling av søknader om helse- og omsorgstjenester, gruppert etter kommunestørrelse. De lodrette strekene viser gjennomsnitt, mens punktene viser tallene for enkeltkommuner.

At små kommuner i snitt har litt flere årsverk per innbygger kan nok dels forklares med at alle kommuner trenger en viss «grunnbemanning» på tjenestetildeling, uavhengig av antall innbyggere. Dessuten vil alderssammensetningen i kommunene kunne spille inn, så vi kan ikke konkludere med at store kommuner har en mer kostnadseffektiv tildelingsordning.

PLASSERING I DEN KOMMUNALE ORGANISASJONEN

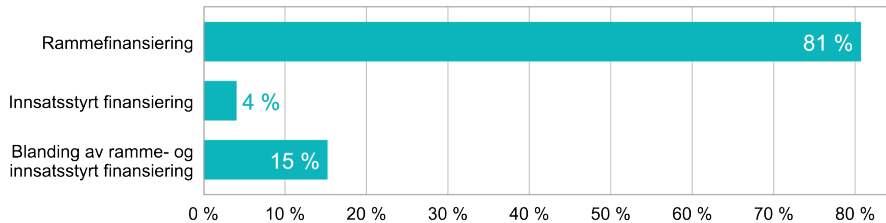
Enhetene med ansvar for tildeling kan være plassert på ulike nivåer i den kommunale organisasjonen. Siden organisasjonsstrukturen varierer mye fra kommune til kommune, brukte vi denne grovinndelingen:

- Nivå 1: i stab hos rådmann/kommunedirektør
- Nivå 2: i stab hos leder for helse, omsorg, sosial e.l.
- Nivå 3: i utøvende helse- og omsorgstjeneste (i resultatenheten)

Det var mulig å krysse av for mer enn ett alternativ. Av alle respondentene svarte 10 % nivå 1, 74 % nivå 2 og 28 % nivå 3. Nivå 2 var det vanligste nivået både for kommuner med tildelingskontor (77 %), integrert tildeling (64 %) og tildeling fra fagteam/nemnd e.l. (71 %).

MODELL FOR Å FINANSIERE VEDTAKSTJENESTENE

De fleste kommunene bruker rammefinansiering eller en blanding av ramme- og innsatsstyrt finansiering som hovedmodell for å finansiere vedtakstjenestene ([figur 7](#)). Det er bare mindre forskjeller i finansiering mellom de ulike tildelingsmodellene og mellom kommuner av ulik størrelse.



Figur 7. Hovedmodell benyttet for å finansiere vedtakstjenestene.

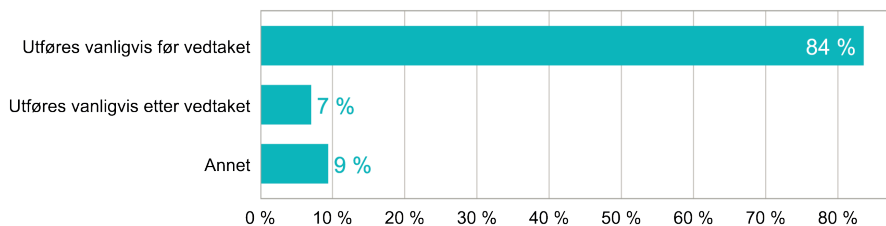
For dette spørsmålet var det mulig å svare «vet ikke», noe 16/213 kommuner gjorde. Andelen som svarte «vet ikke» var noe større blant små kommuner (13 %) enn blant mellomstore og store kommuner (3 %).

BRUK AV IPLOS-/KPR-KARTLEGGING

Alle kommuner er pålagt å registrere i det sentrale IPLOS-registeret «opplysninger av betydning for vurdering av tjenestebehov» for personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Disse opplysningene omfatter blant annet «personens funksjonsevne i dagliglivets aktiviteter og andre opplysninger om helsetilstand og sykdom» (Forskrift om IPLOS-registeret, 2006). I dag inngår IPLOS-registeret i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), og kartlegging av opplysningene kalles IPLOS-kartlegging eller KPR-kartlegging.

TIDSPUNKT FOR KARTLEGGING

Kartleggingen kan gjennomføres enten før eller etter vedtak om tjenestetildeling. Som [figur 8](#) viser, blir første kartlegging i de fleste kommunene vanligvis utført før vedtaket.

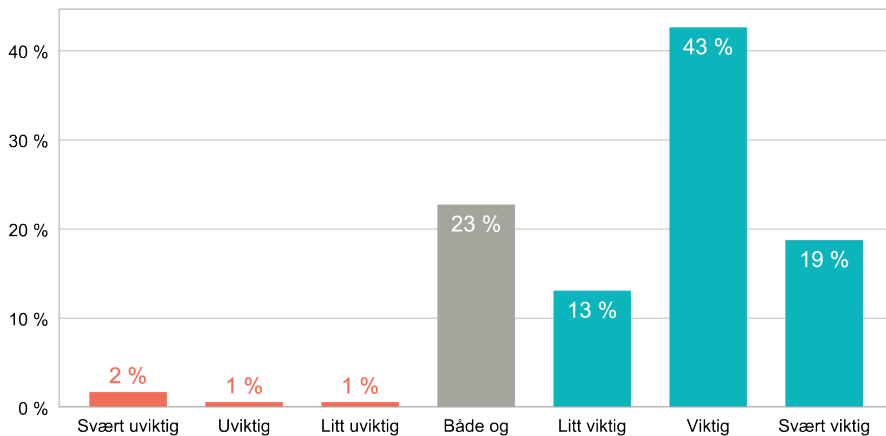


Figur 8. Tidspunktet første IPLOS-/KPR-kartlegging vanligvis utføres.

Av de som svarte «annet», nevner flere at det kunne bli gjort både før og etter vedtaket, for eksempel avhengig av type vedtak eller av hvor akutt oppstart av tjenesten er. Noen skriver at det skjer i forbindelse med kartleggingsbesøk/førstegangsbesøk (for de brukerne der dette blir brukt), som noen ganger er før første vedtak og andre ganger i forbindelse med oppstart av tjenesten. Én skriver at kartlegging som er nødvendig for vurdering av tildeling av tjenester, blir utført av saksbehandler, mens deler foretas etter oppstart og ute i tjenesten. En annen skriver omtrent det samme, at kartlegging for nye brukere blir gjort ut fra tilgjengelig informasjon, men at en må ta ny kartlegging etter oppstart av tjenesten. Én gir uttrykk for at det er enhetene som utfører tjenestene, som i regelen er best i stand til å gjennomføre kartleggingen.

VIKTIGHET AV IPLOS-KARTLEGGING

De kommunene der første IPLOS-/KPR-kartlegging vanligvis ble utført før vedtaket, fikk spørsmål om hvor viktig denne kartleggingen var som grunnlag for vedtaket. Her oppgav 74 % at den enten var litt viktig, viktig eller svært viktig. Bare 3 % mente at den var litt uviktig, uviktig eller svært uviktig. Se [figur 9](#) for detaljer. Siden dette var et vurderingsspørsmål, var det også mulig å svare «vet ikke», men bare to respondenter gjorde det.

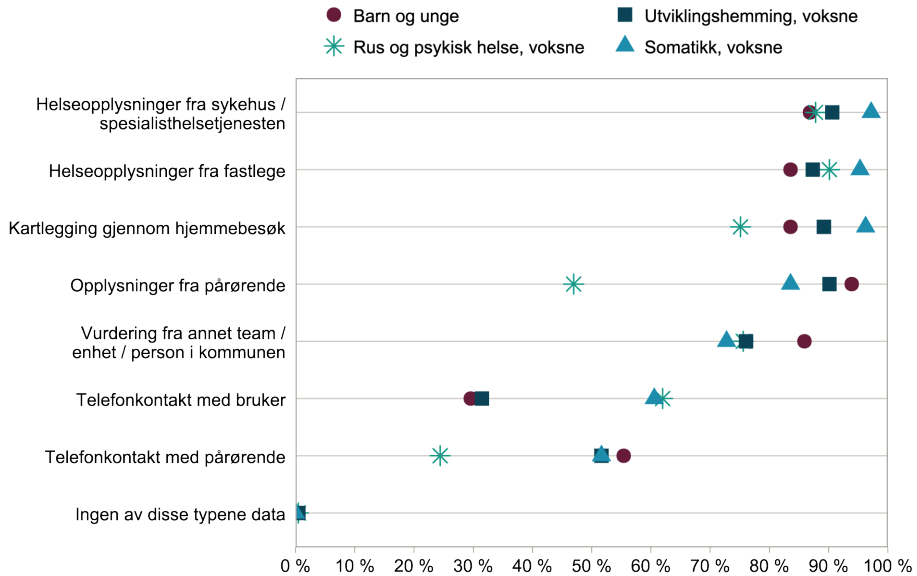


Figur 9. Hvor viktig respondentene oppgav at IPLOS-/KPR-kartleggingen var som grunnlag for vedtak. Bare kommuner der kartleggingen vanligvis blir utført før vedtaket, er med her.

Det var svært små forskjeller i vurderingen av viktighet mellom kommuner med ulike tildelingsmodeller eller innbyggertall. Vi kan illustrere dette ved å gi svaralternativene «svært uviktig» til «svært viktig» tallverdiene 1–7, og da varierer «gjennomsnittsviktigheten» fra 5.4 til 5.6 mellom ulike modeller og fra 5.4 til 5.5 mellom de tre kommunestørrelsene.

ANDRE KILDER BRUKT SOM GRUNNLAG FOR VEDTAK

[Figur 10](#) viser hvilke kilder til informasjon som ifølge respondentene vanligvis inngår i grunnlaget for vedtak om tildeling (i tillegg til den skriftlige søknaden).



Figur 10. Grunnlag for vedtak om tildeling, gruppert etter ulike brukergrupper. Figuren viser andel kommuner som har svart at de ulike typene data vanligvis inngår i grunnlaget for vedtak om tildeling (i tillegg til den skriftlige søknaden). For punktet «telefonkontakt med bruker» for gruppen «barn og unge» ble det presisert at en skulle anta at brukeren var over helserettslig myndighetsalder / i stand til å danne seg sine egne synspunkter.

Vi ser at hos de aller fleste kommunene inngår vanligvis opplysninger fra spesialisthelsetjenesten, fastlege og hjemmebesøk. For alle grupper utenom rus og psykisk helse for voksne inngår også vanligvis opplysninger fra pårørende. Men direkte *telefonkontakt* med pårørende er mindre vanlig (og særlig innen rus og psykisk helse).

Hvorvidt telefonkontakt med *bruker* vanligvis inngår, varierer mellom kommunene, men det er her ikke forskjell mellom gruppen rus og psykisk helse og gruppen somatikk. Imidlertid er det omtrent dobbelt så mange kommuner der dette vanligvis inngår for disse to gruppene som det er for gruppene med utviklingshemmede voksne eller barn og unge. (For gruppen barn og unge ble det presisert at en skulle anta at brukeren var over helserettslig myndighetsalder / i stand til å danne seg sine egne synspunkter.)

I fritekstkommentarer nevner flere at for barn og unge kan barnehage, skole og (eventuelt) PP-tjenesten og barnevernstjenesten være viktige kilder til informasjon. Det kan være snakk om opplysninger fra ansatte i institusjonene, men også observasjon i barnehage/skole.

Ellers nevnes direkte samtaler med bruker, enten hos kommunen eller via hjemmebesøk. Spesielt innen rus og psykisk helse er samtale på kontor/møterom hos kommunen mer aktuelt enn hjemmebesøk.

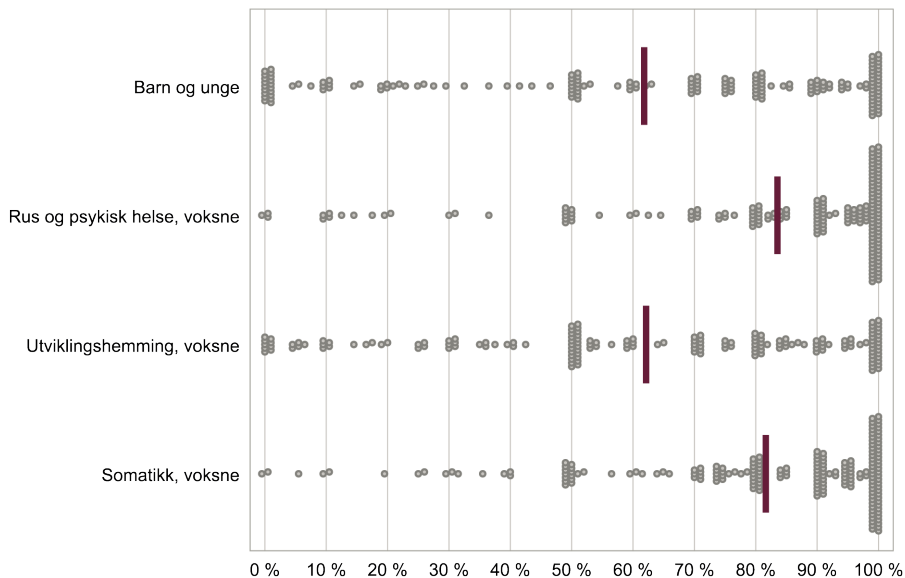
To respondenter nevner eventuelle verger som kilde til informasjon. Flere skriver at den viktigste kilden til informasjon er (samtaler med) brukeren selv. Det ble også påpekt at en har taushetsplikt og at informasjon fra pårørende til voksne bare kan innhentes hvis en har fått samtykke til dette fra brukeren.

Flere nevner at selv om alle kildene i utgangspunktet er aktuelle, vil det variere fra sak til sak hvilke som er mest relevante. Flere har anført at de har svart ut fra at det er snakk om en søknad

fra en *ny* bruker. For eksisterende brukere er vurdering fra annet team / annen enhet i kommunen aktuelt.

KONTAKT MED BRUKER

Respondentene ble spurt om hvor ofte saksbehandler tar *direkte kontakt* med bruker for innhenting av supplerende informasjon før vedtak om tjenestetildeling foretas. [Figur 10](#) viser svarene for de ulike brukergruppene.



Figur 11. I hvor stor del av sakene saksbehandler tar direkte kontakt med bruker for innhenting av supplerende informasjon før vedtak. De lodrette strekene viser gjennomsnitt, mens punktene viser tallene for enkeltkommuner. Siden mange kommuner har svart samme tall, blir hver prosentverdi (om nødvendig) presentert som to nabosøyler. De to søylene helt til høyre svarer for eksempel begge til rundt 100 %.

Direkte kontakt med bruker er vanligere for somatikk voksne (i snitt 82 %) og rus og psykisk helse voksne (84 %) enn for barn og unge (62 %) og utviklingshemmede voksne (62 %).

Men disse gjennomsnittstallene skjuler stor variasjon. Riktignok svarer *mange* kommuner at saksbehandler tar direkte kontakt med bruker i nær 100 % av tilfellene, men denne andelen varierer helt fra 0 % til 100 % fra kommune til kommune.

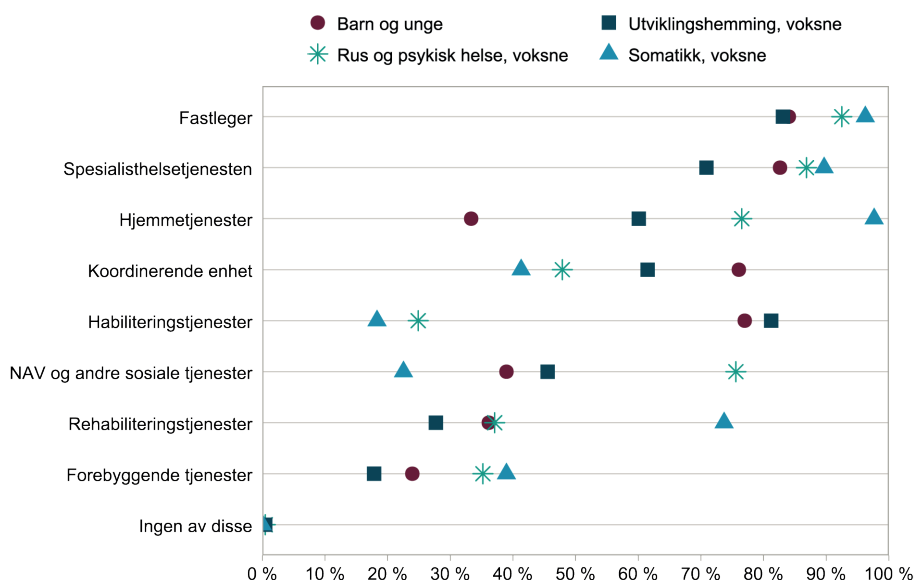
Mønsteret med *forskjeller mellom de fire brukergruppene* var ganske likt på tvers av kommunestørrelse. Og ser vi på tvers av de fire gruppene, var gjennomsnittlig *andel* slike saker også ganske likt på tvers av kommunestørrelse – for små, mellomstore og store kommuner på henholdsvis 72 %, 71 % og 74 %.

Spørsmålene var ikke-obligatoriske og ble bare presentert dersom brukeren *ikke* hadde svart «Vet ikke» på tilhørende tidligere spørsmål om tildelingsgrunnlag for den aktuelle brukergruppen. Flere respondenter skrev i fritekstfelt at de bare kjente til og hadde svart på hva som ble gjort for *enkelte* av gruppene. For gruppene barn og unge, rus og psykisk helse, utviklingshemming og somatikk, fikk vi svar fra henholdsvis 77 %, 83 %, 77 % og 90 % av respondentene.

Selv om det er litt forskjell i svarprosent mellom brukergruppene, endrer resultatene seg lite dersom vi bare ser på kommuner der respondenten har svart for *alle* fire gruppene.

SAMARBEID MED ANDRE INSTANSER VED TILDELING AV TJENESTER

[Figur 12](#) viser hvem respondentene oppgav at saksbehandlerne *ofte* samarbeider med ved tildeling av tjenester. I videre diskusjon bruker vi for enkelhets skyld bare ordet *samarbeid* for «ofte samarbeid».



Figur 12. Hvilke tjenester/enheter/yrkesgrupper saksbehandlerne som tildeler tjenester, ofte samarbeider med, gruppert etter ulike brukergrupper.

Samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten er vanlig i de fleste kommunene. Ellers er det vesentlige forskjeller i samarbeid for ulike brukergrupper. For eksempel er samarbeid med NAV / andre sosiale tjenester mer vanlig for gruppen rus og psykisk helse voksne («ofte samarbeid» hos 76 % av kommunene) enn for de andre brukergruppene. Tilsvarende er samarbeid med rehabiliteringstjenester mer vanlig (74 %) for gruppen somatikk voksne enn for de andre gruppene.

Alternativet «forebyggende tjenester» ble eksemplifisert som «friskliv og mestring» i spørreskjemaet. På tvers av brukergruppene oppgav 29 % av kommunene at de samarbeider *ofte* med disse tjenestene.

VURDERING AV BEHOV FOR HABILITERING OG REHABILITERING

Helsedirektoratet skriver i nasjonal veileder «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» (Helsedirektoratet 2023, kapittel 8, «Habilitering og rehabilitering i kommunene»):

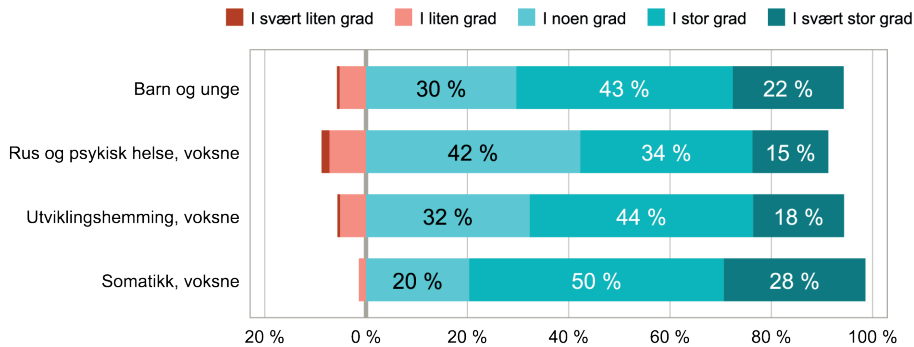
Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompenseringe hjelp dersom det er mulig.

Og videre:

Spørsmålet «Trenger denne brukeren habilitering eller rehabilitering?» bør stilles ved alle konsultasjoner og møter med mennesker med nedsatt funksjons- og mestringsevne.

Respondentene i undersøkelsen ble derfor spurt om i hvilken grad søkerens behov for habilitering og rehabilitering blir kartlagt og vurdert i forbindelse med søknadsbehandlingen (før kompenserende tjenester eventuelt blir tildelt).

Svarene er vist i [figur 13](#). Søkerens behov blir i noe større grad kartlagt for brukergruppen somatisk voksne og i noe mindre grad for brukergruppen rus og psykisk helse voksne. Ser vi på tvers av brukergruppene, var det få (5 %) som rapporterte at slik behovskartlegging blir gjort i *liten* eller *svært liten* grad. Men det var også bare 64 % som rapporterte at den blir gjort i *stor* eller *svært stor* grad.



Figur 13. I hvilken grad søkerens behov for habilitering og rehabilitering blir kartlagt og vurdert i forbindelse med søknadsbehandlingen (før kompenserende tjenester eventuelt blir tildelt). Negative svar («i liten grad» eller lavere) blir vist til venstre, og positive svar («i noen grad» eller høyere) til høyre.

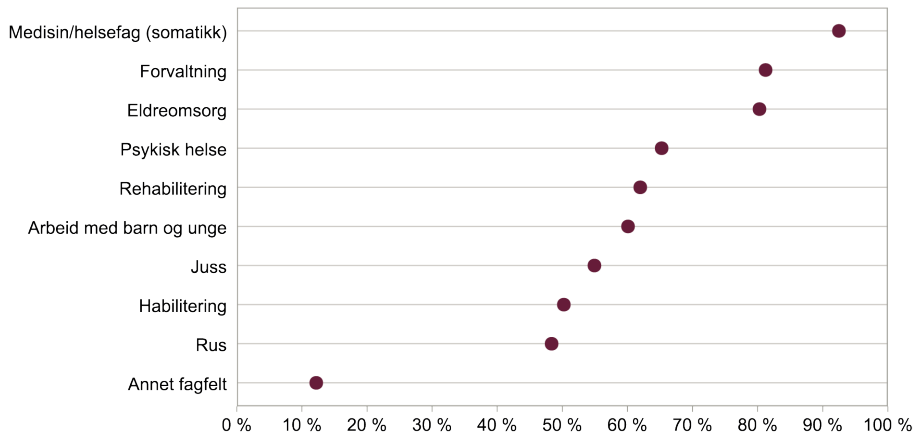
Det var ellers bare svært små forskjeller i resultatene mellom kommuner med ulike tildelingsmodeller eller av ulik størrelse. Det var mulig å svare «vet ikke» på dette spørsmålet, noe 16 % av respondentene gjorde for minst én brukergruppe.

MEDARBEIDERKOMPETANSE

Sentralt i tildeling av tjenester er de ansatte i kommunen og kompetansen disse har. Vi har derfor kartlagt formell fagkompetanse hos dem som arbeider med tjenestetildeling og hvilke planer kommunene har for videreutvikling av denne.

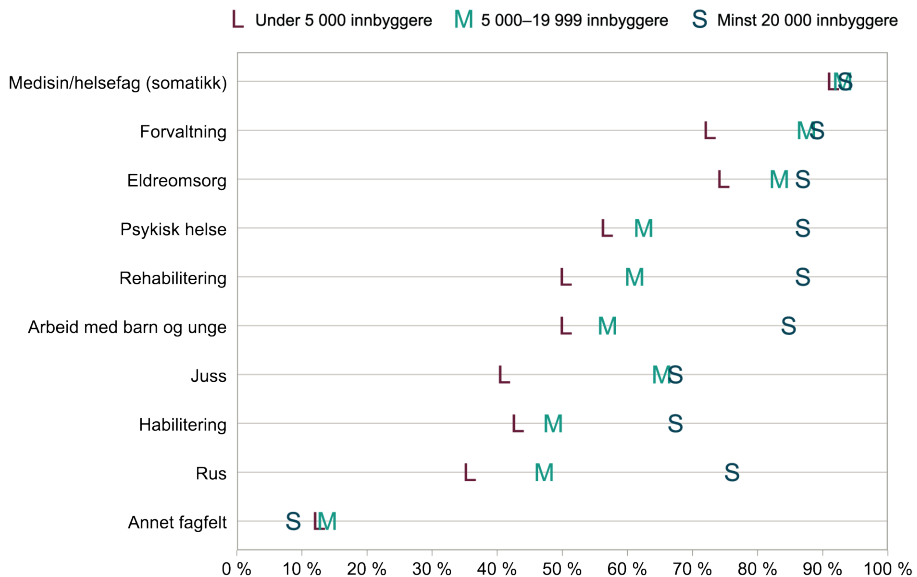
FORMELL FAGKOMPETANSE

Alle respondentene ble spurt om hvilke fagfelt dem som vurder, saksbehandler og/eller tildeler tjenestene, har *formell* kompetanse i, definert som utdanning, videreutdanning eller kurs med kursbevis. Merk at fagfeltene oppgitt i svaralternativene er fagfelt det potensielt kan være nyttig for medarbeiderne å kjenne til, men (formell) kompetanse kreves gjerne ikke for å inneha stillingen. [Figur 14](#) viser andelen kommuner med kompetanse innen de ulike fagfeltene. Vi ser blant annet at de fleste kommunene har ansatte med formell kompetanse innen medisin/helsefag, forvaltning og eldreomsorg. I bare rundt halvparten av kommunene har tilsatte som vurderer/saksbehandler/tildeler tjenestene, formell kompetanse innen juss (55 %), habilitering (50 %) eller rus (48 %).



Figur 14. Innenfor hvilke fagfelt har dem som vurder, saksbehandler og/eller tildeler tjenestene, formell kompetanse. Figuren viser andelen kommuner.

Det er vesentlige forskjeller i formell kompetanse mellom små, mellomstore og store kommuner, med gjennomgående mer kompetanse i de større kommunene ([figur 15](#)). Ett unntak er medisin/helsefag (somatikk), der andelen kommuner med denne kompetansen er omtrent lik på tvers av kommunestørrelse (92 % av alle kommuner har slik kompetanse). For forvaltning og for juss er det ingen forskjell mellom store og mellomstore kommuner, men relativt færre små kommuner har slik kompetanse.



Figur 15. Innenfor hvilke fagfelt dem som vurder, saksbehandler og/eller tildeler tjenestene, har formell kompetanse, gruppert etter kommunestørrelse. Figuren viser andelen kommuner.

Det er bare mindre forskjeller mellom kommuner med ulike modeller for tjenestetildeling (og som i stor grad kan forklares ved forskjell i kommunestørrelse, jf. [figur 2](#)).

Annen formell kompetanse som ble nevnt av minst to personer i fritekstfelt var (fra mest til minst vanlig):

- sosionom
- kreft
- saksbehandling
- helserett
- ledelse
- pedagogikk
- sykepleie
- fysioterapi
- ergoterapi
- veiledning
- demens
- palliasjon

UTVIKLING AV FAGKOMPETANSE

Kommuner kan arbeide mer eller mindre systematisk med videreutvikling av fagkompetansen til medarbeiderne. Det kan være snakk om «tilfeldig» eller uformell kompetanseutvikling, eller kun en *overordnet* (strategisk) kompetanseplan for *hele* kommunen.

Men for å avdekke om kommunene har en *systematisk* tilnærming *rettet spesifikt mot de som arbeider med tjenestetildeling*, spurte vi hver kommune om de har *egen kompetanseplan* for videreutvikling av *formell* kompetanse hos dem *som vurderer, saksbehandler og/eller tildeler* helse- og omsorgstjenester.

Det var 32 % av kommunene som hadde dette (40 % av de med tildelingskontor, 27 % av de med integrert tildeling og 24 % av de med tildeling fra fagteam/nemnd e.l). Totalt 23 % av de små kommunene, 32 % av de mellomstore kommunene og 50 % av de store kommunene har egen kompetanseplan for videreutvikling av formell kompetanse for saksbehandlerne.

RESULTATER FRA OSLO

Vi fikk bare svar fra 7 av de 15 bydelene i Oslo. Resultatene kan derfor ikke anses som representative for hele kommunen. Vi oppsummerer her svarene på de mest sentrale spørsmålene.

Av de 7 bydelene har to *bare* separat tildelingsenhet og to *bare* integrert tildeling. Tre bydeler oppgir at de bruker flere modeller, spesifisert som:

- Separat tildelingsenhet (vurderingsteam) og team forvaltning og integrert tildeling (hjemmetjenesten)
- Separat og integrert
- Mye tett samarbeid med utfører

Ingen av bydelene har konkrete planer om å gå over til ny modell i fremtiden. Alle bydelene bruker rammefinansiering til å finansiere tjenestene.

I seks bydeler utføres IPLOS-/KPR-kartlegging vanligvis før vedtaket, og i én etter vedtaket. Kartleggingen blir ansett som *svært viktig* av én bydel, *viktig* av to, *både* og av to og *uviktig* av én.

Gjennomsnittstall for i hvor stor andel av sakene saksbehandler tar direkte kontakt med bruker for innhenting av supplerende informasjon:

- Barn og unge: 77 %
- Rus og psykisk helse, voksne: 93 %
- Utviklingshemming, voksne: 82 %
- Somatikk, voksne: 97 %

Dette er altså samme mønster som for de øvrige kommunene. Hvilke tjenester/enheter/yrkesgrupper som saksbehandlerne ofte samarbeider med, skiller seg heller ikke ut fra landet for øvrig.

Utenom for gruppen rus og psykisk helse voksne, melder *alle* bydelene at søkerens behov for habilitering og rehabilitering blir kartlagt og vurdert i forbindelse med søknadsbehandlingen i *stor* eller *svært stor* grad. For rus og psykisk helse voksne er det én bydel som melder at det blir kartlagt i *noen* grad (resten i *stor* eller *svært stor* grad). For brukergruppen somatikk voksne svarte alle syv bydelene på dette spørsmålet, men for de tre andre gruppene svarte bare seks bydeler.

Bydelene skiller seg ikke vesentlig fra landet for øvrig når det gjelder hvilke fagfelt medarbeiderne har formell fagkompetanse i. Tre av de syv bydelene melder at de har en egen kompetanseplan for videreutvikling av formell kompetanse hos dem som vurderer, saksbehandler og/eller tildeler helse- og omsorgstjenestene.

DETALJER OM METODE OG DATAINNSAMLING

UTFORMING AV SPØRRESKJEMAET

Et mål ved utformingen av spørreskjemaet har vært at det skulle kunne besvares på maks 15 minutter. Dette har satt begrensninger på antall temaer som kunne dekkes og detaljeringsgraden i spørsmålene. Vi har prøvd å dekke de viktigste temaene, ha mest mulige lukkede spørsmål (ikke fritekstfelt) og å gjøre spørsmålene relevante og lette å svare på, med svaralternativer der respondentene i alle kommunene kunne kjenne seg igjen. Her følger en kort oppsummering av arbeidet.

Basert på bestillingen fra Helsedirektoratet ble et førsteutkast til skjemaet utformet. Utkastet og innhold i tilhørende brev (e-post) til potensielle respondenter ble diskutert innad i hele prosjektgruppen og endringer gjort. Nytt utkast til skjemaet (i Word-format) ble deretter sendt på høring hos Helsedirektoratet, KS og utvalgte frivillige pilotkommuner.

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra disse ble formuleringer av spørsmål og svaralternativer forbedret for å gjøre spørsmålene mer presise, dekkende og lette å forstå. Forklaringstekster ble lagt til der det var nødvendig. Spørsmål som var vanskelig eller spesielt tidkrevende å svare på, ble tatt ut. Det samme ble spørsmål som av testerne ble ansett som mindre relevante. Noen nye spørsmål

som testerne syntes var spesielt interessante/relevante, ble tatt inn. De fire brukergruppene «barn og unge», «rus og psykisk helse, voksne» «utviklingshemming, voksne» og «somatikk, voksne» ble tatt inn for å bote på problemet med at riktig svar viste seg å ofte være «det kommer an på», at det varierte mellom tjenesteområder/brukergrupper.

Spørsmålet om hvem saksbehandlerne samarbeider med ved tildeling av tjenester, viste seg å være komplisert. Selv med en avgrensning til de åtte presumptivt viktigste yrkesgruppene/enhetene, ville det blitt *svært mange* (32) spørsmål for respondentene å svare på dersom vi skulle kartlegge i detalj i hvilken *grad* (for eksempel med en prosentskala eller 1–5-skala) de, for alle de fire brukergruppene, samarbeider med hver av yrkesgruppene/enhetene. Et alternativ var ja/nei-avkryssing for hvilke tjenester de samarbeider med for eksempel *nært, mye* eller *ofte*. Etter interne diskusjoner kom vi frem til at vi ville få tilstrekkelig oversikt ved å bruke en slik ja/nei-avkryssing og å spørre om hvilke tjenester/enheter/yrkesgrupper saksbehandlerne samarbeider *ofte* med.

På bakgrunn av revidert versjon av skjemaet ble elektronisk spørreskjema laget i verktøyet SurveyXact, og dette ble sendt på ny høring hos de samme instansene, der vi ba om tilbakemelding på spesielt følgende:

- Er det noen spørsmål/svaralternativ som er uklare?
- Er det noen spørsmål som er mindre relevante og bør tas ut?
- Er det noen spørsmål som er for vanskelig å svare på? (De fleste spørsmålene er gjort obligatoriske, men der vi mener det kan være vanskelig for respondenten å svare, er det lagt til «Vet ikke»-alternativ, og noen er også gjort ikke-obligatoriske.)
- Er det viktige spørsmål som mangler?
- Er det viktige svaralternativer som mangler?
- Er skjemaet for kort/langt?
- Fungerer skjemaet godt rent teknisk sett?

På bakgrunn av skriftlige og muntlige tilbakemeldinger (intervju via videokonferanse) ble endelig versjon av skjema ferdigstilt og sendt ut. Skjemaet, slik det fremstår for respondentene på PC-skjerm, ligger som vedlegg på slutten av rapporten.

Vi ønsker å rette en stor takk til alle som deltok i pilottesting og gav tilbakemelding på skjemaet. I tillegg til deltakere i prosjektgruppen og ansatte i Helsedirektoratet var dette:

- Anne Gamme, KS Helse og velferd
- Anne Kjersti Drange, Askøy kommune
- Evelyn Solli Thomassen Tromsø kommune
- Hanne Karin Aasbø, Tvedestrand kommune
- Helge Dragsund, Stavanger kommune
- Hilde Ystanes, KS Vestland
- Jorunn Selsvik, Kvam kommune
- Villy Angelsen, Vestvågøy kommune

INNSAMLING AV SVAR

For å få tak i respondenter sendte vi først en e-post til postmottakene til alle kommunene i Norge der vi ba om få oppgitt navn og e-postadresse til «den i kommunen som har best kjennskap til hvordan [de] organiserer tjenestetildelingsfunksjonen». Det ble videre nevnt at dette kunne «for eksempel være øverste leder av kommunens helse-, omsorgs- og sosialtjeneste eller leder av enheten som har daglig ansvar for tjenestetildeling».

To uker senere ble det sendt en purring til postmottakene i kommuner der vi ikke hadde fått oppgitt en kontaktperson til spørreundersøkelsen.

Om lag tre uker senere ble spørreskjemaet sendt elektronisk via spørreskjemaverktøyet SurveyXact til alle kontaktpersonene. Skjemaet ble også fortløpende sendt ut når vi fikk oppgitt kontaktpersoner fra nye postmottak.

Om lag to uker senere ble det sendt første purring til kontaktpersonene som ikke hadde svart. Om lag to uker etter dette igjen ble det sendt ut en andre purring til kontaktpersonene som ennå ikke hadde svart.

I forbindelse med purringene ble det også sendt ut påminnelser til de som bare hadde fylt ut *del av spørreskjemaet**, med tilbud om assistanse hvis de hadde (hatt) tekniske problemer med å fullføre utfyllingen og oppfordring om å videresende spørreundersøkelsen hvis det var en annen i kommunen som var bedre egnet til å svare på (del av) den.

Oversikt over datoer:

- 28.08.2024: E-post til postmottakene
- 11.09.2024: Purring på postmottakene
- 01.10.2024: Utsending av spørreskjemaet til kontaktpersoner
- 14.10.2024: Første purring for spørreskjemaet
- 30.10.2024: Andre purring for spørreskjemaet
- 15.11.2024: Stenging av spørreskjemaet for nye svar

Postmottaket i Oslo meldte at *bydelene* tildelte helse- og omsorgstjenester, at det kunne være variasjon mellom disse i organiseringen av tildelingen og at vi derfor burde sende forespørselen til postmottakene i hver bydel. Vi sendte derfor tilsvarende forespørsel til postmottakene i de 15 bydelene og fikk kontaktinformasjon fra 10. Spørreskjemaet ble sendt til alle disse kontaktpersonene.

SVARPROSENT

Etter to purringer til postmottakene fikk vi kontaktinformasjon for 259 av de 356 kommunene (Oslo ekskludert) i Norge. Spørreskjemaet ble sendt til alle disse, og vi fikk komplette svar fra 213/259 (svarprosent 82 %). Svarprosenten var høy (≥ 75 %) for alle fylker utenom Finnmark (42 %).

Andelen kommuner med svar av *alle* (dvs. også inkludert de som *ikke* fikk tilsendt spørre-skjema), var 60 %. Denne andelen var litt høyere for store kommuner (71 %) enn for mellom-store (62 %) og små (55 %). Fullstendig oversikt fordelt på fylker er vist i følgende tabell.

* Av tekniske grunner blir bare fullstendige utfyllinger regnet som besvart i denne rapporten. For eksempel kan vi ikke skille mellom «ikke avkrysset» og «ikke utfylt» / «hoppet over» dersom skjemaet ikke er fullstendig utfylt.

For Oslo fikk vi svar fra 7 av de 10 bydelene som fikk tilsendt spørreskjemaet (svarprosent 70 %). Dette utgjør 7/15 (47 %) av alle bydelene.

Oversikt over svarprosent fordelt på fylker (se egne tall for Oslo).

	Kommuner	Fikk oppgitt kontaktperson				Totalt
		Kontaktpersoner		Besvarte undersøkelser		Prosent
		Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Agder	25	16	64 %	13	81 %	52 %
Akershus	21	15	71 %	12	80 %	57 %
Buskerud	18	13	72 %	10	77 %	56 %
Finnmark	18	12	67 %	5	42 %	28 %
Innlandet	46	37	80 %	29	78 %	63 %
Møre og Romsdal	27	18	67 %	15	83 %	56 %
Nordland	41	27	66 %	25	93 %	61 %
Rogaland	23	16	70 %	13	81 %	57 %
Telemark	17	12	71 %	9	75 %	53 %
Troms	21	15	71 %	14	93 %	67 %
Trøndelag	38	29	76 %	23	79 %	61 %
Vestfold	6	5	83 %	5	100 %	83 %
Vestland	43	34	79 %	32	94 %	74 %
Østfold	12	10	83 %	8	80 %	67 %
Totalt	356	259	73 %	213	82 %	60 %



KAPITTEL 3: CASESTUDIE AV FEM STRATEGISK UTVALGTE KOMMUNALE TILDELINGSENHETER FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Dette kapitlet har som formål å undersøke hvordan ledere og ansatte ved tildelingsenheter erfarer arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester. Våre forskningsspørsmål er:

- *Hvordan beskriver ledere i helse- og omsorgstjenester 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?*

For å svare på disse forskningsspørsmålene har vi gjennomført en komparativ casestudie. En casestudie er en empirisk studie som undersøker et samfunnsfenomen slik det fremkommer ute i virkeligheten og slik det er innvevd i den konteksten det opptrer i (Bukve, 2016). Casestudier brukes ofte for å få en dypere forståelse av sammenhenger, og komparative studier brukes ofte for å forstå variasjon i lys av kontekster fenomenet som studeres opptrer i. Ved å sette søkelys på en avgrenset tematikk, gir casestudier mulighet til å undersøke hvordan ulike faktorer virker inn på et fenomen i forskjellige kontekster (Bukve, 2016).

Fordelene med casestudier er at de gir en rik og detaljert innsikt i det som undersøkes, samt rom for nyanserte forståelser av komplekse fenomener med kontekstavhengige faktorer, noe som kan være vanskelig å oppnå med andre metoder. Casene kan velges for å undersøke variasjon, forskjeller eller likheter, avhengig av formålet og forskningsspørsmålet (Bukve, 2016). For å undersøke hvordan ledere og ansatte ved tildelingsenheter erfarer tildeling av helse- og omsorgstjenester ble det gjennomført en komparativ casestudie med fem tildelingsenheter. Casene i denne studien beskriver fenomenet tjenestetildeling i kommunale helse- og omsorgstjenester slik de formes av institusjonelle praksiser, kommunale politiske prioriteringer og bakkebyråkatets utøvelse basert på erfaring og bruk av skjønn (Fagertun & Tingvold, 2024).

Som beskrevet i kapittel 1 står saksbehandlere som bakkebyråkrater i et spenn mellom tilgjengelige ressurser og behovene som offentlige tjenester er ment å møte (Lipsky, 1980; Vabø, 2014; Zacka, 2017). En utfordring som den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor, er å sikre bærekraftige og likeverdige helsetjenester for hele befolkningen. I tildeling av kommunale tjenester står saksbehandlere og deres ledere i et spenningsfelt mellom organisatoriske krav, regelverk og individuelle behov hvor skjønnsutøvelse er sentralt (Zackas, 2017, Lipsky, 1980, 2010).

Organisatoriske krav og rammer påvirker muligheten for bruk av skjønn ved tjenestetildeling. For å imøtekomme utfordringer med bærekraftig og likeverdig tjenestetildeling har organiseringsmodeller med ulik rasjonale blitt utprøvd i kommunene i Norge (se kap. 1). Organisasjonsmodellene følger ulike logikker som profesjons- og organisasjonsprofesjonalitet. Den primære distinksjonen mellom disse logikkene ligger i deres fundamentale premisser: Profesjonsprofesjonalitet hviler på tillit til fagpersoners utdanning, kompetanse og yrkesetiske retningslinjer, mens organisasjonsprofesjonalitet er forankret i systematisk kontroll gjennom regler, prosedyrer og standardiserte rutiner (Liljegen, 2012). Overordnet kan man beskrive bestiller-utfører modellen som basert på en organisasjonsprofesjonalitet (mindre mulighet for skjønnsutøvelse) og tillitsmodellen på profesjonsprofesjonalitet (mer mulighet for skjønnsutøvelse). Samtidig finnes det mange variasjoner og utgaver av disse modellene. Kommunene som deltar i denne casestudien har ulik organisering av tjenestetildeling, hvor tre er basert på bestiller-utfører modell, én av kommunene har en tillitsbasert modell og én av kommunene har et tildelingsråd.

UTVALG AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTE TILDELINGSENHETER

Til sammen er fem kommuner strategisk utvalgt for denne komparative casestudien. Med «strategisk utvalg» mener vi rekruttering av kommuner ut fra en målsetting om at materialet best mulig representerer organisatorisk og kommunalt mangfold. Utvalgskriteriene ble også drøftet med kontaktpersonene i Helsedirektoratet for deres innspill. I utvalget inngår store og små kommuner lokalisert i ulike deler av landet og som har ulike modeller og arbeidsmåter når de tar imot søknader og fatter vedtak om helse- og omsorgstjenester. To av kommunene ble forespurt på grunnlag av tidligere kontakt med forskerne, og at de hadde modeller for tjenestetildeling som var av interesse for denne studien. De tre siste kommunene ble rekruttert på bakgrunn av ønske om variasjon i organisering av tildelingsarbeid og kommunestørrelse. Alle regioner i Norge er representert. Kun én kommune takket nei til å delta.

Statistisk Sentralbyrås (SSBs) sentralitetsindeks klassifiserer norske kommuner på bakgrunn av befolkning, arbeidsplasser og servicetilbud (Statistisk Sentralbyrå, 2020). Sentralitetsklasse 1 er svært sentrale kommuner og sentralitetsklasse 6 er svært usentrale kommuner. Vi har oppgitt sentralitetsklasse for hver case i tabellen nedenfor.

Case Tildelingsmodell	Kommune (pseudonym)	Kommunestørrelse	Sentralitets-klasse	Antall intervju	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 prosjektkoordinator
Separat tildelingsenhet – basert på bestiller-utfører modell	Blådal	Mindre enn 10.000 innbyggere (liten kommune)	4	3	1 leder 2 saksbehandlere

UTVALG AV KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTE TILDELINGSENHETER

I arbeidet med casestudiene har vi fordelt ansvar for innhenting av data mellom alle de fem regionale sentrene for omsorgsforskning (Øst, Sør, Midt, Vest og Nord). Innhenting av informasjon i en casestudie kan gjøres ved bruk av flere ulike metoder (Flyvbjerg et al., 2010). Datagrunnlaget i vår casestudie er kvalitative intervjuer, skriftlig dokumenter som benyttes ved tjenestetildeling og offentlig tilgjengelig informasjon om de inkluderte kommunene. Informasjon om kommunene ble innhentet for å få en bredere innsikt i tjenestetildelingens kontekst. De skriftlige dokumentene og informasjon som kommunestørrelse, demografi og sentralitetsklasse er relevante faktorer som påvirker tjenestetildeling og organisering av tjenestetildeling. Hvert senter for omsorgsforskning har gjennomført datainnsamling i egen region.

DELTAKERE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJUER

Etter å ha fått bekreftet deltakelse fra de inkluderte kommunene, tok vi kontakt med ledere som vi hadde fått oppgitt navn på. I samtale med ledere presenterte vi hensikten med studien og ledere hjalp til med utvelgelse av saksbehandlere som kunne forespørres om deltakelse i intervjuer. For fire av kommunene ble én leder for tjenestetildeling og to-tre saksbehandlere intervjuet. I den femte

kommunen ble to ledere som hadde tjenestetildeling som funksjon i kraft av sine lederstillinger, samt en prosjektkoordinator som bidro i utviklingen av en ny tjenestetildelingsmodell, intervjuet.

Samtlige intervjuer ble gjennomført digitalt i Teams og hadde en varighet fra 40 til 90 minutter. Tre av intervjuene ble gjennomført av to forskere, mens de øvrige ble gjennomført av én forsker. I ett intervju deltok to saksbehandlere, mens i de øvrige intervjuene var det én deltaker. Deltakerne som ønsket det, fikk tilsendt intervjuguiden på forhånd.

Digitale lydopptak av intervjuene ble gjort via diktafonappen i Nettskjema. Lydfilene ble transkribert ved hjelp av godkjente automatiske transkriberingsverktøy. Tekstfilene ble videre bearbeidet av forskerne som gjennomførte intervjuene for å sikre korrekt transkribering og at personidentifiserende opplysninger som person- og stedsnavn ble fjernet. Tekstfiler ble lagret i Teams, i tråd med retningslinjer for lagring av forskningsdata. Tabellen nedenfor viser en oversikt over deltakerne som ble intervjuet.

Antall deltakere	16 (kvinner: 15, menn: 1)
Stillingsbetegnelser	Leder (n=5) Saksbehandler (n=10) Prosjektkoordinator (n=1)
Alder	30-60
Gjennomsnitt tid i nåværende stilling	5 år
Utdanning	Sykepeler, sosionom Videre-/tilleggsutdanning i ledelse og forvaltning
Erfaring fra kommunale helse- og omsorgstjenester	4-33 år

Basert på intervju og annen tilgjengelig informasjon fra kommunene, konstruerte forskerne de fem casebeskrivelsene basert på en felles mal. Malen var utviklet med utgangspunkt i de tematiske områdene i intervjuguidene og inkluderte:

- Tjenestetildelingens tilblivelse, organisering og myndighet
- Arbeidsdagen med tildeling av tjenester/vedtak
- Etterspørsel etter tjenester og budsjett/prioriteringer
- Måloppnåelse; oppfatninger om hvorvidt tjenestene er a) virkningsfulle, b) trygge innenfor forsvarlighetskriteriet, c) involverer tjenestemottakere, d) godt samordnet og har kontinuitet, e) tilgjengelige og rettferdig fordelt samt f) utnytter ressursene på en god måte

KOMMUNALE STYRENDE DOKUMENTER SOM DEL AV DATAGRUNNLAG

Som nevnt over, er beskrivelsene av kommunene basert på offentlig tilgjengelig informasjon. Vi har hentet informasjon om befolkningssammensetning, sysselsetting og næringer fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) sin statistikkbank, og beskrivelsene av kommunens tilbud om helse- og omsorgstjenester er basert på informasjon som er tilgjengelig på kommunens hjemmeside.

I tillegg har det i noen av casene blitt brukt informasjon fra dokumenter om kommunenes organisering og/eller tildelingskriterier som er utarbeidet for tildeling av kommunens helse- og omsorgstjenester. Da vi gjennomførte intervjuene, etterspurte vi dokumenter som:

- *Kommunale vedtak og planer:* Hver kommune har ofte egne vedtak og planer som spesifikt regulerer hvordan tjenester skal leveres, basert på lokale behov og prioriteringer. Dette kan inkludere vedtak fattet av kommunestyret, kommuneplaner, økonomiplaner og strategiske planer for ulike sektorer som helse og omsorg.
- *Rutiner og prosedyrer:* Hver kommune har interne rutiner og prosedyrer som saksbehandlere følger i sitt arbeid. Dette skal bidra til å sikre at behandling av saker skjer på en ensartet og rettferdig måte.
- *Lokale tildelingskriterier eller kommunale tjenestestandarder for helse- og omsorgstjenester:* Kommuner kan ha egne kriterier for tildeling av hjemmetjenester, sykehjemsplasser, omsorgsboliger, støttekontakt, eller avlastningstjenester. Kriteriene kan være basert på tjenestemottakerens helsetilstand, funksjonsnivå, og behov for hjelp.

Noen kommuner hadde flere skriv om saksbehandlingsrutiner, kriterier for tjenester og kartleggingsverktøy som ble benyttet, mens andre hadde kun ett skriftlig dokument. Et par kommuner hadde tilgjengeliggjort sine dokumenter på kommunens hjemmeside, blant annet opplysninger om hvilke kriterier som gjelder for å få vedtak på ulike tjenester (f.eks. dagsentertilbud, sykehjemsplass etc.).

Kommunene som deltok, hadde alle retningslinjer for mottak av søknader. Navnet på dokumentet som beskrev retningslinjene hadde ulike navn i de forskjellige kommunene, men mange av de samme momentene var listet opp og skriftliggjort. Dette innbar opplysninger om personen som søker tjenester, familie og boforhold, diagnoser og bruk av legemidler, hva søkeren klarer/ikke klarer selv av ADL-gjøremål, ernærings situasjon samt opplysninger om funksjonsevne, behov for hjelp/assistanse.

ANALYSESTRATEGI

Tjenestetildelingen ble gjennom denne komparative casestudien systematisk undersøkt ved å sammenligne de fem casene med tanke på fellestrekk, forskjeller og variasjon. Analysen tok utgangspunkt i forskningsspørsmålene:

1. Hvordan beskriver ledere organiseringen av tjenestetildelingen og samarbeid de har i sin kommune?
2. Hvordan opplever saksbehandlere det daglige arbeidet med tjenestetildeling, vedtak, samarbeid og oppnådd kvalitet ved tildelingsprosessen og med tildelte tjenester?

Gjennom en deduktiv analyse på tvers av casene ble det benyttet forhåndsdefinerte koder (de seks kvalitetsdimensjonene og de identifiserte modellene). Analysestrategien er inspirert av refleksiv tematisk analyse av Braun og Clarke (2006, 2019), som innebærer de seks stegene: (i) gjøre seg kjent med dataene, (ii) finne innledende koder (deduktive koder i vårt tilfelle), (iii) konstruere temaer, (iv) kritisk gjennomgå temaer, (v) definere og navngi temaer og (vi) utarbeide rapporten.

I første steg av analysen ble dataene fra de fem casene lest grundig for å få en forståelse av innholdet (Braun & Clarke, 2006, 2019). Interessante punkter om forskjeller og likheter mellom casene ble notert. Neste steg var en systematisk gjennomgåelse av dataene i hver case hvor tekstutdrag relatert til forskningsspørsmålene ble fordelt i forhåndsbestemte koder som for eksempel «samordnende tjenester», «rettferdige tjenester» og «ressursutnyttelse». Tekstutdragene ble organisert i en tabell med kodene på tvers av casene for å muliggjøre sammenligning og få en oversikt over likheter og særegenheter ved casene. Deretter ble kodene organisert i foreløpige overordnede temaer for å fange opp bredere mønstre både innenfor og på tvers av case. Temaene ble sammenlignet på tvers av de fem casene for å belyse likheter og forskjeller.

Kodede utdrag som fremstod som relevante i det aktuelle temaet ble beholdt, utdragene som ble oppfattet som irrelevante, ble enten flyttet til andre temaer, plassert i nyopprettede temaer, eller ekskludert fra analysen. Temaene ble revidert og undersøkt om de nøyaktig representerte dataene innenfor og på tvers av casene, og at de hadde støtte i dataene og reflekterte kompleksiteten i materialet. Deretter ble hvert innhold i temaene tydeliggjort og spesifisert hvordan det relaterer seg til hver case og til studiens forskningsspørsmål. I siste steg ble likheter og forskjeller mellom casene under de endelige temaene diskutert og relatert til forskningsmålene og teori. De endelige temaene ble:

1. Rettferdig fordelte tjenester – nærhet eller distanse til tjenestemottaker?
2. Myndighet, autonomi og kontroll.
3. Velferdsregimets grenser – ulike organisering, felles utfordringer.

Under det siste temaet ble tre undertema tema konstruert: Økt etterspørsel og innstramminger ved tjenestetildelingen – hvor går grensen for trygge tjenester? Ressursutnyttelse – hvordan prioritere ved tjenestetildeling? Involvering av tjenestemottaker og makt ved tjenestetildeling.

ETISKE ASPEKTER

Prosjektet er gjennomført i henhold til forskningsetiske retningslinjer beskrevet i Helsinkierklæringen (World Medical Association, 2013). SIKT, kunnskapssektorens tjenesteleverandør, har vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (prosjektnummer 348250). For å beskytte deltakernes anonymitet har vi benyttet fiktive navn på kommunene og deltakerne i casestudien. Vi har også unnlatt å sammenstille informasjon om hver enkelt deltaker i tabellform med tanke på å beskytte deres anonymitet. Deltakerne ga skriftlig eller muntlig informert samtykke dokumentert i skjema eller lydopptak. Deltakerne ble opplyst om at de kunne velge å trekke seg når som helst uten å oppgi noen grunn. Ingen av deltakerne valgte å trekke seg.

PRESENTASJON AV FEM KOMMUNALE TILDELINGSENHETER SOM CASE

CASE TILLITSMODELL – GRANVIK KOMMUNE

GENERELL INFORMASJON OM KOMMUNEN

Granvik er en av Norges større kommuner med et folketall på over 60.000 og er klassifisert i sentralitetsklasse 1 (mest sentral) i Statistisk Sentralbyrås (SSBs) sentralitetsindeks (Statistisk sentralbyrå, 2023). Kommunen har opplevd en jevn økning i befolkningen med ca. 1,5 % årlig vekst de siste årene, hovedsakelig på grunn av innflytting fra andre deler av landet og utlandet. Det fødes omtrent dobbelt så mange som det dør hvert år i kommunen. Andelen av befolkningen fra 0 til og med 39 år er 64 %, og befolkningens gjennomsnittsalder er 36 år. Kommunen har et areal på 7,5 km² og en befolkningstetthet på ca. 8 300 innbyggere per km².

OMORGANISERING AV TJENESTETILDELING – FRA BESTILLER- UTFØRER MODELL TIL TVERRFAGLIG VEDTAKSMODELL

Fra januar 2024 ble det gjort en større omorganisering i kommunens tjenestetildeling, som innebærer at tjenester relatert til somatikk, rus og psykiatri er samlet i ett tverrfaglig team under en enhet, og øvrige tjenester under tre andre enheter. Deltakerne forteller at dette skal sikre en helhetlig vurdering av tjenestemottakere med sammensatte behov. Omorganiseringen er politisk forankret og bygger på en tillitsmodell som ble innført i helse- og omsorgstjenestene i 2019, der et av hovedtrekkene er å gi mer beslutningsmyndighet til tjenesteutøverne. Tjenesteutøvere og saksbehandlere samarbeider om vurderinger ved tildeling av tjenester i tverrfaglige team under ulike organisatoriske enheter. De fire enhetene i tjenestetildelingen i Granvik kommune er organisert under, er: Enhet helse og hverdagsmestring (hjemmebaserte tjenester, boliger med bistand, dag- og aktivitetssenter, avlastning), Enhet bolig (boligkontor, booppfølging, boligsøknader), Enhet ambuleringer (psykisk helse og rus) og Koordinerende enhet. Når kommunen mottar søknader om tjenester, går alle saker først til koordinerende enhet, som avgjør hvilken tjeneste eller hvilket team som skal følge opp saken videre. Vedtak som sykehjemsplasser, trygghetsalarmer og noen tjenester etter boligsosial lov, håndteres av Vurderingsteamet, som er organisert under Koordinerende enhet. Vurderingsteamet er tverrfaglig sammensatt av sykepleiere, ergoterapeut og vernepleiere, og er det eneste teamet som består av kun saksbehandlere.

Når Vurderingsteamet mottar søknader, vurderes det først om søkeren har behov for tjenester, etterfulgt av en to ukers avklaringsperiode der behovene kartlegges. Saksbehandlerne i Vurderingsteamet planlegger egne kartleggingsbesøk i hjemmet til søkeren. Eventuelt drar saksbehandlere i Team hjemmetjenester, organisert under Enhet helse og hverdagsmestring, på hjemmebesøk for å kartlegge hvilke tjenester tjenestemottakeren har behov for. Saksbehandlerne omtaler kartlegging som en viktig del av arbeidet med å vurdere tjenestemottakerens behov for tjenester, enten det er hjemmetjenester, sykehjemsplass eller andre tjenester. Kartleggingsbesøk i hjemmet gjennomføres hvis det er nye tjenestemottakere, og i noen tilfeller ved behovsendringer.

av tjenester. Under disse hjemmebesøkene kartlegges hva tjenestemottakeren mestrer selv, og hva vedkommende trenger hjelp til. Under besøket benytter saksbehandleren en standard mal for å kartlegge helseopplysninger, funksjon, bolig, boforhold og familieforhold. Saksbehandlerne påpeker at det er viktig å lage en så grundig journal som mulig, som også kan brukes i fremtidige vurderinger. Dette omfatter blant annet å gå gjennom boligen for å se på terskler og vurdere behovet for hjelpemidler. Ved slike besøk ser saksbehandlerne blant annet på tjenestemottakerens evne til å utføre daglige oppgaver, som personlig hygiene, og om det er behov for midlertidige eller mer langsiktige tiltak. Saksbehandlerne benytter dokumentasjons- og kartleggingsverktøy som Geric (elektronisk pasientjournalssystem), og IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) for å sikre at relevant informasjon samles inn og dokumenteres. Saksbehandlerne legger vekt på å unngå at alle saker fører til vedtak om tjenester; ofte blir tjenestemottakerne henvist til lavterskeltilbud eller får rådgivning. Etter hjemmebesøket diskuteres saken i plenum i Vurderingsteamet.

Og så går vi til kontoret, og diskuterer gjerne. Noen ganger er det jo helt tydelig at dette er avslag eller godkjenning. Men som regel, hvis det er avslag, så diskuterer vi i plenum. For å bare være sikker på at noen andre ut fra den journalen jeg har skrevet, også ser det samme som jeg ser. Så er det viktig å dokumentere så godt som mulig, også om det skal bli en klagesak da. (Saksbehandler 2, Vurderingsteamet)

Saksbehandlerne forteller at beslutningen om vedtak gjøres ut fra en helhetlig vurdering og balanseres mellom faglige vurderinger og hensynet til forsvarlighet og tjenestemottakers ønsker. Når et vedtak er fattet, overføres saken til hjemmetjenesten eller en annen utførende tjeneste. Saksbehandleren i Vurderingsteamet eller Team hjemmetjenester er dermed ferdig med saken.

Oppfølgingen av vedtak skjer hovedsakelig ved en revurdering etter seks måneder. I akutte eller spesielle tilfeller, som for eksempel når en tjenestemottaker har pådratt seg et beinbrudd, forteller saksbehandlerne at revurderinger kan skje tidligere. Saksbehandleren forklarer at oppfølgingen kan variere avhengig av situasjonen. Enten går saksbehandleren på hjemmebesøk for å snakke med tjenestemottakeren, eller de får tilbakemeldinger fra utførere av tjenester i hjemmetjenesten eller andre, som eksempelvis demensteamet, som kan foreslå endringer basert på tjenestemottakerens behovsutvikling. Saksbehandlerne erfarer at de er avhengig av at tjenesteutøverne dokumenterer godt og gir tilbakemelding om det er behov for endringer. Revurderinger skjer også i tilfeller der det er uenighet mellom tjenesteutøverne og saksbehandlerne, eller hvor tjenesten ikke har fungert som planlagt. Saksbehandlere i Team hjemmetjenester har faste ukentlige møter med utførerne i hjemmetjenesten, hvor de går gjennom tjenestemottakere som har behov for oppfølging. Det er også i disse møtene at eventuelle justeringer i tjenester diskuteres.

Så da følger vi jo litt opp i tett dialog med hjemmetjenesten, om den brukeren ønsker hjelpen, tar imot hjelpen, har behov for hjelpen, hva mester brukeren selv. Og så tar vi en vurdering om brukeren skal få et vedtak på videre hjelp, eller om det skal avsluttes, eller om det skal over til noen andre tjenester. (Saksbehandler 1, Team hjemmetjenester)

I intervjuet forteller deltakerne at vedtak fattes etter lover som blant annet helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Saksbehandlerne nevner også forvaltningsloven, som brukes spesielt i klagesaker. De beskriver at disse lovene gir et bredt grunnlag, og det er nødvendig å bruke skjønn i vurderingene.

SAMORDNING, TILLIT OG BESLUTNINGSMYNDIGHET ETTER OMORGANISERING TIL TILLITSMODELL

Lederen for Vurderingsteamet som ble intervjuet opplever at tjenestene er godt samordnet, spesielt etter omorganiseringen til en tillitsmodell. De har nå flere faggrupper som sitter sammen og diskuterer saker, noe som reduserer silotenkning og fører til bedre samarbeid. Teamlederen beskriver et godt og nært samarbeid mellom ulike avdelinger og tjenester i kommunen, som hjemmesykepleien, NAV og sykehusene. Ansatte i kommunens helse- og omsorgssektor og sosial- og velferdssektor jobber i samme bygg, noe som gjør det lettere å kommunisere og samarbeide. Dette fysiske nærværet mellom de ulike aktørene bidrar til mer effektiv samhandling. Et eksempel på godt samarbeid er når ulike instanser jobber sammen om utskrivning av pasienter fra sykehus, der boligsituasjon, NAV-støtte og nødvendig oppfølging blir kartlagt og koordinert tidlig for pasientens beste. Dette gir mer stabilitet og forutsigbarhet for tjenestemottakerne, siden flere perspektiver og kompetanser koordineres for å finne den beste løsningen for den enkelte.

Saksbehandlerne i de ulike enhetene gjør vedtak i samarbeid med utøvere av tjenester, noe som deltagerne opplever at reduserer avstanden til tjenestemottakerne og bidrar til en mer fleksibel saksbehandling. Både fordi det er et tettere samarbeid med tjenesteutøverne om endringer av vedtak, og økt tilgang på tjenesteutøvernes informasjon og innsikt om pasienten. Deltakerne beskriver at innføringen av tillitsmodellen i kommunen har medført betydelige endringer, både positive og noen mer utfordrende. Saksbehandleren i Team hjemmetjenester opplever sitt arbeidssted som godt organisert, med lett tilgang til andre profesjoner, som for eksempel demensteam, fysioterapeuter og jurister, noe som gjør det enklere å gi helhetlige tjenester. Omorganiseringen av tjenestetildeling har bidratt til økt fleksibilitet i tjenestene, slik at de nå i større grad kan tilpasse tjenestene til tjenestemottakernes daglige behov. Tidligere var oppgaver styrt av stramme tidsrammer, men med tillitsmodellen har tjenestene fått en mer dynamisk og brukerorientert tilnærming. Dette mener saksbehandlerne har bidratt til å redusere stress både for tjenestemottakerne og tjenesteutøverne, samtidig som det legger til rette for bedre samarbeid mellom saksbehandlere og tjenesteutøvere. Denne samordningen mellom ulike aktører bidrar til mer effektive tjenester, men saksbehandlerne påpeker likevel eksempler på at tjenestemottakerne kan oppleve det som rotete når de må forholde seg til flere saksbehandlere avhengig av hvor de er i tjenesteforløpet (sykehus, korttids plass og hjemmetjeneste). I intervjuet understreker saksbehandlerne at de forsøker å møte disse utfordringene ved å organisere samarbeidsmøter når de ser at mange instanser er involvert i én sak. Saksbehandleren i Team hjemmetjenester beskriver et godt samarbeid med kollegaer, delvis fordi de jobber tett sammen fysisk og kan ha rask og effektiv dialog. Den jevnlike kontakten bidrar til et miljø preget av tillit.

Fordi jeg føler at de har all respekt for meg, og jeg har all respekt for dem. Og da fungerer det veldig, veldig godt. Men jeg kan jo ikke si det for alle, på en måte. Så ja, jeg skjønner jo på en måte at folk sikkert har det veldig forskjellig i den tillitsmodellen. Jeg tror det der med å være med dem [utførere av tjenester] og være kjent med dem, at du ikke bare er det navnet på skjermen hele tiden, gjør at du får en annen type respekt. (Saksbehandler 1, Team hjemmetjenester)

Saksbehandleren i Vurderingsteamet erfarer at tillitsmodellen fungerer varierende i praksis. Selv om modellen søker å fremme samarbeid, opplever enkelte tjenesteutførere fremdeles et skille mellom saksbehandlerne og utførere av tjenestene, noe som kan skape konflikter rundt beslutningsmyndighet. Saksbehandleren i Vurderingsteamet beskriver at det fortsatt oppleves

som en «oss og dem»-situasjon, der utførere av tjenesten på sykehjem eller sykehus ikke alltid respekterer eller forstår saksbehandlernes beslutninger fullt ut. Dette kan spesielt være et problem når det gjelder prioriteringer og ressursbruk. Saksbehandlerne påpeker at de ofte må ta hensyn til økonomiske vurderinger og ressursfordeling, mens de som utfører tjenestene i større grad er oppmerksomme på de umiddelbare behovene til tjenestemottakerne.

Så litt sånne type ting hvor kanskje saksbehandlerne er litt mer, altså har litt større bilde med alt dette med det samfunnsøkonomiske og alle disse ressursene inne i bildet. [...] De bare tenker at det skal spares penger, men det er jo en grunn. Vi skal jo ikke spare penger på bekostning av brukerne, men vi vil jo ikke miste stillinger som vi trenger, og gjøre det vanskeligere på sikt. Så litt det blikket for eksempel, det tror jeg flere hadde hatt godt av å se helheten i. (Saksbehandler 2, Vurderingsteamet)

Saksbehandlerne legger vekt på at beslutninger fattes i samarbeid med ledelsen, spesielt i situasjoner der det kan forventes klager. Ledelsen spiller en støttende rolle, og det er et godt samarbeid mellom saksbehandlere og ledere. I tillegg til de interne møtene, deltar leder for Vurderingsteamet eller fagansvarlige på møter som involverer søknader om langtidsplass på sykehjem. Leder for Vurderingsteamet opplever generelt tillit fra sine ansatte, noe som vises ved at de henvender seg med spørsmål og saker for diskusjon. Teamlederen har jobbet sammen med mange av de ansatte i flere år og har opparbeidet et nært forhold preget av gjensidig tillit. Når det gjelder tillit fra tjenestemottakere og pårørende, kan det være mer utfordrende. Dette skyldes ofte at forventningene til tjenestemottakerne er høyere enn hva tjenestene kan tilby.

[...] men der er det ofte sånn at forventningene er mye høyere enn hva man kan tilby. Det er ofte det som er problemet, at man [tjenestesøkere] har så høye forventninger på hva vi kan tilby. Og ikke minst de som kommer fra sykehus, så er det ofte sykehuset mener det og det, også formidler de det til pårørende av brukerne uten at vi har vært inne. Så det er alltid vanskelig å komme i etterkant og si noe. (Leder, Vurderingsteamet)

Ved uenigheter eller misforståelser som beskrives i sitatet, kan det i noen tilfeller arrangeres felles møter med saksbehandler, sykehus og helsehus, der både pårørende og tjenestemottakere blir invitert. Leder for Vurderingsteamet påpeker at dette bidrar til å avklare forventninger, gi en klarere forståelse av situasjonen for alle involverte parter, og øker tilliten mellom dem.

ØKT ETTERSPØRSEL ETTER TJENESTER – ØKT BEHOV FOR TVERRFAGLIGHET

Deltakerne beskriver at etterspørselen etter kommunale tjenester har økt i løpet av årene. I tillegg har behovene blitt mer komplekse, noe som både utfordrer ressursene og krever økt tverrfaglig samarbeid. Dette forklares med økt andel eldre personer i kommunen og at eldre hjemmeboende tjenestemottakere er sykere enn tidligere, noe som påvirker tildelingen av plasser på sykehjem og rehabiliteringsenheter. Saksbehandlerne som stiller til intervju, jobber primært med eldre tjenestemottakere og peker på at terskelen for å motta tjenester har blitt høyere. Det understrekes at det er en markant økning i etterspørselen etter hjemmetjenester, noe som har økt presset på hjemmetjenestene. Deltakerne oppgir at økt etterspørsel og press på hjemmetjenester delvis skyldes politiske beslutninger om at folk skal bo hjemme så lenge som mulig. Saksbehandlerne peker på flere faktorer som påvirker behovet for hjemmetjenester. Det beskrives en økning i yngre

tjenestemottakere, samt mer sammensatte sykdomsbilder som bidrar til økt behov for tverrfaglig kartlegging og samarbeid.

Jeg ser jo endringer ved at det blir mer komplekse behov og stadig yngre inn i tjenesten. Det er ikke bare kreft, men det er også kreft og psykiatri med demens. Jeg synes det blir mer og mer sånt, at du har litt mer kompliserte saker, og komplekse behov, og behov for flere tjenester inne hos en [tjenestemottaker]. Jeg har også hatt en økning i individuelle planer. Det kommer jo også når det er flere instanser inne. (Saksbehandler 1, Team hjemmetjenester)

I tillegg forteller deltakerne om en endring i gruppen av tjenestemottakere, med flere ressurssterke tjenestemottakere som har høyere forventninger til tjenestene. Det beskrives en endring fra sosialproblematikk og rusrelaterte saker, til en økning av tjenestemottakere med større økonomiske ressurser som søker mer omfattende tjenester, som brukerstyrt personlig assistanse og praktisk bistand, til tross for at de ikke alltid kvalifiserer til slike tjenester. Saksbehandleren understreker betydningen av samarbeid med hjemmetjenesten, demensteam og andre aktører for å sikre at riktig beslutning tas. Avgjørelsene baseres dermed på en helhetlig og tverrfaglig vurdering. Saksbehandlerne erfarer at økt etterspørsel i tillegg fører til forventninger fra lederne om at alle muligheter til å yte tjenester i hjemmet må være forsøkt før man tildeler for eksempel en langtidsplass på sykehjem.

Så er det en helhetlig vurdering sammen med hjemmetjenesten og demensteamet og andre tjenester som er inne i bildet på å se hva er prøvd, og kan det prøves mer? Vi vet jo også litt hva lederne våre kommer til å spørre om, på en måte. [...] Ja, de [lederne] er jo veldig på at alt skal være prøvd hjemme. Så ja, vi må jo ta det opp hvis det kommer en søknad [om sykehjemsplass], men det er litt med hvordan vi prioriterer. I vår [kommune] så er det inntaksmøte en gang i måneden, så det er ikke alle som vi tar opp på første møte. Hvis vi tenker at dette må kartlegges mer hjemme, eller prøves med andre hjelpemidler, eller kanskje man skal prøve i en opptreningsleilighet først. (Saksbehandler 2, Vurderingsteamet)

RESSURSUTNYTTELSE, TILGJENGELIGHET OG RETTFERDIG FORDELING – HVA ER NØDVENDIGE TJENESTER?

Leder for Vurderingsteamet påpeker at ressursutnyttelsen har blitt bedre etter omorganiseringen til en tillitsmodell. Hun erfarer at den tverrfaglige tilnærmingen bidrar til å bruke ressursene mer effektivt. Ved å ha diskusjoner mellom flere faggrupper kan det finnes løsninger som er bedre for tjenestemottakerne enn de hadde klart å finne individuelt eller med kun én faggruppe. Det påpekes at både tjenestemottakerne og samfunnet får mer ut av de tilgjengelige ressursene, noe som er en klar forbedring sammenlignet med tidligere tider, da vurderingene ofte ble gjort mer isolert. Saksbehandlerne understreker også at det er økonomisk fordelaktig at tjenestemottakerne bor hjemme lengst mulig, og at noen tjenestemottakere kan være ressurser for hverandre i fellesskap, for eksempel i omsorgsboliger. Videre mener en av saksbehandlerne at det bør være mer oppmerksomhet på ensomme eldre personer som ikke har demens eller andre diagnoser som kvalifiserer for mer målrettede tjenester.

Jo, jeg synes det er lite fokus på det der med forebyggende tjenester, eller det er veldig mange som kanskje faller litt utenom alt. [...] Nei, jeg vet ikke, kanskje litt mer fokus på ensomme hjemme. Hjemmeboende uten diagnoser eller uten demensdiagnoser. For du er ganske godt

ivaretatt hvis du har demens, men så kan det være litt vanskeligere å finne riktige ressurser for deg hvis du ikke har demens. Hvis du bare er gammel, og kanskje hele nettverket ditt har dødd. Jeg tenker jeg skulle hatt litt mer fokus på det. For det tror jeg også ville gitt avkastning senere igjen. (Saksbehandler 1, Team hjemmetjenester)

Når det gjelder tjenestenes tilgjengelighet og rettferdig fordeling, opplever leder for Vurderingsteamet at alle tjenestemottakere har lik tilgang til tjenestene. Det understrekes at alle som søker om tjenester får sin situasjon vurdert av en tverrfaglig gruppe, og at disse vurderingene blir gjort på samme måte for alle. Lik framgangsmåte i vurderingene sikrer at tjenestene blir rettferdig fordelt. Til tross for dette beskriver teamlederen at noen grupper av tjenestemottakere blir prioritert fremfor andre: «Jeg ser at det er noen grupper, for eksempel flyktninger, som blir prioritert for kommunal bolig. Og vi har veldig mange som ikke får kommunal bolig som trenger det» (Leder, Vurderingsteamet). Saksbehandlerne opplever at opplysninger om tjenestene stort sett er tilgjengelige for tjenestemottakerne, men trekker frem at enkelte grupper, som eldre personer uten pårørende og flerkulturelle tjenestemottakere, kan ha utfordringer med å finne frem til informasjon om tilbudene. Det fremheves også viktigheten ved bruk av tolk for flerspråklige tjenestemottakere.

Saksbehandlerne påpeker at de fleste tjenestemottakere får nødvendige tjenester, men at enkelte kan oppleve lang ventetid for langtidsplass på sykehjem, noe som en av saksbehandlerne mener kan føles uverdigg for tjenestemottakerne. I mellomtiden ivaretas disse på korttidsplasser, selv om det kan være utfordringer med tilgjengelighet også på disse plassene. Saksbehandleren understreker at de gjør sitt beste for å sikre forsvarlig omsorg, blant annet ved å tilby økt tilsyn ved behov.

Og så fikk brukeren plass på korttidsavdelingen, men da nektet korttidsavdelingen å ta han med for han var ikke medisinsk avklart. Og da kjente man jo på det. Men hva skal vi gjøre? Men det endte jo bare med at vi økte masse tjenester og hadde masse tilsyn, og på en måte vi [hjemmetjenesten] ble den 24-7-tjenesten han trengte da. (Saksbehandler 1, Team hjemmetjenester)

Når det gjelder rettferdighet i fordelingen av tjenester, mener en av saksbehandlerne at tjenestene vurderes individuelt basert på tjenestemottakers behov og mestring, men at ensomme eldre personer uten nettverk kan falle utenfor. Saksbehandleren sier at det generelt forsøkes å sikre rettferdig behandling, men erkjenner at det er forskjeller i tjenestetilbudet. Særlig ved at de som roper høyest kan få raskere hjelp, spesielt hvis de har ressurssterke pårørende. Dette kan skape en risiko for at de minst ressurssterke i samfunnet blir oversett, noe som er en bekymring for saksbehandlerne.

Saksbehandlerne ser ikke på ensomhet og utrygghet som utløsende for helsehjelp, selv om det er en utbredt bekymring blant tjenestemottakere og pårørende. Saksbehandleren erfarer ofte diskusjoner om hva som kvalifiserer som «nødvendig helsehjelp», og dette kan variere avhengig av hvem man spør. Uenigheter kan knyttes til ulike profesjonelle perspektiver, som når sykepleiere og ergoterapeuter vurderer tjenestemottakerens funksjonsnivå og behov på forskjellige måter. Diskusjoner og forklaringer fører ofte til en felles forståelse. Det trekkes i tillegg frem at pårørende ofte har sterke meninger om rettighetene og hva som anses som verdig eller nødvendig hjelp. Ofte har både pårørende og utførere av tjenester urealistiske forventninger, for eksempel når det gjelder varigheten av et opphold på en helseinstitusjon. Saksbehandlere har et restriktivt syn på

dette av hensyn til begrensede ressurser, noe som kan føre til spenninger når pårørende ønsker lengre opphold enn det som anses nødvendig.

[Tjenestemottaker] var på sykehus, og så på helsehuset. Så ville pårørende de skulle være der. Mange har jo urealistiske forventninger på at de [tjenestemottakere] skal bli helt bra igjen også. Men er du 95 og pådrar deg et brudd, så skal det jo litt til for at du kommer dit du var, på en måte. Så da må man jo bare stå i det og diskutere med kollegaer og leder om å lande på at denne beslutningen står vi sammen om, for vi vet at det antageligvis kommer en klage på det. Så sørger vi for at vi har dokumentert det vi trenger. Når vedkommende kommer hjem, så går vi inn og ser hvordan det har gått, og hører med hjemmetjenesten, og ser at det går bra ut ifra kommunens øyne, men de [pårørende] vil jo ikke føle det [at det går bra]. (Saksbehandler 2, Vurderingsteamet)

INVOLVERING AV TJENESTEMOTTAKERE OG PÅRØRENDE I TILDELINGSPROSESSEN

Saksbehandlerne som ble intervjuet hevdet at tjenestemottakerne involveres kontinuerlig i tildelingsprosessen, og at deres ønsker alltid blir etterspurt. Selv om tjenestemottakernes ønsker eller pårørendes oppfatninger tidvis kan avvike fra kommunens vurderinger, legges det stor vekt på å lytte til tjenestemottakerne og finne en felles løsning. Saksbehandlerne understreker at tjenestemottakerne skal få mulighet til å uttrykke sine behov og ønsker tydelig. Noen ganger oppstår det konflikter, særlig når forventningene er urealistiske, som når sykehus lover tjenester som ikke kan innfris. Videre påpeker en av saksbehandlerne at tidlig dialog med tjenestemottakerne og grundige forklaringer om beslutninger er viktig for å redusere potensielle frustrasjoner senere i prosessen. Gjennom å gi tjenestemottakerne informasjon om tjenestene samt skape kontaktpunkter for å drøfte eventuelle bekymringer, skapes det et mer tillitsfullt forhold. Dette forebygger situasjoner hvor tjenestemottakerne kan bli misfornøyd, ettersom de får en klarere forståelse av hva de kan forvente av kommunen.

[...] stort sett så tror jeg at det der med, som vi gjør her, at vi går inn ganske tidlig når brukeren kommer til oss og oppretter den første dialogen, gjør at vi ikke har superfrustrerte brukere senere, fordi vi på en måte forteller om vår tjeneste og hvem man skal ta kontakt med hvis de er bekymret, hvor man skal ringe og litt sanne ting. Altså etter vi gikk over til den tillitsmodellen så tror jeg at vi kanskje har blitt mer føre var. Så bruker ikke rekke å hisse seg helt opp, men så har vi jo så klart noen som ikke er helt fornøyd og som mener at mor skulle bodd der, eller at ting skulle vært annerledes. (Saksbehandler 1, Team hjemmetjenester)

Når det gjelder pårørende, understreker saksbehandlerne at de er viktige, men at de primært bør få være pårørende, og ikke utførere av tjenester. Det etableres tiltak som for eksempel jevnlig oppdateringer fra hjemmetjenesten til pårørende om status til tjenestemottakere med demens. Dette reduserer engstelse blant pårørende og bidrar til et tillitsfullt samarbeid.

OPPSUMMERING

I Granvik kommune ble tjenestetildelingen omorganisert fra januar 2024, slik at tjenester relatert til somatikk, rus og psykiatri nå er samlet i ett tverrfaglig team. Målet med omorganiseringen er å sikre en helhetlig vurdering for tjenestemottakere med komplekse behov, og bygge

på en tillitsmodell innført i 2019 som gir mer beslutningsmyndighet til tjenesteutøvere. Tjenestetildelingen i kommunen er organisert i fire enheter: helse og hverdagsmestring, bolig, ambulerende tjenester og koordinerende enhet. Koordinerende enhet mottar alle tjenestesøknader og avgjør hvilket team som tar videre oppfølging. Vurderingsteamet under koordinerende enhet består av kun saksbehandlere som avgjør vedtak om tjenester som for eksempel sykehjemsplass og trygghetsalarm.

Deltakerne beskriver hvordan omorganisering basert på en tillitsmodell har styrket samarbeid mellom ulike faggrupper i kommunens helse- og omsorgssektor og sosial- og velferdssektor. Med flere tjenesteområder samlet i samme bygg har det blitt enklere å koordinere tjenester, noe som reduserer silotenkning og fremmer bedre kommunikasjon og mer effektive tjenestetildeling til tjenestemottakerne. Innføringen av teambasert tjenestetildeling gir saksbehandlere mer fleksibilitet til å tilpasse tjenester etter tjenestemottakernes behov. Det er fortsatt enkelte spenninger mellom saksbehandlere og tjenesteutførerne, særlig når det gjelder økonomiske prioriteringer. Saksbehandlere må ofte vurdere samfunnsøkonomiske hensyn, mens de utførende tjenestene retter oppmerksomheten på tjenestemottakernes umiddelbare behov, noe som kan skape uenighet rundt ressursbruk. Ledelsen støtter saksbehandlerne i slike saker og fremmer tillitsbygging gjennom regelmessige dialogmøter.

Deltakerne belyser en økt og mer kompleks etterspørsel etter kommunale helse- og omsorgstjenester, spesielt blant gruppen hjemmeboende eldre som er sykere enn tidligere. For å sikre best mulig ressursutnyttelse, tilstrebes det at tjenestemottakere skal bo hjemme så lenge som mulig, med støtte fra ulike instanser som hjemmetjenesten og dementeamnet. Ensomme eldre personer uten spesifikke diagnoser risikerer å falle utenfor tjenestetilbudene, og saksbehandlerne ønsker mer forebyggende tiltak for denne gruppen.

Saksbehandlere må ofte balansere tjenestemottakernes ønsker med økonomiske hensyn, og beslutninger dokumenteres grundig for å sikre forsvarlighet dersom det skulle oppstå klager. Tjenestemottakerne har høyere forventninger og omfatter nå flere yngre og ressurssterke personer. Saksbehandlerne involverer tjenestemottakerne i tildelingsprosessen ved å lytte til deres ønsker og behov. Pårørende har også en viktig rolle, hvor det forventes at de først og fremst er støttepersoner, ikke tjenesteutøvere. Når det oppstår uenigheter, inviteres tjenestemottakere og pårørende til møter for å avklare forventninger, og tidlig dialog er viktig for å forebygge misnøye. Åpen dialog og informasjon til tjenestemottakere og pårørende om hva de kan forvente av tjenestene, bidrar til en mer tillitsfull relasjon.

CASE BESTILLER-UTFØRER MODELL – SOLSTAD KOMMUNE

GENERELL INFORMASJON OM KOMMUNEN

Kommunen klassifiseres med sentralitetsklasse 3 og er en av Norges største kommuner etter folketall, med over 100.000 innbyggere og en befolkningstetthet på ca. 200 innbyggere/km², hvorav 95 % bor i tettsted. Solstad kommune er i vekst, og det er forventet store endringer i befolkningen med flere eldre personer og samtidig færre i arbeid. Befolkningen er forventet å øke med 5 % mot 2030 og 10 % frem mot 2050.

OM TJENESTETILDELINGENS TILBLIVELSE, ORGANISERING OG MYNDIGHET

Kommunedirektøren er den øverste administrative lederen i Solstad kommune. Videre har kommunedirektøren syv direktørområder under seg som dekker kommunens sentrale ansvarsområder. Videre i dette avsnittet beskrives forvaltningsenhetens tilblivelse, organisering og myndighet med bakgrunn i enhetsleder for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Solstad kommune (Enhetsleder). Enheten for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Solstad kommune benevnes som «Forvaltningsenheten». Den er plassert i direktørområdet som heter Mestring og omsorg, hvor direktøren er organisert med en stab og forvaltning.

Bakgrunnen for at tildeling av helse- og omsorgstjenester er organisert rett under direktøren, er at de er organisert i et felles tildelingskontor. I tillegg er Tildelingskontoret også kommunens koordinerende enhet. Denne organiseringen har kommunen hatt siden tidlig på 2000-tallet, og det er ingen planer om omorganisering i nær fremtid.

Tildelingskontoret har en forvaltningsmodell som omtales som bestiller-utfører modell. Dette innebærer at Tildelingskontoret fungerer som bestiller og sender en bestilling til utfører, for eksempel hjemmesykepleien, som deretter skal levere tjenesten i henhold til vedtaket som er fattet. Enheten omtales som ansvarlig bestiller, da de har budsjettansvaret, og har også en del tjenester basert på innsatsstyrt finansiering (ISF). Hjemmesykepleie er et eksempel på en tjeneste i Solstad, hvor ISF er gjeldende, der det gis en fastsatt pris for en tjeneste.

Enheten som tildeler både tjenester og boliger, består av ansatte med ulik og bred fagbakgrunn, blant annet sykepleiere, sosionomer og jurister. Enheten har tre avdelinger som har hver sin leder. Ansatte er samlet på ett geografisk sted, slik at alle har arbeidsplass nær hverandre, og med ulike typer kompetanse de kan dra nytte av. Det som hovedsakelig skiller avdelingene, er datoporteføljene, som vil si at sakene fordeles med utgangspunkt i grupperinger basert på søkerens fødselsdato.

En avdeling har imidlertid ansvar for å ta imot alle søknader og henvendelser som kommer inn til kommunen. Hastesaker (eksempelvis utskrivelse fra sykehus, eller om det er ting som må avklares raskt) vurderes og behandles i en av de tre avdelingene. Disse avdelingene er tverrfaglig sammensatt. Det vil si at enheten har alle faggrupper og tildeler alle typer tjenester inn i de respektive avdelingene, og dette er organisert slik for å tilnærme seg innbyggeren som søker tjenester på en helhetlig måte fordi «Ingen er bare enten somatikk eller psykiatri eller rus» (Enhetsleder, Forvaltning og koordinering). Til tross for dette er det inndelt i noen faggrupper, hvor saksbehandlere vurderer saker innen somatikk, rus, habilitering og bolig. For å imøtekomme utfordringene knyttet til et stort fagfelt for ansatte og ledere, har avdelingene faste ukentlige møter hvor de diskuterer saker som det er usikkerhet rundt. Avdelingene har også egne ukentlige møter for fagfeltene somatikk, rus, habilitering og bolig.

Solstad kommune har en godt etablert hverdagsrehabiliteringstjeneste med fem ulike team fordelt over hele kommunen. Hverdagsrehabilitering bidrar med å vurdere behov før det fattes vedtak, for eksempel ved utskrivning fra sykehus eller saker som kommer fra hjemmetjenesten hvor det er økt behov for tjenester. Dette kan også hjemmetjenesten bidra med, og Hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten blir sett på som enhetens forlengede arm i forhold til kartlegginger. Samarbeidet skjer ved at enheten bestiller kartlegging og vurdering, og ber om dokumentasjon av dette i den elektroniske pasientjournalen. Det er kun forvaltningsenheten som innvilger tjenester (vedtak) og forlenger tjenester. Likevel baseres grunnlaget for vedtakene og eventuelle endringene av disse på et tett samarbeid med de utførende tjenestene: «Men det krever

en tett dialog, og det krever at vi har en felles forståelse av hva som er godt nok som skal leveres» (Enhetsleder, Forvaltning og koordinering).

Hovedmaterialet som saksbehandlerne i Solstad kommune arbeider med utgangspunkt i, er tjenestebeskrivelser utarbeidet for hver enkelt tjeneste, som for eksempel Tjenestebeskrivelse for praktisk bistand og Tjenestebeskrivelse for psykisk helsehjelp. Alle tjenestebeskrivelser har samme struktur og inneholder beskrivelse og formål med de enkelte tjenestene, målgruppe for tjenestene, lover og regelverk, kriterier og vurderinger for tildeling av tjenestene, samt eventuelle kostnader og andre merknader knyttet til den enkelte tjenesten.

Det gode samarbeidet og den felles forståelsen er opparbeidet ved at enheten har faste kontaktsaksbehandlere som har avgrensede ansvarsområder. Eksempel på ansvarsområder kan være boliger, hjemmetjenester og institusjon. Hver 14. dag behandler saksbehandlerne saker i sitt ansvarsområde, og utarbeider journalnotater som beskriver behov og begrunnelser fra tjenestene. På denne måten blir vedtak justert i samarbeid mellom tjenestene og saksbehandler. Her har forvaltningen en kontrollfunksjon, og tjenestene må derfor beskrive tjenestemottakerens endrede behov tydelig og argumentere saklig for å belyse saken for saksbehandler, slik at det er grunnlag for å gjøre endringer i vedtaket.

Vi får til dette, og vi har tillit til dem. Også fordi jeg tror de har tillit til de vurderingene vi gjør. Også er vi enige i forhold til hva som egentlig er kommunens hjelpeplikt. Det er godt at det er en bestiller som setter de grensene, så slipper de. (Enhetsleder, Forvaltning og koordinering)

ARBEIDSDAGEN MED TILDELING AV TJENESTER/VEDTAK

Enhet for forvaltning i Solstad kommune er inndelt i tre avdelinger, og denne casen er basert på erfaringer fra Enhetsleder for forvaltning og koordinering i Solstad kommune, samt to sosionomer og en sykepleier som arbeider som saksbehandlere innenfor fagfeltene rus, psykiatri, bolig, habilitering og tjenester til barn, samt hjemmesykepleie, dagsenter, avlastning, korttidsopphold, langtidsopphold sykehjem, praktisk bistand, omsorgsboliger, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og omsorgsstønad. Felles for alle, er at de behandler BPA-søknader fra innbyggere i alle aldre.

En vanlig arbeidsdag for en saksbehandler innebærer mottak og vurdering av søknader fra innbyggere. Disse søknadene er fordelt i de ulike avdelingenes datoporteføljer og tilordnes i henhold til saksbehandlerens fagområde. Saksbehandlerne oppgir at de i snitt jobber med 10–30 pågående saker til innbyggere i alle aldre, men noen jobber utelukkende med habilitering og barn. Alle søknader som mottas er skriftlige, og er lagt inn i kommunens pasientjournalssystem. Saksbehandler sjekker sin postliste for nye søknader, og skriver deretter en forvaltningsmelding som sendes til søkeren via Digipost. Deretter undersøker saksbehandleren pasientjournalssystemet for å se om søkeren har en tidligere historikk i helse- og omsorgstjenestene. Det legges likevel mest vekt på å tidlig innhente søkerens perspektiv og opplysninger gjennom kartlegging. Saksbehandlerne avtaler så dato og tidspunkt for kartlegging i samarbeid med søkeren. Det avtales som hovedregel hjemmebesøk hos søkeren. Saksbehandler med fagfelt innen rus, psykiatri og oppfølgingstjenester kaller som hovedregel søkeren inn til samtale i Forvaltningsenheten, men hvis det dreier seg om en søknad som omfatter tjenester i hjemmet, avtales det hjemmebesøk. Saksbehandler innen tjenester til barn kan møte søker og foreldre på ulike arenaer i tillegg til hjemmet, som for eksempel i barnehage og skole. Saksbehandlerne drar på hjemmebesøk alene og bruker en del tid på det. En av saksbehandlerne påpeker imidlertid at selv om det er tidkrevende

å dra på hjemmebesøk, får hen mye verdifull informasjon om søkerens totale situasjon: «Det er jo det at en får et større blikk for hvem de er når de er hjemme hos seg selv» (Saksbehandler 2). Kartleggingen tar utgangspunkt i IPLOS funksjonsvariabler for å få et helhetlig bilde av søkers funksjon. Ifølge saksbehandlerne brukes det ikke faste standardiserte kartleggingsverktøy, og innholdet i kartleggingen varierer avhengig av hvilket fagfelt og aldersgruppe søkeren tilhører. For nyansatte saksbehandlere er det laget et eget skjema med utgangspunkt i IPLOS. Etter kartleggingen vurderer saksbehandleren om saken er tilstrekkelig opplyst, eller om det er behov for å innhente ytterligere opplysninger fra andre faggrupper, slik som eksempelvis skole, NAV, fastlege, spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten. Dersom saken er kompleks, eller saksbehandler er usikker på vurderingen og innstillingen, tas saken opp på ukentlige avdelingsmøter. På denne måten får de vurderinger og anbefalinger fra andre saksbehandlere, noe som bidrar til å fatte en beslutning om det endelige vedtaket. Når saken er tilstrekkelig opplyst, skriver saksbehandler sin vurdering og innstilling i en vedtaksmal i den elektroniske pasientjournalen, og både saksbehandler og enhetsleder signerer på dette. Deretter sendes vedtaket til søker via Digipost, eller med brev i posten dersom Digipost ikke blir åpnet. Samtidig får instansen som skal utføre tjenesten, for eksempel hjemmesykepleien eller avlastningsavdelingen, en bestilling fra saksbehandler, samt nødvendig informasjon om søkeren.

Lederen og alle saksbehandlerne er enige om at det er en jevn økning i etterspørselen etter kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg opplever de at sakene er mer omfattende og komplekse enn tidligere, og at søknadene er mer utfyllende og ofte skrevet fra et juridisk perspektiv. Saksbehandlerne er av den oppfatning at søkere ofte får hjelp fra juridisk kompetente personer som advokater og pasient- og brukerombud, eller fra private helsetjenesteleverandører. Saksbehandlerne og lederen er samstemte i at det er en tydelig økning i henvendelser fra gruppen barn og unge tjenestemottakere, samt innen psykisk helse og rus. Det er en markant økning i søknader på BPA, der mange søkere med funksjonsnedsettelse søker om tjenester av stort omfang. Begrunnelsen fra saksbehandlerne er at denne innbyggergruppen oppfatter BPA som en ordning som skal sikre dem tjenester som likestiller dem med innbyggere som er friske:

Og det er jo veldig i vinden at det skal være et likestillingsverktøy. Veldig fokus på min rett til å leve som alle andre som er friske. Selv om jeg er syk, så skal jeg ha muligheten til å leve som alle andre. Og det er kommunens ansvar, opplever de. (Saksbehandler 4)

Saksbehandleren opplever også en økning i søknader om omsorgsstønad, spesielt fra pårørende med annen kulturell bakgrunn. Det ses også et økende behov for Individuell Plan (IP)-koordinator når det gjelder små barn med fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse. Når disse innbyggerne og familiene kartlegges, identifiseres det ofte ytterligere behov for tjenester som avlastning, omsorgsstønad og støttekontakt i tillegg. Til sist er det en økning knyttet til lavterskeltjenester innen psykisk helse og rus, som samtaler innen psykisk helse og oppfølging etter rusbehandling eller soning. Saksbehandlerne beskriver innbyggerne som mer opplyste om hvilke tjenester som eksisterer, og hvilke kriterier som må oppfylles for å få tjenester. De knytter den økende søknadsmassen til «jo mer som finnes av tilbud, jo større etterspørsel» (Saksbehandler 1). Dette gjelder spesielt innen psykisk helse, fordi utfordringer knyttet til psykisk helse «ikke er så tabubelagt som det var før» (Saksbehandler 1). Innbyggere opplever av saksbehandlerne som å ha for høye og urealistiske krav til hva kommunen skal hjelpe dem med og ta ansvar for, og de beskriver innbyggere som: «folk er veldig bevisste» og «folk er kravstore» (Saksbehandler 1).

En annen saksbehandler beskriver i tillegg at innbyggers forventninger er høyere enn det loven tilsier og som kommunen kan innfri:

Jeg opplever jo at, eller jeg tenker at man skal tilrettelegge for at mennesker skal ha så god livskvalitet som mulig, men det er et veldig stort forventningsgap mellom det søkerne har av forventninger, og det som vi gjennom helse- og omsorgstjenesteloven faktisk er pålagt å gjøre, og har ressurser til å gi. (Saksbehandler 4)

ETTERSPØRSEL ETTER TJENESTER OG BUDSJETT/PRIORITERINGER

Enhetslederen for forvaltningen erfarer en stor økning i etterspørsel av tjenester fra innbyggere under 67 år. Det er spesielt barn og unge som har omfattende tjenestebruk, noe lederen ser på som en konsekvens av oppvekstreformen, eller barnevernsreformen, som trådte i kraft i 2022. Denne reformen innebar at kommunene fikk økt faglig og økonomisk ansvar for barnevernet, hvor det overordnede målet er et bedre barnevern, der tjenestetilbudet skal kunne tilpasses lokale behov. Ifølge enhetslederen innebar reformen at en del barnevernsinstitusjonsplasser ble bygd ned, og hen etterspør hvor de økonomiske midlene til kommunene har blitt av etter at de har overtatt dette ansvaret. Lederen ser også dette i lys av det økte fokuset på diagnosesetting av barn og unge, noe som utløser rettigheter i form av tjenester. Her opplever lederen at kommunen står i en «skvis» mellom innbyggernes rettigheter og økonomiske og personalmessige rammer. Det er økt etterspørsel etter avlastningstjenester knyttet til barn og unge, noe som lederen ser i sammenheng med nedbygging av institusjonsplasser. Lederen peker også på at pårørende til denne gruppen av tjenestemottakere er foreldre som er i full jobb og verken har kapasitet eller økonomisk mulighet til å ta seg av barnet/ungdommen med spesielle og livslange behov. Når det gjelder etterspørselen etter tjenester til eldre personer, er etterspørselen jevn eller har flatet ut. Det er imidlertid mye oppmerksomhet på tidlig innsats og opplysningsarbeid om at eldre personer skal få tjenester i hjemmet, og ikke nødvendigvis på høyere omsorgsnivå: «Vi har jo mye mer fokus på hjemmebaserte tjenester. For det er jo hjemme du skal bo, og at du ikke må inn på en institusjon for å trene deg opp» (Enhetsleder). Samtidig har kommunen redusert frekvensen i tjenesten praktisk bistand/hjemmehjelp fra hver tredje til hver fjerde uke, noe som har resultert i en nedgang i søknader og en forskyving av tjenesten til det private markedet. Lederen er tydelig på at denne gruppen tjenestemottakere krever mye ressurser i kommunen, og at når eldre personer først har behov for omfattende tjenester, strekker disse seg ofte over lang tid: «De som har behov er ikke i så stort antall, men de tar jo et stort volum av ressurser. De som har behov, de krever veldig mye. Og lenge. Veldig lenge» (Enhetsleder).

Det er foretatt budsjettmessige justeringer som berører tjenestetilbudet, blant annet praktisk bistand, samt tjenester knyttet til helsefremming og forebygging hos eldre personer. En saksbehandler opplever at det gis færre forebyggende tjenester til fordel for tjenester på høyere omsorgsnivå nå enn tidligere: «Vi var nok rausere med forebyggende tjenester tidligere enn det vi har for å gjøre nå. Hvis vi gir for mye forebygging så får vi jo ikke gi til de som virkelig trenger det» (Saksbehandler 2). Eksempler er forebyggende hjemmebesøk for eldre personer som er avviklet på grunn av økonomiske vurderinger. I Forvaltningsenheten er det også gjort justeringer i form av at de har vært noe i overtall i perioder grunnet opplæring og overlapping når ansatte for eksempel går i svangerskapspermisjon. Dette for å sikre at saksbehandlerne er godt nok rustet til å ta en slik omfattende jobb, og fordi det tar tid å lære seg denne funksjonen.

Enhetsleder i Solstad kommune står i prioriteringsdilemma hele tiden, men hun sier at rettferdighets- og forsvarlighetsprinsippet støtter henne i å ta beslutninger:

Jeg tenker at ja, vi står jo i det hele tiden egentlig, og det er klart at personlig, så du tenke at det er jo ikke mer enn de MÅ ha. Men igjen så tenker jeg at det som er viktig for meg som leder å tenke på da, det er jo ansvaret mitt for å fordele til alle. For gir jeg mer til den ene, så må jeg ta det fra et sted. (Enhetsleder)

I forhold til hvordan de totale ressursene i kommunen skal fordeles og omfordeles, pågår det store prosesser der alle direktørens ledergrupper er involvert. Dersom forvaltningen ser at det vil komme innbyggere som vil kreve særlig omfattende tjenester, så rapporteres dette inn til kommunedirektøren, og det tas hensyn til i budsjettet. Enhetslederen er tydelig på sitt ansvar om å sikre at forvaltningen tildeler forsvarlige tjenester, og det er hennes ansvar å si ifra når nok er nok, fordi de ikke kan unnlate å tildele forsvarlige tjenester.

MÅLOPPNÅELSE

Virkningsfulle tjenester: Både enhetslederen og saksbehandlere i Solstad kommune hevder at tjenestemottakerne mottar, eller til en viss grad mottar, forsvarlige tjenester som er tilstrekkelige for å ivareta tjenestemottakernes helsetilstand ut fra funksjonsnivå. De understreker at det ofte er en forskjell mellom tjenestemottakernes oppfattede behov og det forvaltningsenheten vurderer som faktiske behov. En saksbehandler med sitt fagområde innen somatikk og eldreomsorg svarer imidlertid på spørsmålet om hen tror at tjenestemottakerne får de tjenestene de selv mener de har behov for: «Det får de ikke. Nei ... Det er nok et for stort gap der» (Saksbehandler 3). De erfarer likevel at kommunen har gode systemer for å fange opp hvis tjenestemottakere ikke får forsvarlige helsetjenester, fordi eksempelvis hjemmesykepleien kan igangsette økte tjenester ved akutte endringer, for eksempel øke hjemmesykepleie eller legge tjenestemottaker inn på akutte institusjonsplasser ved behov. En saksbehandler forklarte at hen er trygg på at kommunen har et godt system dersom tjenestemottaker ikke får forsvarlige tjenester: «Jeg tenker at vi gir forsvarlige tjenester, og vi har så mange muligheter og rutiner for å fange opp der det ikke er det. Det lener jeg meg på og tenker at forvaltning er jo ikke en 113-instans, ikke sant?» (Saksbehandler 2). Saksbehandlerne mener imidlertid at de sliter med å levere tilstrekkelig med avlastning på institusjon til barn og unge, og at de må tildele kompenserende tjenester på grunn av mangel på personell. Det påpekes også at det er mangel på helsepersonell og kompetanse, og at det ikke alltid er økonomi som er årsaken til at de ikke kan levere de optimale tjenestene: «Ja, det er rett og slett mangel på personell som gjør at du ikke har ... eller, at de ikke får det de har behov for da. Jeg tror ikke vi kan klare å levere det optimale til alle, ikke sant?» (Saksbehandler 2). Dette kan eksempelvis være at foreldre får avlastning ved at nattevakt settes inn i hjemmet hos et barn som krever døgnkontinuerlig oppfølging hvor foreldrene trenger å sove. Både leder og saksbehandlere vurderer at slike kompenserende tjenester ikke er den optimale løsningen for verken tjenestemottakere eller foreldre, men at det likevel er innenfor forsvarligheten.

TRYGGHET OG FORSVARLIGHET

Enhetslederen for Forvaltningsenheten i Solstad kommune opplever at å sikre tjenestemottakers opplevelse av trygghet er utfordrende, og kanskje det vanskeligste å dekke i mange tilfeller i hjemmesykepleien hos personer med demenssykdom. I slike tilfeller kan tjenestemottaker oppleve kortvarig trygghet ved at frekvensen på besøkene økes, og hjemmetjenesten kan vurdere

det som forsvarlig at personen er hjemme alene, mens tjenestemottakeren opplever utrygghet i intervallene uansett. Det gis i tillegg trygghetsteknologi som kameraer og sensorer, men dette gir ikke alltid tjenestemottakeren trygghet: «Men det er klart at mange av disse brukerne synes ikke det er så veldig trygt. De vil gjerne ha noen å se. Og det er kanskje gjerne de som er ... det som er vanskeligst å imøtekomme ...» (Enhetsleder). Enhetslederen trekker også frem de personene som ønsker seg inn på institusjon fordi de føler seg utrygge hjemme, men som saksbehandlerne og hjemmesykepleien vurderer at egentlig fungerer ganske godt hjemme. Her er det ulikt hvordan det vurderes at grensen går:

For hva er utryggheten på en måte? For hva er utryggheten opp mot forsvarligheten da? Hvor går den grensen for at det faktisk ikke går? Jeg tenker at, er du så utrygg at du kamuflerer alle dører, og at du på en måte ikke får gjort noen ting ... Men er du utrygg fordi du er redd for å falle, så er det tiltak som vi kan sette inn. (Enhetsleder)

Saksbehandlerne trekker også frem at det med trygghet er utfordrende å vurdere, og at de ikke alltid kommer i mål hos tjenestemottakeren med tjenester der, fordi opplevelsen av trygghet er en individuell sak. Likevel opplever saksbehandlerne at tjenestene gjør så godt de kan innenfor sine rammer, og at de strekker seg langt for å ivareta den enkeltes behov for trygghet. Igjen trekkes personer med angst og demenssykdom frem som en særlig sårbar gruppe, og at trygghetsteknologi ikke trygger disse pasientenes subjektive opplevelse av utrygghet:

Men denne velferdsteknologiske biten er jo med på å objektivt sett å trygge med at man har kamera, dørsensor. Dette er jo ting som på en måte skal virke på forsvarligheten ... men en person med demens har ikke noe følelse av å være trygg selv om noen ser på de! (Saksbehandler)

Selv med kommunes høyeste omsorgsnivå, kan kommunen likevel ofte ikke komme i mål med å sikre personens trygghet:

Det kan være hjemmeboende eldre, spesielt kvinner, med demens eller angstdiagnose ... de er jo ikke trygge selv på en langtidsplass. De kan jo sitte og rope mens de sitter og holder en pleier i hånden, og så roper de likevel kom og hjelp, kom og hjelp! (Saksbehandler).

INVOLVERING AV TJENESTEMOTTAKER

Fra saksbehandlerne side oppleves det at innbyggerne blir involvert gjennom hele prosessen, fra de sender søknaden til saken er ferdig behandlet. Med dette henviser de til at innbyggeres involvering legges til rette for ved at de er med på å bestemme hvor kartleggingen skal foregå, og at de får muligheten til å forklare sin sak fra sitt perspektiv i sitt eget hjem, før saksbehandler innhenter annet fagpersonells opplysninger og vurderinger. Saksbehandlerne opplyser også om at pårørende alltid inviteres til å være med på kartleggingsbesøk, eller til å delta i møter ved eventuelle klager på vedtak. I tillegg regulerer forvaltningsloven innbyggernes rett til å være orientert om hvor lang tid saksbehandlingen vil ta, og saksbehandlerne sørger for at innbyggerne får skriftlig og ofte også muntlig orientering om saksbehandlingstid. Til sist sørger også klageretten for at innbyggerne er involvert i saksutredningen og vedtakene.

BEGRENSNINGER I SAMORDNING OG KONTINUITET

Enhetslederen opplever at tjenestene tilstreber stabilitet og forutsigbarhet for tjenestemottakerne, særlig i overganger mellom ulike tjenester og nivåer, hvor de har faste samarbeidsmøter og hvor de i tillegg kommuniserer i den elektroniske pasientjournalen. Saksbehandler som hovedsakelig tildeler institusjons- og hjemmetjenester, erfarer derimot at personalet ikke er så gode til å sikre kontinuitet fordi det er så mange ulike ansatte som går til tjenestemottakerne på grunn av mye sykemeldinger og permisjoner, og at det derfor er utfordrende å organisere for kontinuitet:

Så det er vel en felles oppfatning av at hjemmesykepleien – der er det mange ansatte, og det kommer alltid nye folk. Og pasientene sier; jeg må alltid fortelle hva de skal gjøre. Jeg gir en beskjed, men det kommer ikke videre. De avbestiller et besøk, og så kommer de på besøk allikevel. (Saksbehandler 4)

En annen saksbehandler erfarer imidlertid at personalet i hjemmetjenesten gjør så godt de kan innenfor sine rammer for å få til kontinuitet for tjenestemottakerne, men at de er påvirket av begrensede ressurser preget av minimumsbemanning og stor slitasje. Personalgruppene rammes også av lav kontinuitet dersom ansatte i 100 %-stillinger blir sykemeldte og turnusen lappes igjen med mange ukjente midlertidige ansatte – som i et puslespill.

TJENESTENES TILGJENGELIGHET OG RETTFERDIG FORDELING

På spørsmål om hvorvidt ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle tjenestemottakere har mulighet til å få god behandling, erfarer saksbehandlerne at det er litt vanskelig å svare helt entydig på det. Lederen hevder imidlertid at tjenestene er tilgjengelige for innbyggerne, men at de har et etterslep på tilgjengelighet til tjenester innen psykisk helse generelt. En saksbehandler beskriver tilgjengeligheten ved at tjenestene er delt inn i to nivå; lavterskeltilbud og tjenester som krever vedtak. Det trekkes frem at Innbyggertorget er et sted som tilgjengeliggjør muligheten for at innbyggerne kan få informasjon om alle tjenestenivåer, og at alle tjenester og søknadsskjemaer er tilgjengeliggjort på kommunenes nettsider, slik at i utgangspunktet alle kan finne informasjon. Fastleger trekkes også frem som viktige for å gi informasjon om tjenestetilbud til innbyggerne. En saksbehandler er imidlertid usikker på om tjenestene er like tilgjengelige og rettferdig fordelt for de innbyggerne som har mindre ressurser generelt, og spesielt for de som har psykiatri- og rusutfordringer, kognitiv svikt, og for innbyggere som ikke har støtte i pårørende:

Og så har du også de svake, de som ikke har noe sosialt rundt dem, og som ikke har et apparat rundt seg. Der er det jo mange som kanskje ikke får det de har rett på. Det er noen som går under radaren. Men generelt så er vi veldig tilgjengelige. Systemet er veldig åpent, vil jeg si. (Saksbehandler 4)

En annen saksbehandler tror at innbyggere med ressurssterke pårørende påvirker saksbehandleres beslutninger:

Jeg vet jo at de som har sterke pårørende ... altså vi sier jo at det er likhet for loven og at folk skal få det samme, men jeg tror jo kanskje at de som har...de som presser på, at det er vanskeligere å si nei da... (Saksbehandler 2)

En saksbehandler trekker frem at tjenestene ikke alltid fordeles rettferdig, samtidig som at det er stor oppmerksomhet rettet mot det å ikke bli påvirket av press fra andre til å tildele tjenester urettferdig:

Det er klart at de som roper høyest, de får jo ofte mest. Men jeg synes vi er ganske oppmerksomme på det. Men det er klart, kommer det en klage som en advokat har skrevet. Blir det mye politisk uro, blir direktøren kontaktet, så får vi jo mail. Her må dere bare fikse. Og da er det ikke så rettferdig lenger. Men det er jo enkeltsaker. Men det forekommer. Det gjør det altså. (Saksbehandler 4)

Videre trekker en saksbehandler også frem tosidigheten knyttet til tilgjengelighet og rettferdighet: på den ene siden er det en jungel av informasjon som ligger ute både kommunalt og nasjonalt, med en mengde paragrafer og et fagspråk som kan være vanskelig for mange å forstå. På den andre siden bruker innbyggere, særlig foreldre med barn med funksjonsnedsettelse, unødvendig mye tid og krefter på å koordinere og lete etter de riktige tjenestene og personene i det kommunale systemet:

Jeg har jo sett undersøkelser som sier at foreldre til barn med funksjonsnedsettelse mener at de bruker 19 timer i uka i snitt på koordinering. Når de deler det opp, så sier de at kanskje ti av de timene de går på å undersøke hva finnes. Vi er nærmere 400 kommuner i Norge, ikke sant? Det er 400 nettsider! (Saksbehandler 2).

UTNYTTER RESSURSENE PÅ EN GOD MÅTE

Når det gjelder om pasienten og samfunnet får mest mulig gevinst ut av tjenestene, reflekterer enhetslederen over balansegangen mellom tidlig innsats og forebyggende tjenester og prioritering av nødvendige helsetjenester. Det er et sterkt fokus på å spare økonomi og ressurser, men samtidig er det for liten oppmerksomhet rettet mot forebyggende innsats på lang sikt. En saksbehandler uttaler at hen er ganske sikker på at det er et stort potensial i å utnytte ressursene på en bedre måte enn det de får til i dag. Hen trekker frem at helseteknologi som roboter og medisindispensere til en viss grad kan erstatte oppfølgingen som gjøres av helsepersonell i dag: «Omsorg og oppfølging av personer kan jo til en viss grad erstattes av teknologi og roboter. Men man må ha menneskemøter der. Så ... Nei, det er jo ... Hvor vi kan redusere besøk, for eksempel.» (Saksbehandler 4).

OPPSUMMERING

Solstad kommune er en av Norges største kommuner. Kommunen står overfor demografiske endringer med en økning i antall eldre personer, samtidig som arbeidsstyrken reduseres. Befolkningen forventes å øke med 5 % innen 2030 og 10 % innen 2050.

Forvaltningsenheten, som tildeler helse- og omsorgstjenester, er plassert under direktørområdet mestrings og omsorg. Enheten består av ansatte med variert fagbakgrunn, fordelt på tre avdelinger. Tjenestene har i stor grad innsattsstyrt finansiering. Forvaltningsenheten benytter en bestiller-utfører modell, hvor det bestilles tjenester som utføres av andre enheter innen helse- og omsorgstjenestene. Avdelingene håndterer og fordeler saker basert på søkerens fødselsdato og har faste ukentlige møter for å diskutere komplekse saker. Tjenestene, som eksempelvis hverdagsrehabiliteringstjenesten og hjemmesykepleien, bidrar også til å kartlegge og vurdere behov før vedtak fattes.

Saksbehandlerne mottar skriftlige søknader via pasientjournalssystemet og gjennomfører kartlegginger, som hovedregel og oftest gjennom hjemmebesøk. De vurderer søknader basert på IPLOS funksjonsvariabler og innhenter nødvendig informasjon fra andre faggrupper. Det endelige vedtaket signeres av både saksbehandler og enhetsleder før det sendes skriftlig til innbyggeren og videre til enhetene som skal utføre tjenestene.

Som følge av etter barnevernsreformen i 2022, opplever kommunen økt etterspørsel etter tjenester for innbyggere under 67 år. Lederen og saksbehandlerne opplever en markant økning i etterspørselen etter tjenester blant barn og unge generelt, samt innen psykisk helse og rus. Søknadene karakteriseres som mer omfattende, komplekse og jus- og rettighetsorienterte, og det er en økning i søknader om BPA, avlastning og omsorgsstønader fra unge innbyggere. Det er en jevn etterspørsel etter hjemmebaserte tjenester for eldre personer.

Budsjettjusteringer har påvirket tjenestetilbudet, og enhetslederen og saksbehandlerne opplever et kontinuerlig prioriteringsdilemma i arbeidet med å tildele tjenester i kommunen. Likevel hevder de at kommunen sikrer forsvarlige tjenester, men sentralt i enhetslederens og saksbehandlerens erfaringer, er at det er et betydelig gap mellom tjenestemottakernes forventninger og hva som kan leveres av kommunale tjenester. Det er særlig utfordringer knyttet til å sikre trygghet for innbyggere med demenssykdom eller angst, og saksbehandlerne opplever det utfordrende å vurdere hvor grensene for forsvarlige helsetjenester går. Helseteknologi anvendes i stor grad, men bidrar ikke alltid til subjektiv trygghet for innbyggerne.

I Solstad kommune involveres innbyggerne gjennom hele prosessen fra søknad til vedtak, og pårørende inviteres til å delta i kartlegging og møter ved klager. Forvaltningsloven sikrer innbyggernes rett til informasjon om saksbehandlingstid. Tjenestene tilstreber stabilitet og forutsigbarhet for innbyggerne, men det er store utfordringer med kontinuitet i hjemmetjenesten på grunn av sykefravær og permisjoner. Tjenestene er tilgjengelige for innbyggerne, men det er et etterslep innen psykisk helse. Det er også utfordringer med rettferdig fordeling av tjenester, og saksbehandlerne erfarer at de som er mer ressurssterke enn andre, får mer tjenester. Forebyggende tjenester prioriteres lavere enn nødvendige helsetjenester på grunn av mangel på både personell og stram økonomi. Lederen og saksbehandlerne i Solstad kommune hevder imidlertid at det er potensial for bedre ressursutnyttelse, blant annet gjennom bruk av helseteknologi og tidlig innsats hos barn og unge generelt.

CASE BESTILLER-UTFØRER MODELL – SJØGLØTT KOMMUNE

GENERELL INFORMASJON OM KOMMUNEN

Sjøgløtt kommune har cirka 15.000 innbyggere og er plassert i sentralitetsklasse 4. Andelen innbyggere over 67 år er ca. 3 % høyere enn landsgjennomsnittet, mens andelen innbyggere i arbeidsfør alder (20–66 år) er ca. 3 % lavere enn landsgjennomsnittet. Sysselsettingen i kommunen har vært relativt stabil de siste 15 årene, og helse- og sosialtjenester utgjør den største næringen. Andelen helt arbeidsledige er noe lavere enn på landsbasis.

ORGANISERING OG FUNKSJONER – «ALT DETTE HENGER LITT I HOP»

I Sjøgløtt kommune fungerer tildelingskontoret både som forvaltningskontor med ansvar for tildeling av helse- og omsorgstjenester, og som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering til tjenestemottakere med behov for tjenester fra flere nivåer, sektorer og fagområder. Ifølge lederen benytter de ulike benevelser om tildelingskontoret for å tilpasse begrepsbruken ut fra hva henvendelsene gjelder. For eksempel kaller de det «boligkontor» dersom henvendelsen gjelder unge og kommunale boliger, og «brukerkontor» dersom det gjelder helse- og omsorgstjenester. Selv om tildelingskontoret tildeler mange ulike tjenester, oppleves det gunstig at alle henvendelser kommer til samme sted og «alt dette henger litt i hop» (Leder). Likevel skaper det noen ganger usikkerhet hos innbyggere når det benyttes ulike benevelser. Både lederen og saksbehandlerne uttrykker at organiseringen av tjenestetildelingen fungerer. Kommunen har ingen planer om å gjøre endringer i nær fremtid.

Kommunen har i over 20 år hatt en bestiller-utfører modell, men de har de siste årene tilpasset denne slik at det er et tettere samarbeid mellom tildelingskontoret (bestiller) og tjenestene (utfører). Dette innebærer at hjemmetjenesten nå i større grad gjennomfører kartlegging av tjenestesøkere, samt bidrar i evaluering og revidering av vedtak. En leder og ti saksbehandlere jobber ved kontoret, og disse har klart definerte arbeids- og ansvarsområder. Flest saksbehandlere jobber med tildeling av hjemmebaserte tjenester. De siste årene har tildelingskontoret jobbet i team for å være mindre sårbar ved fravær blant saksbehandlerne. Å jobbe i team gjør det mulig å omfordele ressursene internt ved fravær, og dermed unngå krevende innleie av eksternt personell. Teamarbeid opp mot vederlagsberegning for institusjonsopphold har imidlertid vist seg å være vanskelig å få til å fungere, noe som skyldes behovet for inngående innsikt i økonomi og regnskap.

MYNDIGHET OG BESLUTNINGER – «TIL DET BESTE FOR BÅDE BRUKERNE OG KOMMUNEN»

Tildelingskontoret har ikke økonomiansvar. Lederen rapporterer om ventelister og status i tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester til virksomhetsledere hver uke, og til kommunalsjef for helse og omsorg én gang per måned. Både lederen og saksbehandlerne ved tildelingskontoret har beslutningsmyndighet og er autonome når det gjelder vedtak om tjenester. For å fatte gode beslutninger diskuterer saksbehandlerne saker internt (både i teamene og ved kontoret) «... for å få refleksjoner og få litt hjelp til hvordan det her kan løses til det beste for både brukerne og kommunen.» (Leder)

I tillegg til felles saksbehandlermøter for alle ved tildelingskontoret, har saksbehandlerne som jobber med tildeling av hjemmebaserte tjenester tett samarbeid og faste møter med ansatte i fagstillinger (utførere) i distriktene. Lederen har også ukentlige møter med avdelingsledere ved lokalsykehuset, og dette oppleves nyttig både for å fatte gode beslutninger og for å informere sykehuset om status i kommunen.

Gode beslutninger avhenger også av god kartlegging av tjenestemottaker, og her har tildelingskontoret god nytte av spesialkompetanse hos andre team, som innsatsteam, hukommelsesteam, fysio- og ergoterapitjenester, helsestasjon og barnekoordinator. Lederen nevner spesielt betydningen av samarbeid med innsatsteamet. Innsatsteamet, som består av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, kan for eksempel bistå med kartlegging i forbindelse med søknader på trygghetsalarm, funksjonskartlegging ved søknad om brukerstyrt personlig assistanse (BPA), samt vurdering og oppfølging av tjenestemottakere etter utskriving fra

sykehus. En utfordring er imidlertid at innsatsteamet og de ved tildelingskontoret kan ha ulike oppfatninger av hva kommunen bør tilby av tjenester:

Men jeg ser jo det at når de er ute på sine besøk, så ligger de også litt over det vi klarer å gi. Sånn at vi har noen runder på det med at vi alle er bevisst på at vi ikke må selge inn tjenester til brukerne, fordi at når vi ikke klarer å gi det, så har vi skapt en forventning, og da blir det så tungt og ikke klare å innfri det. (Leder)

Samtidig oppgir lederen at det er enklere for saksbehandleren ved tildelingskontoret å være mer nøkterne i hva de tilbyr av hjelp siden de ikke er så tett på tjenestemottakeren:

Jeg forstår at det er vanskeligere for dem enn for oss. Vi får dokumenter på helseopplysninger og har dem [tjenestemottakerne] på telefon eller møter dem i en time under et kartleggingsbesøk. Så det er nok enklere for oss og på en måte klare å selge inn en tjeneste som er på et annet trinn i omsorgstrappen, da (Leder).

ARBEIDSDAGEN MED TILDELING AV TJENESTER/VEDTAK – «KARTLEGGING OG SAKSBEHANDLING»

Tildeling av hjemmebaserte tjenester er organisert etter distrikt ut fra hvor tjenestemottakeren bor, mens øvrige tjenester tildeles uavhengig av geografi. Det starter med en henvendelse til kontoret, muntlig eller skriftlig, enten i form av en søknad fra tjenestemottakeren, eller det er pårørende som tar kontakt og uttrykker en bekymring. I noen tilfeller kan det også være andre som tar kontakt, slik som postmannen som ser at posten ikke blir hentet og melder ifra til tildelingskontoret. Oftest kommer henvendelsen fra annet helsepersonell, slik som sykehus eller fastlege. Deretter gjennomføres en kartlegging. Kartleggingen gjøres sammen med tjenestemottaker, og i noen tilfeller deltar også pårørende.

Så bruker jeg ofte å ta kontakt med bruker eller pårørende og avtale en kartleggingsamtale i heimen eller her hvis det er behovet. [...] og da har jeg med meg en sånn samtaleguide da som jeg tar utgangspunkt i når jeg kartlegger. Og IPLOS blant annet, og går gjennom hva er viktig for dem og hva behovet er. (Saksbehandler 2).

Framgangsmåten avhenger av om de kjenner tjenestemottakeren fra før eller ikke. Dersom det er en hastesak, setter hjemmesykepleien inn tiltak før selve utredningen er gjennomført og vedtaket er fattet. Alle tjenestemottakere som mottar tjenester kartlegges ved hjelp av en kommunalt utarbeidet samtaleguide og IPLOS. Kartleggingen gjøres gjerne hjemme hos tjenestemottaker sammen med hjemmesykepleien dersom de har kapasitet til å delta. I saker som saksbehandlere anser som komplekse, er det alltid to til stede ved kartleggingen. Kartleggingen danner grunnlaget for hva som vedtas av tjenester, og det kan være at man tilbyr noe annet enn det som er omsøkt.

Etter kartleggingen jobbes det med saksfremlegg og innstilling til vedtaket. Dette arbeidet jobber saksbehandlerne individuelt med. Under arbeid med saksfremlegg innhentes relevante opplysninger fra andre instanser som sykehus, fastlege eller hjemmesykepleie.

Noen vedtaksprosesser krever mindre samarbeid med andre, slik som for eksempel ved beinbrudd. Andre saker er mer komplekse og sammensatte, og krever samarbeid mellom saksbehandlerne og hjemmesykepleien før et vedtak fattes. Dette kan eksempelvis være saker som omhandler rus og tvang, men også saker hvor tjenestemottakere fremmer behov for tjenester høyere opp i omsorgstrappen, og man ikke har noe å tilby.

Saksbehandlingstiden er på tre uker. Dersom saksbehandlerne forutser at de ikke greier å overholde dette, blir hjemmesykepleien involvert før utredning og vedtak. Saksbehandlerne har da et 14-dagers vindu der de kan se om det er endringer i behov, og hjemmesykepleien kan se om det som er vurdert under kartleggingen stemmer med de faktiske behovene. Revurdering av vedtakene er det utførerene som har ansvar for å følge opp. Dersom hjemmesykepleien ser at det er et behov for et nytt vedtak, sender de beskjed til saksbehandler om revurdering, og nytt vedtak blir fattet.

ETTERSPØRSEL – «HELT ANNET HJELPEBEHOV NÅ ENN FOR FEMÅRS TID SIDEN»

Lederen har lang erfaring med tildeling av tjenester, og erfarer at behovet for tjenester øker, samtidig som tilgangen på tjenester smales inn. Dette skyldes kommunale budsjetter, men også at kommunen har en utfordring med kompetanse: «...vi har en utfordring med at antall hender ikke øker» (Leder). Samtidig erfarer saksbehandlere at når tjenestemottakere tar kontakt med ønske om tjenester er det reelle behov som ligger bak henvendelsen. En av saksbehandlerne forteller at etterspørselen har økt mye de ti siste årene. I sitatet under synliggjøres det at dette gjelder spesielt andelen eldre personer med psykisk uhelse, samt ungdommer som faller utenfor skolen.

Det er kanskje ikke sånn at det er det fysiske, men det er veldig mange eldre som er ensomme, sliter med angst ... så ser vi også økninger i forhold til ungdommer som har falt ut av skole. Det kan være ungdomsskole. Eller at de ikke har startet på videregående. (Saksbehandler 2)

Kommunen har over tid endret tjenestetilbudet til mer hjemmebaserte tjenester ved å legge ned heldøgns omsorgsplasser. Det gjør at etterspørselen etter hjelp i hjemmet har økt. Lederen erfarer at de tjenestemottakere som nå mottar tjenester på et høyere omsorgsnivå, slik som omsorgsbolig og institusjonsomsorg, har et større hjelpebehov enn tidligere. I Sjøgløtt kommune har også andelen eldre personer økt, noe som påvirker etterspørselen etter tjenester. Sitatet under peker likevel på at økte hjemmebaserte tjenester og økte reelle behov gjør at de som får tilbud om tjenester med økt omsorgsnivå er mer pleietrengende enn for noen år tilbake:

...de som bor inne i bo- og velferdssenter, de har jo også et helt annet hjelpebehov nå enn hva de hadde for en femårs tid siden. Og samtidig, de som kommer inn på sykeheim nå, er mye mer pleietrengende enn de som kom inn for noen år siden. (Leder)

De ansatte ved tildelingskontoret erfarer at tjenestemottakerne som tildeles slike tjenester har kortere levetid med slike tjenester enn tidligere.

En av saksbehandlerne som har lang erfaring som sykepleier og er relativt ny i rollen som saksbehandler, uttrykker bekymring for at kommunens tjenestetilbud ikke dekker behovet til innbyggerne. Omleggingen til mer hjemmebaserte tjenester for å kunne bo lengst mulig hjemme dekker ikke etterspørselen eller de behovene som tjenestemottakere har. I følgende sitat uttrykker denne saksbehandleren hvilke verdier hun mener burde ligge til grunn for de tjenestene som tilbys: «Jeg skulle ønske i en sånn ideell verden at det var mulig at de kunne få et godt og trygt tilbud hvor de føler at de har det bra og kan bo og ha det greit.» (Saksbehandler 2).

KOMMUNEØKONOMI – «TRODDE AT VI JOBBET I LAG OM SAMME MÅL»

Saksbehandlerne som ble intervjuet, opplever at noen tjenestemottakere og pårørende mener at deres ønsker om tjenester ikke alltid imøtekommes. Det rettes en del negative tilbakemeldinger som går på at tjenestemottakere føler de har større behov enn det tildelingskontoret klarer å levere. Det å tildele tjenester handler om etterspørsel, men det handler også om hvilke tjenester som gjøres tilgjengelig og som er et uttrykk for kommunens omsorgspolitik. Tildelingskontoret blir utøvende av denne politikken. Lederen opplever likevel at de som tildelingskontor blir stående alene om å holde tjenestenivået nede i kommunen. I sitatet under uttrykkes det krysspresset vedkommende opplever mellom omsorgspolitik og samarbeid med andre tjenester:

Jeg hadde trodd at vi jobbet i lag om samme mål, men fra brukerkontoret her ser jeg at en blir veldig alene. Vi skal jo jobbe med å holde tjenestenivået nede, vi skal holde brukerne nede i omsorgstrappen, akkurat der de hører hjemme før de går opp på neste trinn, og det føler jeg en blir veldig alene om, da. (Leder)

Videre forteller lederen at når de skal tildele tjenester skal tjenestemottakere få det de trenger av bistand. I denne kommunen har ikke tildelingskontoret budsjetttramme som de tildeler tjenester ut fra. Saksbehandlerne har likevel en klar forståelse av at tildeling skal gjøres på en kritisk måte: «... du må være kritisk når du tildeler tjenestene» (Leder).

En av saksbehandlerne som har lang erfaring med å tildele tjenester forteller at kommunen tidligere kunne tilby mer tjenester enn nå. De som saksbehandlere er nå blitt «mye strengere» enn tidligere på grunn av kommunens økonomi. Dette gjør noe med måten saksbehandlere kan forholde seg til den jobben de skal gjøre: «Du føler jo at du ... kanskje ikke jobber like mye med hjertet ditt som du gjorde før ... jeg skjønner jo det i forhold til både kommuneøkonomi og ressurser og sånn, at en må det» (Saksbehandler 1).

PRIORITERING OG DILEMMA – «TRYGGHET ... MANGE GANGER VANSKELIG Å DEKKE»

Både lederen og saksbehandlerne forteller at etterspørselen etter visse tjenester øker, og tildeling av tjenester gjøres mer kritisk. De løfter frem at tildeling av tjenester skal gjøres rettferdig og skal tildeles dem med størst behov. Det er spesielt tildeling av heldøgnsinstitusjonsplasser som løftes frem som et dilemma, hvor forsvarlig tilbud stilles opp mot trygghet for tjenestemottakerne. I Sjøgløtt kommune er det venteliste for institusjonsplass. Det gjør at det blir et spørsmål om hvem som har størst behov i det øyeblikket det blir ledig plass. Vurderingene handler om hvem som har størst behov, og hvordan tjenester kan tildeles på andre måter slik at behovet kan dekkes. Videre løfter lederen også et annet dilemma de opplever når tjenester skal dekke ulike behov:

... så ser jeg jo at de fysiske behovene får en jo oftest dekket. Men ikke trygghet, for den blir mange ganger vanskelig å dekke. Men vi har, den største utfordringen vi har, føler jeg, det er de kognitive utfordringene. (Leder)

MÅLOPPNÅELSE: HVA ER GOD KVALITET?

VIRKNINGSFULLE TILTAK – «DET ER LITT BÅDE OG»

På spørsmål om hvorvidt tjenestemottakere får de tjenestene de har behov for, er både lederen og saksbehandlerne først noe nølende, noe som sitatet under viser:

Jeg tror jo jeg må si at det er litt både og. [...] Jeg vet ikke. De får jo tjenester, men om de får det de har behov for, eller om de får ... de får jo **noe** ... Men jeg tenker at brukere kan jo sitte og kjenne på at de har behov for mer. (Saksbehandler 2)

Videre kommer det frem at tjenestemottakernes behov for generelt stell og pleie oftest blir ivare tatt, mens psykososiale behov og oppfølging i ernæring er områder som er særlig utfordrende å dekke.

For å sikre at tjenestene blir virkningsfulle, er det avgjørende at saksbehandlerne har tilstrekkelig informasjon om tjenestemottakeren. Lederen oppgir at beslutninger baseres på en totalvurdering av den enkelte personen i stedet for å bruke tildelingskriterier. Virkningsfulle tjenester avhenger også av at alle er kjent med hvilke tiltak som til enhver tid er gjeldende. Her understreker lederen behovet for god dokumentasjon, og eksemplifiserer hvordan manglende dokumentasjon i ernæringsoppfølging etter utskrivning fra sykehus kan få konsekvenser:

... og så kommer seinvakta i hjemmesykepleien dit på det første besøket, og så vurderer den som kommer dit at «Nei, men dette tror jeg du greier godt selv». Så da kan for eksempel det med smøring av tørrmat bli avsluttet på dag 1 eller 2. Og så fortsetter vi med matombringing, men så er det ikke dokumentert noe om tiltak i forhold til ... oppfølging av oppvarming av middag, så kanskje blir maten bare levert i heimen, og så stoler den tredje personen som kommer i hjemmesykepleien på at «Men, han smører jo tørrmaten selv, så han varmer nok sikkert middagen selv også». Og så kan det gå tre-fire uker, og så har brukeren gått ned enda flere kilo. Og så har du runden med bekymrede pårørende, og en bruker som har fallert. Kanskje blir det reinnleggelse til sykehus, eller det blir behov for korttidsopphold. (Leder)

TRYGGE OG SIKRE TJENESTER – «STRIKKEN BLIR JO TØYD VELDIG LANGT»

Både lederen og saksbehandlerne trekker frem at det kan være utfordrende å gi trygge tjenester for hjemmeboende tjenestemottakere, og særlig gjelder dette tjenestemottakere med psykiske problemer og kognitiv svikt. I dette sitatet uttrykker en av saksbehandlerne at omsorgspolitikken om å bo lengst mulig hjemme ikke alltid er forsvarlig: «... det går grenser for hva som er forsvarlig og når er det ikke lenger forsvarlig, for eksempel at de er hjemme, den strikken blir jo tøyd veldig langt» (Saksbehandler 2).

Samme saksbehandler peker på at selv om tilbudet kan anses som sikkert og faglig forsvarlig, er det ikke ensbetydende med at tjenestemottakeren opplever trygghet. Eksempelvis er kommunen rause med å tilby trygghetsalarmer, og hjemmesykepleien kan ofte være på hjemmebesøk, men likevel kan tjenestemottakeren sitte med en følelse av utrygghet.

Det jeg synes kanskje er mest utfordrende i senere tid, er at det er veldig mange som opplever angst, og de er engstelige. Og de er redde. Og dette der får vi ikke møtt på noe vis. [...] De ønsker seg inn en plass hvor det er heldøgns omsorg og folk hele døgnet, hvor de kan gå ut på fellesstuen og treffe noen, og de har hjelpen tett og nært. Men så finnes ikke det tilbudet. Det

finnes jo ikke. Og da blir de sittende hjemme veldig lenge. Fordi at sånn fysisk sett så har de det jo kanskje greit med litt hjemmesykepleie og har litt bistand. Men med det psykiske helse og det, så er det veldig vanskelig. (Saksbehandler 2)

INVOLVERE TJENESTEMOTTAKERNE OG GI DEM INNFLYTELSE – «PRØVE Å FINNE DE BESTE LØSNINGENE»

Involvering av tjenestemottakerne skjer i ulike faser av tildeling av tjenester, som før tildeling, ved utforming av tiltak og under evaluering av tiltak. Nye tjenestemottakere av kommunale tjenester som er innlagt på sykehus, blir kontaktet av saksbehandler, og det gjennomføres fysisk besøk der. Dersom det er snakk om korttidsopphold etter innleggelsen, er det dialogen med sykehuset som er avgjørende, slik dette sitatet illustrerer: «... må de da ha et kort tidsopphold etter innleggelsen, så er det jo vår dialog med sykehuset som blir avgjørende. Det er jo ikke med den brukeren, da» (Saksbehandler 1).

Tjenestemottakere som er kjent fra tidligere blir kontaktet enten pr telefon eller når de er kommet hjem igjen. I selve vurderingen av vedtaket forteller en av saksbehandlerne at tjenestemottakere får medvirke og prøver å finne de beste løsningene sammen, men innenfor det man kan tilby: «Det kan jo være at de søker på én ting, men at ut ifra kartleggingen vi gjør, at de ender opp med noe helt annet også» (Saksbehandler 1). Involvering av tjenestemottakere handler om å finne alternativer som imøtekommer både tjenestemottakeren og kommunens behov: «... prøve å finne gode løsninger eller alternativer hvis de har ønsker, eller forventninger, eller som vi ikke kan møte, så må vi nå prøve å finne noe vi kan tilby, eller som vi kan møte dem på, på et vis» (Saksbehandler 2).

Vedtakene som utformes i Sjøgløtt kommune er detaljerte og må justeres når behovene endrer seg. Evaluering av vedtak på hjemmesykepleie gjøres av tjenesten selv, og ingen av saksbehandlerne vi intervjuet kjenner til hvordan dette gjøres eller hvordan tjenestemottakerne involveres. Når det gjelder evaluering av institusjonsplasser, blir tjenestemottakerne invitert med på evalueringen:

Og da evaluerer vi jo i lag, og finner ut hvordan det går. Men så har vi jo med brukeren på evalueringen også, eller revurderingen ved vedtakene. og da er det hjemmesykepleien, når de er ute i direkte kontakt med dem, som tar det da. (Saksbehandler 1)

Mange tjenestemottakere ønsker også at deres pårørende skal være en aktiv part nå de trenger bistand fra kommunen. Saksbehandlere i denne kommunen opplever at pårørende er flinke til å henvende seg og ta kontakt. Ved sammensatte behov er samarbeid med pårørende viktig, slik denne saksbehandleren løfter frem: «... rundt der det er litt mer omfattende behov, eller litt mer sammensatt så opplever jeg at vi har godt samarbeid med pårørende egentlig. Og likeens i kartleggingssamtaler er det ofte at pårørende kan være med hvis brukeren ønsker det» (Saksbehandler 1).

SAMORDNING OG KONTINUITET I TJENESTETILBUDET – «SAMME KONTORET ... DA BLIR FLYTEN BEDRE»

I Sjøgløtt kommune blir alle henvendelser knyttet til kommunale tjenester rettet mot tildelingskontoret. Her er det dedikerte saksbehandlere som tildeler kommunale helsetjenester, og dedikerte saksbehandlere som tildeler kommunale leiligheter. Dette er to enheter som deler kontorlandskap. Ifølge lederen er det god dialog mellom disse enhetene, noe som sikrer at tjenestemottakere med større omsorgsbehov blir ivaretatt og sikret kontinuitet i tjenestetilbudet.

... når du ser at du begynner å ha litt større behov for å hoppe i omsorgstrappen i forhold til tjenestene der, så begynner vi å se litt på at da må du kanskje inn i en kommunal leilighet, typisk seniorhuset for eksempel, og da er det litt greit å bli i samme kontoret, for da blir flyten og kommunikasjonen imellom det bedre også. (Leder)

På spørsmål om hvorvidt tjenestene oppleves som godt samordnet slik at det blir stabilt og forutsigbart for tjenestemottakeren, forteller en av saksbehandlerne at kommunen nylig har vært gjennom en større omorganisering, spesielt når det gjelder hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand i hjemmet). Denne omorganiseringen har også ført til midlertidig svakere samordning av tjenester:

Det er jo en del omorganisering, og det som går igjen, er at det er veldig mange som er innom, og det er aldri å treffe på den samme. Det er litt sånn kjent, hos hjemmesykepleien ... det er sånn man opplever det. (Saksbehandler 2)

GOD RESSURSUTNYTTELSE – «KORTSIKTIGE LØSNINGER»

Lederen sier at ressursene utnyttes så langt en klarer, og at en ser etter ressurser ulike steder. Saksbehandlerne snakker om at det er stramme tider, og man forsøker å strekke seg langt for å gi et minimum av tilbud der det er behov.

Ja, vi er jo dyktige å tilby som et sånt lavterskeltilbud å tilby trygghetsalarmer, det er vi. Der er det jo sånn at er det jo trygghet i forhold til fysisk sykdom, fall og sånn, så Men er det ensomhet og det så gir jo ikke en trygghetsalarm det samme. (Saksbehandler 1)

Både hjemmetjeneste og tjeneste for praktisk bistand har blitt omorganisert for en bedre utnyttelse av ressurser. Lederen ser at dette kan være positivt med tanke på kompetansen i tjenesten. En av saksbehandlerne snakker om noe som kan anses som uheldig bruk av ressurser:

Det er veldig mye jeg føler er veldig kortsiktige løsninger. og i forhold til velferdsteknologi, Det tenker jeg det er brukt veldig mye ressurser på, altså sånn, grupper og samarbeid, altså vi har vært på mye sånn, ja, forskjellige kurs, ... men så kommer vi jo ikke i gang.. Vi har jo ikke noe tilby. Og det føles som meningsløst da, når du bruker så mye ressurser på at, ja ... og har vi fortsatt så lite. (Saksbehandler 2)

De ansatte er løsningsorienterte innenfor de rammene de har, slik at de kan imøtekomme tjenestemottakerne til en viss grad:

Så det blir veldig spennende tid fremover da [...] og så er det jo litt sånn at vi må nå vri og vrenge litt på hodet da for å prøve å finne de beste løsningene, og jeg føler jo at vi prøver å være kreative, så brukeren føler at han har det greit og får dekket behovene sine. (Saksbehandler 2)

TILGJENGELIGE TJENESTER OG RETTFERDIG FORDELING – «DET KOMMER AN PÅ HVOR DU BOR»

Saksbehandlerne erfarer at terskelen for å ta kontakt med dem er lav, samtidig har de noen rammer som begrenser hva man kan tildele. Kriteriene for tildeling endres etter hvert som man må stramme inn, gjerne av økonomiske årsaker. Dagens tildelingspraksis kan utfordre tryggheten for de som bor alene, er engstelige eller har behov for at noen ser innom dem. Selv om saksbehandlerne har kartleggingsskjema, brukes det skjøn i vurderingene. De erfarer at presset

på og etterspørselen etter tjenestene øker, slik at det begrenser hvor tilgjengelige tjenestene er. Hvordan kommunen organiserer tjenestene, påvirker også tilbudet. Også lederen påpeker at store distrikter gir en dårligere tjeneste: «Ja, jeg synes at hjemmetjenestene er alt for store ... eller distriktene er for store. Det er veldig mange forskjellige som er innom i løpet av en dag, og da blir det jo også uforutsigbart for den som skal ha hjelp» (Leder). Det har også en betydning hvor du bor i kommunen. Dersom man bor i nærheten av hjemmesykepleiens kontor, er det lettere å få korte besøk sammenlignet med de som bor lenger unna. De som bor sentrumsnært kan ha andre tilbud som supplerer den hjelpen som tilbys av kommunen. «Hjemmesykepleien kan jo bistå med å bestille handling og sånt til folk. Så er det jo butikkene som bringer ut maten. Men bor du avsides til, så har du jo ikke noen butikk som bringer til deg» (Saksbehandler 1).

Tildelingskriterier kunne man sett på som en mulig rettesnor for rettferdig tildeling. Saksbehandlerne beskriver at de har noen retningslinjer og kartleggingsverktøy å gå etter, men lederen forteller at de ikke har kriterier for tildelingen:

... tildelingskriterier, det har vi ikke. Fordi det er på en måte en totalvurdering ut ifra en kartlegging vi har, da, som gjør at én person kan ha behov for en sykehjemsplass, og naboen kan på en måte ha noe av de samme fysiske utfordringene, men som ikke får det innvilget fordi vi må se totalbildet på alt sammen. Så det blir på en måte en individuell vurdering, og ikke fastlåst til enkelte kriterier. Men vi har jo sett at det kanskje har vært behov for det også. For når alle de som jobber i hjemmesykepleien får sine egne oppfatninger av at: «Jo, det skulle du ha hatt til tjeneste», så hadde det vært litt greit om du har hatt noen faste punkt, som «Skal du ha den tjenesten, så skal det være sånn og sånn og sånn». For da kunne vi ha spilt litt mer på lag alle sammen. (Leder)

OPPSUMMERING

Tildelingskontoret er ansvarlig for tildeling av helse- og omsorgstjenester samt koordinering for habilitering og rehabilitering. Kontoret håndterer alle henvendelser, men benytter ulike navn (som "boligkontor" og "brukerkontor") basert på sakstype, noe som kan skape forvirring hos innbyggerne. Kontoret består av en leder og ti saksbehandlere, som har beslutningsmyndighet og klart definerte arbeids- og ansvarsområder – men de har ikke økonomiansvar. De er fornøyd med hvordan arbeidet er organisert, men har nylig innført teamarbeid for å være mindre sårbar ved fravær blant saksbehandlere.

Søknader om hjemmebaserte tjenester vurderes geografisk, mens andre tjenester vurderes uavhengig av tjenestesøkerens bosted. Kartleggingen av tjenestesøkerens behov er grundig og benytter en kommunalt utarbeidet samtaleguide samt IPLOS-verktøyet, og her involveres også tjenestesøkeren selv og eventuelle pårørende. I tillegg til at det innhentes relevante opplysninger fra andre instanser som sykehus, fastlege eller hjemmesykepleie, har kontoret god nytte av spesialkompetanse hos andre team. Samarbeid med innsatsteamet anses særlig viktig, men ulike oppfatninger av hva kommunen bør tilby av tjenester til den enkelte kan være utfordrende. Saksbehandlingstiden er tre uker, men i hastesaker og ved forsinkelser setter tjenestene nødvendige tiltak i gang før formell utredning. Oppfølging og revurdering av vedtak om hjemmetjenester håndteres av tjenestene, som varsler saksbehandler ved behov for endringer.

Økt etterspørsel etter hjemmebaserte tjenester er drevet av en voksende eldre befolkning, men også økt behov knyttet til psykisk uhelse og kognitivt sårbare tjenestemottakere. En stadig strammere budsjettssituasjon gjør at tildeling skjer på et strengt behovsprøvd grunnlag, og noen

tjenestemottakere føler de har større behov enn det kommunen klarer å levere. Tildelingskontoret blir utøvende av denne politikken, og ansatte kan oppleve at de blir stående alene om å holde tjenestenivået nede i kommunen. Knapphet på heldøgns institusjonsplasser gjør at forsvarlig tilbud stilles opp mot trygghet for tjenestemottakerne.

For å sikre at tjenestene blir *virkningsfulle*, baseres beslutninger på skjønn og en totalvurdering av den enkelte personen fremfor bruk av tildelingskriterier. God dokumentasjon vektlegges for at alle er kjent med hvilke tiltak som til enhver tid er gjeldende. Å gi trygge tjenester oppleves særlig utfordrende for hjemmeboende tjenestemottakere, og selv om tilbudet kan anses som sikkert og faglig forsvarlig, er det ikke ensbetydende med at tjenestemottakeren opplever trygghet.

Saksbehandlere søker å *involvere tjenestemottakerne* i hele tildelingsprosessen (før tildeling, ved utforming av tiltak og under evaluering av tiltak), og pårørende inkluderes som aktiv part, særlig ved sammensatte behov.

God dialog innad i tildelingskontoret bidrar til god *samordning og kontinuitet* i tjenestetilbud, noe som er særlig viktig for tjenestemottakere med større omsorgsbehov. En nylig omorganisering av hjemmebaserte tjenester har imidlertid midlertidig svekket samordningen mellom tjenestene.

Til tross for stram kommuneøkonomi er saksbehandlerne løsningsorienterte og forsøker å strekke seg langt for å oppnå *god ressursutnyttelse* og gi et minimum av tilbud der det er et behov. Hjemmetjenesten er blitt omorganisert for en bedre utnyttelse av ressurser, og dette anses som positivt med tanke på kompetansen i tjenesten – men det kan også utfordre forsvarligheten på tjenesten som tilbys.

Stramme budsjetter kombinert med økt etterspørsel etter helsehjelp utfordrer *tilgjengelighet og rettferdighet* i fordeling av tjenester. Dette gjør at både tjenestenes organisering og innbyggers bosted kan påvirke hvilke tjenester som tilbys den enkelte. Selv om saksbehandlerne benytter ulike verktøy i behovskartlegging, baseres tjenestetildelingen i stor grad på skjønn. Her kunne man sett tildelingskriterier som en mulig rettesnor for rettferdig tildeling.

CASE TILDELINGSRÅD – VINDNES KOMMUNE

GENERELL INFORMASJON OM KOMMUNEN

Vindnes kommune er en liten kystkommune med en befolkning på under 2000 innbyggere. Befolkningstettheten er forholdsvis lav (< 10 innbyggere per km²), og majoriteten av kommunens befolkning er bosatt i ett tettsted. Kommunen er klassifisert i sentralitetsklasse 6 (minst sentral) i Statistisk Sentralbyrås (SSBs) sentralitetsindeks (Statistisk Sentralbyrå, 2023). Ifølge SSBs Statistikkbank er andelen innbyggere 19 år og yngre omtrent 9 % lavere enn landsgjennomsnittet, og andelen innbyggere som er 65 år og eldre er nesten 10 % høyere enn landsgjennomsnittet (Statistisk Sentralbyrå, udat.). Kommunen har en negativ befolkningsutvikling. I 2022 døde det tre ganger så mange mennesker som det ble født i kommunen, og flere flytter ut av enn inn i kommunen. Tradisjonelt har fiskeri vært kommunens viktigste næring. I dag sysselsettes kommunens befolkning hovedsakelig i henholdsvis varehandel/service/hotell- og restaurantnæring, jordbruk, skog og fiske, samt sekundærnæringer. Helse- og sosialtjenester er kommunens nest største arbeidsplass, og over 10 % er sysselsatt i denne sektoren.

Vindnes kommune er i en krevende økonomisk situasjon som har ført til omorganisering av flere offentlige tilbud, også innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Blant annet er bemanningsfaktoren på sykehjemmet redusert, men antallet beboere er det samme som tidligere. I de hjemmebaserte tjenestene er bemanningen uendret.

ORGANISERING AV TJENESTETILDELING OG TILDELINGSPROSESSEN

For to år siden gjennomførte kommunen en omorganisering av tjenestetildelingen. Tidligere hadde én leder i helse- og omsorgstjenesten ansvar for å kartlegge søkere og fatte vedtak om tjenester på bakgrunn av den innhentede informasjonen. Nå er tjenestetildelingen organisert som et *tildelingsråd*, og i forbindelse med opprettelsen av rådet ble det utarbeidet et dokument med veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester i kommunen. I dette dokumentet er organiseringen av helse- og omsorgstjenestene illustrert i en modell med tittelen «Helse- og omsorgstrapp for Vindnes kommune». Modellen spenner fra tjenester for personer som klarer seg «ganske godt selv», som TT-kort og parkeringsbevis, til tjenester for personer som «trenger hjelp det meste av tiden», som omsorgsbolig med heldøgns bemanning eller sykehjem. På trinnene mellom, beskrives tjenester for personer som «har behov for litt hjelp», som matombringing og trygghetsalarm, tjenester for personer som «er avhengig av hjelp i eget hjem», som helsetjenester i hjemmet, og tjenester for personer som «trenger mer hjelp i en kortere periode», som korttidsopphold i institusjon. Ifølge kommunalsjefen har trappemodellen og tilhørende tildelingskriterier gjort det lettere å tildele og begrunne vedtak eller avslag på søknader.

Det fungerte jo veldig mye bedre enn det det gjorde. Det var jo nødvendig å ta ned tilgangen til tjenestene, og det gjorde det mye lettere for den som da skulle skrive vedtaket og begrunne vedtaket. Begrunne avslaget, for eksempel. (Kommunalsjef)

Intervjuene indikerte at tildelingsrådet har høy grad av autonomi knyttet til tjenestetildeling. Alle søknader om helse- og omsorgstjenester i kommunen vurderes og behandles i rådet. Rådet inkluderer kommunalsjefen, enhetslederen og kommunelegen, men på grunn av vakante stillinger i legetjenesten er det i realiteten bare de to lederne som inngår. Det tilstrebes faste møter én gang i måneden, men medlemmene kan møtes ad hoc dersom det kommer inn saker som nødvendiggjør dette.

Deltakerne beskrev flere ulike veier inn i kommunens helse- og omsorgstjenester. Den ene veien går via spesialisthelsetjenestene. Tildelingsrådet virker i liten grad å være involvert i beslutninger om tildeling av tjenester til personer som kommer hjem til kommunen etter opphold i sykehus, og terskelen for tildeling av tjenester til denne gruppen synes også å være lav.

[Fra] sykehuset, hvis noen har vært innlagt. At de vil ha en vurdering om de trenger noe mer hjelp en stund. Eller om de må inn på en korttids plass. Men det får de som regel alltid når de kommer fra sykehuset. Hvis det er behov for det. Da er det ikke noe tildelingsråd. (Enhetsleder)

Den andre veien inn i kommunale helse- og omsorgstjenester går via søknad om tjenester, og det er disse søknadene som behandles av tildelingsrådet. Det er ofte tjenestemottaker selv eller pårørende som søker. I rådet vurderes søknadene og søkerens behov opp mot kommunens fastsatte kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ikke tverrfaglige team som kan bidra i kartlegging og vurdering av søkerens behov, for eksempel innsatsteam

og hverdagsrehabiliteringsteam. Det er enhetslederen som har ansvar for å besøke søkeren for å ha en samtale med vedkommende og gjennomføre kartlegging av behov. Til dette brukes ADL-funksjonene i IPLOS, samt andre ikke-spesifiserte kartleggingsverktøy og spørsmål. Kartleggingen danner grunnlag for vedtaket som fattes. I beskrivelsen av tildelingsprosessen vekta enhetslederen også sin egen kjennskap til søkerne:

Så har vi noen sånne kriterier som kommunen har. Noe veiledende. Vi prøver å følge de [kriteriene] litt. Ellers så går det jo mer på at du kjenner brukeren og vet hvordan personen har det. Har prata med legen og ... Så blir det vurdert ut fra behovet der og da. Når vi har fått en søknad, så er det jeg som drar hjem og vurderer det. Hva de trenger for noe. Vi bruker IPLOS. Så har jeg med litt forskjellig ut, med litt spørsmål og (Enhetsleder)

Formulering av vedtak og endringer av vedtak blir skrevet av enhetslederen. Klager på vedtak skal fremmes formelt og behandles i tildelingsrådet, og svar på klager blir sendt fra kommunalsjefen. Begge lederne påpekte at det kommer inn få formelle klager fra tjenestesøkere.

ETTERSPØRSEL ETTER TJENESTER OG PRIORITERINGER

Kommunalsjefen påpekte flere ganger at den økonomiske situasjonen i Vindnes kommune er vanskelig, noe som ifølge henne har nødvendiggjort omorganisering av helse- og omsorgstjenestene og «innstramming» i tildelingspraksisen. Hun opplevde at det tidligere hadde vært lav terskel for å få tildelt langtidsopphold på sykehjem: «Det var veldig god bemanning på sykehjemmet. God plass, sånn at der var det litt sånn ... Kjente du at du kanskje skulle ha hatt et lite opphold der, så fikk du det.» (Kommunalsjef).

Nye arbeidsformer i tildelingspraksisen, som systematisk kartlegging av søkere og tjenestetildeling ut fra fastsatte tildelingskriterier, har medført at terskelen for å få institusjonsopphold har blitt høyere enn tidligere. I tillegg må andre forhold i tjenestene vurderes, som kapasitet og kompetanse, før tjenestene tildeles.

Så noen ganger så blir det jo også kapasitet og kompetanse i tjenesten som avgjør hva som er larest å gjøre nå. Er det larest å ta denne personen inn på sykehjemmet, eller er det larest å gi tilbudet ute i hjemmet? Vi har en ganske marginal hjemmetjeneste også. (Kommunalsjef)

Kommunalsjefen legger vekt på at det har vært nødvendig å 'ta ned' tjenestenivået til enkelte tjenestemottakere ved å gjøre en gjennomgang av tidligere vedtak:

Vedtakene har egentlig bare ligget der. Det har kanskje ikke vært så veldig tradisjon for å gå gjennom tiltaksplaner heller. [...] Pasientene får jo god pleie, og som jeg pleier å si: 'pleie er vi kjempegode på, miljøtiltak er det verre med'. Så vi må egentlig rydde litt opp i hele kjeden. [...] Nå er vi kommet gjennom alle vedtakene. Sett at folk har vedtak på rett omsorgsnivå. Fått ryddet litt opp. (Kommunalsjef)

Når hun blir utfordret på hva konkret som ligger i det siste, sier hun: «Det handler om å jobbe med hendene på ryggen. Det er litt gammeldags praksis at når du kommer inn på sykehjemmet, så får du full sørvis» (Kommunalsjef). Det synes altså som om «rett omsorgsnivå» i mange tilfeller forstås som tiltak rettet mot egenmestring og tilrettelegging av omgivelser.

Begge ledere poengterte at pågangen av søknader til tildelingsrådet ikke er stor, men de opplever økt etterspørsel etter omsorgslønn. Avslag begrunnes med at søkere ikke oppfyller kriteriene for denne ytelsen, som i henhold til kommunens tildelingskriterier er at omsorgen som

ytes ellers ville ha vært omfattet av kommunens plikt til å sørge for helse- og omsorgstjenester til den enkelte, og at «tjenestene» som ytes av den som søker om omsorgslønn vurderes som forsvarlige ut fra det aktuelle omsorgsbehovet.

Vi har fått litt større etterspørsel etter omsorgslønn. Det har vi fått. Vi har innvilget noen omsorgslønner som alternativ til hjemmetjenester eller kommunale tjenester. Og det har nok spredt seg litt. Vi har fått noen flere søknader på det. Også på sånne oppgaver som man tenker tilhører naturlig i heimen. Så der har vi gitt en del avslag. (Kommunalsjef)

Kommunalsjefen og enhetslederen uttrykker ikke bekymring for at den økonomiske situasjonen, omorganisering og «innstramming» i tjenestetildelingen fører til at innbyggerne ikke får møtt sine helse- og omsorgsbehov. De beskriver heller ikke utfordringer knyttet til prioriteringer i tildelingsprosessene.

SAMARBEID OG TILLIT KNYTTET TIL TJENESTETILDELING

Enhetslederen opplever at fremgangsmåten i saksbehandlingsprosessene kan være utfordrende, og da er det betydningsfullt å få råd og veiledning fra noen som har erfaring med tjenestetildeling. Dette gjelder spesielt for vurdering og tildeling av omsorgslønn, som er en økonomisk ytelse som kan tildeles personer med særlig tyngende omsorgsansvar. «Men så har jeg henta inn en litt mer erfaren som har sittet med dette her før. Så jeg har da fått litt opplæring av henne på hvordan en skal klare å vurdere det og få riktig lønn» (Enhetsleder).

Enhetslederen understreket at det er vesentlig å samarbeide tett med ansatte som har kjennskap til tjenestemottakernes endringer av tjenestebehov etter at vedtak er fattet. I slike tilfeller blir ikke nødvendigvis tildelingsrådet involvert.

Vi vurderer det på nytt hvis noen trenger mer hjelp. Så vurderer vi om vi må sette inn mer hjelp. Men det går ikke gjennom noe tildelingsråd. Så tar jeg det med de i hjemmetjenesten. Så har vi en samtale der og finner ut om vi kanskje må øke litt på hjelpen i en periode. Så får de et nytt vedtak på det. (Enhetsleder)

Både kommunalsjefen og enhetslederen opplever at de har tillit blant ansatte og innbyggerne når det gjelder tjenestetildelingsprosessen. Omorganiseringen av kommunens helse- og omsorgstjenester har blant annet ført til at enkelte tjenestemottakere må flytte fra sykehjem til omsorgsbolig, det vil si at de nå får tjeneste på et lavere tjenestenivå i kommunens "helse- og omsorgstrapp". På spørsmål om pasientene har ytt motstand mot flytting, svarte kommunalsjefen:

Ja, rett og slett. Men så fungerer det jo bra. Men da er det jo det her med å klare å få tillit til at vi gjør faglige vurderinger kontinuerlig. [...] Så det å gi og klare å få den tilliten tar jo litt tid. Og man må jo bevis på en måte at det ligger handling bakom de ordene. Sånn at når behovet endrer seg, så endret tjenesten seg også. Men det er ikke dermed sagt at du får plass på sykehjem. (Kommunalsjef)

Prosjektkoordinatoren i nabokommunen, som tidligere har arbeidet med tjenestetildeling, erfarte at ansatte ute i tjenestene engasjerer seg på vegne av tjenestemottakerne. Dette gjelder spesielt pasienter med sammensatte og langvarige behov og som har vært lenge i systemet.

Det skjer veldig ofte at sykepleiere eller vernepleiere eller helsefagarbeidere engasjerer seg sterkt for sine brukere, og blir litt sånn advokat for deres side. Så jeg vil egentlig si at de som

jobber på Tildeling – du skal ha ganske mye skinn på nesa altså. Det er ikke for de som er sarte. Du får mye kjeft. Og du får mye påtrykk fra mange kanter. Det er ikke en jobb for alle. (Prosjektkoordinator)

Prosjektkoordinatoren påpekte videre at hun opplever i størst grad manglende tillit knyttet til tjenestetildeling til barn med store hjelpebehov. Her nevnte hun uenighet og påtrykk fra flere aktører som foreldre, helsestasjon, skole og brukerorganisasjoner.

ULIKE PERSPEKTIVER PÅ KVALITET

I dokumentet som beskriver Vindnes kommunes veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester, forekommer ordet «kvalitet» bare i begrepet «livskvalitet». Kvalitet på tjenester omtales ikke. Ordet «kvalitet» forekommer heller ikke på nettsidene som omhandler søknad om helse- og omsorgstjenester i kommunen. I intervjuene tematiseres kvalitet på ulike måter av de tre deltakerne. Når kommunalsjefen snakker om kvalitet, knytter hun dette til kvaliteten på vurderingene som gjøres før tildeling av tjenester, og fra hennes perspektiv er kommunens størrelse og nærhet mellom dem som søker om tjenester og dem som skal gjøre vurderingene en utfordring. Det at «alle kjenner alle» gjør det, ifølge kommunalsjefen, utfordrende å tilby tjenester på best effektive omsorgsnivå.

Tidligere var det en leder som reiste ut og gjorde noen vurderinger og bestemte om de skulle få eller ikke, og hva de skulle få. Og i og med at kommunen er så liten, så utfordrer det fagligheten også. For det blir så nært, og det blir så privat. Alle kjenner alle, alle er i slekt med alle, familie med alle. Det er fryktelig vanskelig å si nei til noen som står deg nær. Om de ikke står deg veldig nær, så vet du at du kommer til å møte pårørende og personen på butikken og i bursdagsselskap og alt sånt. Så den rammen for å tildele tjenester blir enda mer viktig i en sånn liten kommune. (Kommunalsjef)

Kommunalsjefen bruker ordet «kvalitet» når hun argumenterer for betydningen av å ta ned nivået på tjenester som tilbys, eller at ansatte i tjenestene skal yte tjenester som er i tråd med vedtakene som er gjort. Når det gjelder sistnevnte uttaler kommunalsjefen seg slik:

Så er det jo selvfølgelig en utfordring å få de ansatte til å forholde seg til de vedtakene. Det er jo et litt lengre lerret å bleike. Men man legger seg jo til ulike praksiser og ... Det er mange motivasjoner bakom å gi ekstra service. [...] Du får jo ikke bort sånt med å lage et skriv. (Kommunalsjef)

Når hun blir utfordret på om det var hensyn til økonomi og innsparing, eller hensynet til kvalitet, som var begrunnelsen for endringene i tildelingspraksis, fra at dette tidligere ble gjort av «en leder som reiste ut og gjorde noen vurderinger» til at dette nå var beslutninger som ble gjort av tildelingsrådet, uttaler hun: «Ja, det var jo økonomi som var utgangspunktet. Men jeg tenker at det handler om, det er jo profesjonalitet. Å få kvalitet og likeverdighet i tjenestene» (Kommunalsjef). Det synes altså som om kommunalsjefens perspektiv på kvalitet først og fremst er knyttet til likeverdige tjenester, noe hun videre knyttet til rettssikkerhet.

Og vi tenker jo at det handler igjen om likeverdighet i tjenestene. Rettssikkerhet. Få en litt sånn ordentlig juridisk vurdering på de tildelingene som gjøres. Komme bort fra det her presset som man står i når man skal tildele tjenester i veldig små kommuner. Hvert fall hvis man er en del av det lokalsamfunnet selv. Få profesjonalisert opp. Få kvalitetssikret. (Kommunalsjef)

Mens kommunalsjefen ser nærhet mellom søkere av tjenester og dem som gjør vurderinger og utformer vedtak som en utfordring for rettferdig fordeling og kvalitetssikring av tjenestetildeling, synes enhetslederen å ha et noe annet perspektiv. Enhetslederen beskriver nærhet mellom tjenestemottakere og dem som gjør vurderinger og fatter vedtak som noe som bidrar til at mennesker i kommunen får den hjelpen de trenger.

Det positive er at vi kjenner alle. Vi kjenner jo folk. Og vi vet litt forhistorie. Kanskje de har hatt tjenester innimellom, vært innom der. Ja, jeg føler at de får god hjelp, da. At de får den hjelpa de skal ha. (Enhetsleder)

Samtidig gir også enhetslederen uttrykk for at nærhet til innbyggerne kan være utfordrende på enkelte områder. Hun trekker særlig frem søknader om omsorgslønn.

Ja, og så føler at hvis jeg skulle vurdert en omsorgslønn, da ... En som jeg vet jeg er i slekt med, og som jeg har masse kontakt med ellers ... Og så skal jeg inn og vurdere hvor mye lønn du skal ha, og så føler jeg det er litt feil. At det er jeg som skal sitte og bestemme det. Da burde det vært noen som er utenfra. Som ser med helt andre øyne enn meg. (Enhetsleder)

Kanskje er dette et uttrykk for at omsorgslønn skiller seg fra andre typer tjenester i den forstand at det er en ytelse som er helt konkret målbar i kroner og øre, og at det er en ytelse som er rettet mot pårørende.

I intervjuet med prosjektkoordinatoren kommer et tredje perspektiv på kvalitet til uttrykk. Hun knytter, i likhet med kommunalsjefen, kvalitet til rettssikkerhet og rettferdig fordeling av tjenester.

Jeg tror man søker en litt mer profesjonell tildeling. Og en større grad av rettsikkerhet for innbyggerne. At du skal kunne få den samme prosessen og den samme kvaliteten på vedtakene uavhengig av om du bor i [navn på kommunesenter i nabokommune] eller på [navn i kommunesenter i Vindnes kommune]. (Prosjektkoordinator)

Det er imidlertid verd å merke seg at prosjektkoordinatoren i dette utsagnet knytter kvalitetsbegrepet eksplisitt til vedtakene. Det er altså kvalitet på vedtak, og ikke kvalitet på tjenester, prosjektkoordinatoren viser til. Prosjektkoordinatoren skiller mellom kvaliteten på tjenestene og kvaliteten på vedtakene, og det er sistnevnte tildelingskontoret er ansvarlig for. «Nei, kvaliteten på tjenestene, det må tjenestene stå for. Det kan ikke Tildeling gjøre noe med. Men det er klart vi har kanskje litt ulike tjenester i de ulike kommunene» (Prosjektkoordinator).

NY MODELL FOR TJENESTETILDELING

Vindnes kommune er nå involvert i utarbeiding av en ny modell for tjenestetildeling i samarbeid med tre andre kommuner i regionen. Initiativet ble tatt av kommunalsjefene fordi alle kommunene opplevde utfordringer knyttet til tildeling. I de to mindre kommunene i samarbeidet, inkludert Vindnes kommune, er fagmiljøene rundt tjenestetildeling små. I de to større kommunene har det vært stor utskifting av personale på leder- og saksbehandlersiden.

Tjenestetildelingen i de involverte kommunene er per i dag ulikt organisert og enhetene har ulike ansvarsområder. Målet er at kommunene skal ha en felles tildelingsenhet på tvers av kommunene. På intervjudispunktet arbeidet prosjektgruppen med å søke unntak fra lovhjemler og endre forskrifter for å muliggjøre at det kan fattes enkeltvedtak på tvers av kommunene. Gruppen har videre utarbeidet mandat og er i gang med å kartlegge arbeidsoppgaver, prosjekter

og funksjoner i de nåværende tildelingsenhetene, samt hvilke oppgaver som skal ivaretas av den nye felles tildelingsenheten. Det skal videre utarbeides felles tildelingskriterier. Lokalisasjon, bemanning og kommunerepresentasjon i enheten synes ikke å være bestemt. På spørsmål om hvordan tildeling av tjenester skal foregå innenfor den nye tildelingsenheten påpeker prosjektkoordinator at det er mye som ikke er bestemt. Det følgende sitatet belyser hennes *visjon* om hvordan søknad på tjenester og tjenestetildeling skal foregå i den nye tildelingsenheten.

Sånn at jeg tenker du søker på samme vis, forhåpentligvis elektronisk [...]. Og at du blir kartlagt enten av den medarbeideren som bor nærmest, eller av tjenestene som er nærmest. Og så er det et fellesskap som kan ta den søknaden. Den trenger ikke å ligge og vente på at den ene personen kommer tilbake fra ferie. Men hvis det er noen som er på jobb [i tildelingsenheten] i en kommune, så kan de ta den søknaden og behandle den. Fordi vi har samme saksbehandlersystem, vi har samme plattformer, vi har de samme tjenestekriteriene å forholde oss til. Om man har muligheter til å kommunisere med tjenestene der du er digitalt. Så du kan godt sitte i [navn på nabokommune] og ha kontakt med hjemmetjenesten i Vindnes kommune. At du da kan få et vedtak innen rimelig tid istedenfor å vente på at den eneste som er der, skal kunne gjøre det. Det er det jeg ser for meg. (Prosjektkoordinator)

Alle deltakerne pekte på flere mulige fordeler med den nye modellen for tjenestetildeling. Enhetslederen så fram til at noen utenfra vil bistå i vurderingen av søknader og at tjenestetildeling ble satt mer i system. Prosjektkoordinatoren og kommunalsjefen synes å vektlegge profesjonalitet og juridiske aspekter: «Nei, jeg tror jo man søker en litt mer profesjonell tildeling. Og en større grad av rettsikkerhet for innbyggerne. At du skal kunne få den samme prosessen og den samme kvaliteten på vedtakene uavhengig av om du bor» (Prosjektkoordinator).

Kommunalsjefen poengterte også betydningen av kommunesamarbeid, og hun påpekte at dette kan gi regionen et løft og danne grunnlag for ytterligere samarbeid innen helse- og omsorgstjenestene. På den andre siden kom det fram at det er behov for å ta ned tilgangen til tjenester. Dette ble begrunnet med økte forventninger blant innbyggerne til hva kommunene skal yte av tjenester, noe som står i motsetning til kommunenes begrensede økonomi- og personalressurser. Visjonen er at en felles tildelingsenhet kan gi mulighet for samarbeid og rådgiving rundt begrunnelsene i vedtakene som skal fattes.

Altså en høyere terskel rett og slett for å få tjenester [...]. Det er lett å si «ja». Det er det enkleste. For å kunne si «nei», så må du lage noen begrunnelser. Du må ha ei argumentasjonsrekke. Og det er ikke så lett å bare finne sjøl hvis du ikke har noe innspill fra andre. (Prosjektkoordinator)

Alle deltakerne påpekte at mye arbeid gjenstår før tildelingsenheten er i drift. Prosjektgruppen står foran viktige prosesser knyttet til organisering, struktur og involvering av viktige aktører som brukerrepresentanter, ansatte og politikere.

Deltakerne skisserte få mulige ulemper med innføringen av en ny modell. Enhetslederen vektla imidlertid betydningen av nærhet og kjennskap til innbyggerne i tildelingsprosessen, og at noe dermed vil bli annerledes når «noen utenfra» skal gjøre dette.

At den nærheten egentlig er litt positiv òg, da. At hvis du er på et kontor i [navn på nabokommune] og skal bestemme over noen du ikke vet noen ting om annet enn det jeg har skrevet, eller en annen person har skrevet [...]. Det kan være litt negativt, kanskje. (Enhetsleder)

OPPSUMMERING

I Vindnes kommune fattes vedtak om tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester av et tildelingsråd som i praksis består av en kommunalsjef og en enhetsleder. Kommunen er imidlertid involvert i utforming av en ny modell for tildeling i et interkommunalt samarbeid. Intervjuene med de tre deltakerne synliggjør ulike utfordringer og muligheter ved nåværende og fremtidig modell for tildeling. Deltakerne vektlegger ulike aspekter ved tildelingspraksis. Kommunalsjefen legger størst vekt på betydningen av å «ta ned» tjenestetilbudet til befolkningen til et nivå hun oppfatter som riktig og økonomisk bærekraftig. Hun uttrykker tillit til at profesjonalitet og kvalitet i vurderingsprosessene, bruk av tildelingskriterier, samt korrekt formulerte og begrunnede vedtak, ville kunne bidra til dette. I et slikt perspektiv vil en ny tildelingsmodell, med større avstand mellom søker og den som fatter vedtak, ikke være til hinder for at søkere får riktige og tilstrekkelige tjenester. Enhetslederen, på den andre siden, vektlegger i større grad betydningen av at den som gjør vurderinger og fatter vedtak om tildeling av tjenester har god kjennskap til søkerne og deres livssituasjon. I dette perspektivet vil en ny tildelingsmodell, med større avstand mellom søker og den som fatter vedtak, ikke nødvendigvis bidra til at søker får riktige og tilstrekkelige tjenester. Prosjektkoordinatoren uttrykker et tredje perspektiv som vektlegger at selve vedtakene må være korrekte og av god kvalitet. I dette perspektivet vil en ny tildelingsmodell, der ansvaret for å formulere vedtak samles hos en gruppe fagpersoner med dette som dedikert ansvarsområde, fremstå som hensiktsmessig. De tre perspektivene henger trolig sammen med at deltakerne, i kraft av sine stillinger, har ulike ansvarsområder. Kommunalsjefen har ansvar for å holde budsjettet og bruke kommunens midler på en mest mulig effektiv, hensiktsmessig og rettferdig måte. Enhetslederen uttrykker at hun, i sin stilling, jobber tett på både tjenestemottakere og ansatte, og ser særlig hvordan ansatte berøres av omstillingsprosesser. Begge disse perspektivene er viktige og nødvendige. Det er imidlertid ikke gitt at begge perspektivene kan ivaretas i like stor grad i en ny modell for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

CASE SEPARAT TILDELINGSENHET – BLÅDAL KOMMUNE

GENERELL INFORMASJON OM KOMMUNEN

Blådal er en liten til mellomstor kommune mellom fjord og fjell med i underkant av 10 000 innbyggere. Det er store geografiske avstander, med tre hovedtettsteder og lav befolkningstetthet i kommunen. Ifølge SSBs framskrivninger forventes det noe redusert folketall fram mot 2050. I dag er om lag 20 % over 65 år, og det forventes at andelen vil øke. Andelen over 80 år vil nesten fordobles mellom 2024 og 2050. De fleste yrkesaktive er sysselsatt i servicenæringer og industri, dernest offentlig virksomhet; flest av disse arbeider innenfor helse- og omsorgssektoren. Det er dobbelt så mange sysselsatte i helse og omsorg som i skole og barnehage. Det er også sysselsatte innen landbruk. Avstanden til nærmeste storby muliggjør arbeidspendling for noen. Langt de fleste bor i selveide eneboliger.

Kommunens driftsutgifter per innbygger i 2023 var på ca. 130.000 kroner. I underkant av 40 % av kommunens utgifter går til helse og omsorg (34 % for landet som helhet). Ifølge SSB-statistikk er det litt høyere andel av innbyggerne over 80 år som har hjemmetjenester sammenlignet med landsgjennomsnittet, og litt færre som har institusjonsopphold.

OM TJENESTETILDELINGENS TILBLIVELSE, ORGANISERING OG MYNDIGHET

Kommunen har en egen utskilt enhet med ansvar for vurdering, saksbehandling og tildeling av tjenester som faller innenfor helse- og omsorgstjenesteloven.

TILBLIVELSE

«Det gikk fra at tildelingen av tjenester tidligere foregikk ute i tjenesten, at de selv behandlet søknadene» (Saksbehandler på Tildelingskontoret). Før 2018 foregikk tjenestetildelingen direkte ute i de utøvende tjenestene, for eksempel i hjemmesykepleien, og ikke fra en egen utskilt enhet som nå. Endringen skjedde i 2018 da tildelingsenheten ble organisatorisk utskilt fra den utøvende hjemmetjenesten. Den er nå plassert i stab under leder for helse- og omsorgstjenestene. Leder fortalte at tildelingsfunksjonen ble skilt ut for å sikre likere saksbehandling uavhengig av geografi. Ulik praksis i ulike deler av kommunen ble nevnt som et problem tidligere, men som nå var løst: «Det var det som var beveggrunnen, og kanskje kritikken fra før, at det var for ulik behandling mellom forskjellige tjenestetilbud» (Saksbehandler Tildelingskontoret).

BEMANNING

Tildelingskontoret har tre saksbehandlere. En av disse er i 100 % stilling som leder for enheten (med sykepleierbakgrunn, master i ledelse og tar nå videreutdanning i forvaltningsjuss). De to andre saksbehandlerne er i henholdsvis 80 % stillingsstørrelse (sosionombakgrunn) og 30 % stillingsstørrelse (sykepleierbakgrunn). Disse to har andre fagstillinger i kommunen i tillegg.

ANSVARsområde

Vi har jo stort sett alt. Alt fra hjemmetjeneste, praktisk bistand, dagsenter, matombringning, trykghetsalarmer, bolig. Og vi har også alt i forhold til søknader, individuell plan, brukerstyrt personlig assistanse, barnekoordinator. Alt ligger hos oss. Det vi ikke har noe med, er de boligene som hører mer til NAV. De har vi ikke, men vi har trygdeboliger omsorgsboliger og institusjoner ... og velferdsteknologi, ikke minst. (Leder ved Tildelingskontoret)

Tildelingskontoret har med andre ord et bredt ansvar for vurdering og vedtak innenfor alle helse- og omsorgstjenester, nevnt i sitatet over. Søknader knyttet til rus og psykiatri vurderes først av ansatte i rus- og psykiatriavdelingen selv, men formelle vedtak fattes av tjenestekontoret. Sosialtjenester og økonomiske ytelser håndteres av NAV, som har en egen tildelingsenhet. Denne enheten ble beskrevet som betydelig større med 22 ansatte. Ansvaret for tildeling av kommunale boliger ligger hos boligkoordinator på NAV.

Rus- og psykisk helse-feltet framstår som et grenseområde mellom dem (Tildelingskontoret) og utøvende tjeneste når det gjelder tjenestetildeling. I rus- og psykiatrifeltet er det de ansatte i selve tjenesten som utreder og framskriver behovet for eventuelle tjenester, mens det er Tildelingskontoret for helse og omsorg som fatter vedtaket i den grad et formelt vedtak må fattes, for eksempel vedrørende støttekontakt. Den ene saksbehandleren kom inn på deres forståelse av lovforankring av rus- og psykiatritjenester og hvordan disse henvendelsene ble behandlet:

Rus og psykiatri er jo ikke lovpålagt, så de trenger for så vidt ikke et vedtak. ... de faller utenfor forvaltningslovens krav om vedtak. Jeg skriver det nå bare for å vise hvilke rettigheter brukeren har, da. Og litt om hvor lang tid det skal ta før de får hjelp, og eventuelt økning hvis

de har behov for mer hjelp. ... Nei, det er ikke vedtakspiktig. Rus og psykiatri faller ikke under forvaltningsloven. Det er lavterskel, ... hvis de oppfyller kriteriene eller har behov i en periode, så skal de få det [vedtak].

I tillegg til psykiatrisk sykepleietjeneste i kommunen nevnes lavterskeltilbud som «Rask psykisk helsehjelp». De som ble intervjuet var opptatt av å ikke byråkratisere ved å skrive vedtak «på alt», men på tjenester som varer over tid. Et eksempel på det siste er velferdsteknologi som tilbys som betalingstjeneste, for eksempel trygghetsalarmer:

Men i utgangspunktet så ønsker vi jo ikke å lage vedtak på alt. Så for eksempel slike ting som en time med psykolog og sånn, vi har ikke vedtak på de timene der. ... Det handler om hvor lenge ... Hvis det er enkeltsamtale, så er det ikke ... Når det er psykolog, så skriver de journal, og det er ikke vedtakspiktig. Men hvis det er psykiatrisk sykepleier som kommer inn under samme tjeneste som hjemmesykepleier, da er det vedtak. Men dette er noe vi jobber med. Vi jobber med de rutinene der for å se hva som må være vedtak på, og hva som ikke trenger å være vedtak på. Rustjenesten er jo et lavterskeltilbud. Så det skal jo være nok bare å ta kontakt da. Da skal de få hjelp, for å si det sånn. (Leder ved Tildelingskontoret)

MATERIALE KOMMUNENE BENYTTER I ARBEIDET MED TJENESTETILDELING

Saksbehandlerne benytter et sett med spesifikke skjemaer og rutiner i Blådal kommune ved behandling av søknader. Blant disse er interne saksbehandlingsrutiner og retningslinjer for Tildelingskontoret. Når det gjelder søknad om omsorgsbosted og pleie- og omsorgstjenester, finnes disse skjemaene tilgjengelig på nett. I tillegg fylles et omfattende kartleggingsskjema ut ved alle hjemmebesøk for nye søkere (skjemaet er ikke åpent tilgjengelig på nettet). Dette syv-siders skjemaet inkluderer opplysninger om søkerens personlige forhold, boforhold, medisinbruk, ernæringsstatus, samfunnsdeltakelse, eventuelle diagnoser og funksjonsevne, samt eventuell individuell plan. Det dokumenteres også hvilke kommunale tjenester som er aktuelle, og om søkeren har hatt døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Videre registreres søkerens evne til å utføre daglige aktiviteter (ADL), samt brutto inntekt per år for både søker og ektefelle.

Kommunen har utarbeidet sin lokale lovpålagte «Forskrift om kriterium for tildeling av langtidsopphold i sykehjem» for Blådal kommune.

Nettsiden til Blådal kommune viser en oversikt over alle tjenestene som tilbys av kommunen innenfor Helse og omsorg, herunder blant annet tjenestene under det de betegner som Pleie og omsorg, Helse, Rehabilitering, Rus og psykisk helse og Bosted helse og omsorg m.m.

ARBEIDSDAGEN MED SAKSBEHANDLING, TILDELING AV TJENESTER/VEDTAK

Når saksbehandlerne ble spurt om å beskrive arbeidshverdagen, ble det trukket fram at den for det meste dreide seg om individuelt arbeid med vurdering og saksbehandling. «Vi sitter jo masse for oss selv ... ja, da bortsett fra to ukentlige møter der vi går gjennom de nye søkerne.» I det følgende beskriver vi prosessene fra mottak av søknader til vedtak og senere evaluering av vedtak.

MOTTAK AV SØKNADER

Leder fortalte at antall nye søkere varierer fra periode til periode, men anslo at det ligger mellom 0 og 5 per uke. Søknader fra befolkningen kommer inn via post (de har ikke elektronisk

mottakssystem for dette ennå). Merkantil personale i kommunen skanner og legger dem inn i XX-systemet (fagsystem) tilgjengeliggjort for Tildelingskontoret. Fra sykehus og fastlege kommer melding om nye søkere via elektroniske PLO-meldinger (pleie- og omsorgsmeldinger). I tillegg kommer det mange direkte henvendelser via telefon. Saksbehandlerne fortalte at de har lav terskel for mottak av meldinger, og at det er helt i orden med muntlige henvendelser som en førstegangskontakt: «Vi er ikke strenge på det. Vi ber dem ikke nødvendigvis å gå inn skjemaet som ligger på nettet.» Senere, for eksempel i forbindelse med hjemmebesøket, fylles skjemaet ut og det gjøres en grundigere kartlegging.

På dagtid i ukedagene mottas innkomne søknader av saksbehandler på Tildelingskontoret, som samme dag leser og gjør en førstevurdering av hvor raskt det må settes inn tiltak (prioritering). På helg, kveld og natt er det korttidsavdelingen på sykehjemmet som leser og vurderer den første hastegraden. Hvis det vurderes som nødvendig, settes det inn hjemmesykepleie eller korttidsplass på sykehjem som straktiltak før formelt vedtak skrives. Søknadene blir registrert i fagsystemet XX og registreres der som søknad til den aktuelle tjenesten.

Selve *søknadskjemaet om pleie- og omsorgstjenester* er kortfattet. Foruten faktaopplysninger om søker og pårørende, skal søker svare på det åpne spørsmålet «Skriv litt om situasjonen din, hva du trenger hjelp til og hvorfor.» Skjemaet gir også generelle opplysninger om saksgang, klagerett, innsynsrett, egenbetaling, og generell informasjon om helseregisteret IPLOS, samt hvilke helse- og omsorgstjenester kommunen iht. helse- og omsorgstjenesteloven er pliktig til å tilby. I tillegg til de lovpålagte tjenestene nevnes tjenester som kommunen tilbyr i tillegg: trygghetsalarm, matombrining, kreftkoordinator, demensteam, ergo- og fysioterapi, hverdagsrehabilitering og ruskonsulent.

HJEMMEBESØK FOR Å KARTLEGGE

Saksbehandlerne på tildelingskontoret gjennomfører vanligvis et hjemmebesøk til de nye søkerne. Dette gjøres spesielt ved søknader om praktisk bistand, hjemmesykepleie og omsorgsboliger. For nye søkere blir det vanligvis foretatt hjemmebesøk av en saksbehandler raskt etter mottatt søknad for å kartlegge personens behov og situasjon. Men når henvendelsen kommer plutselig, er det ikke alltid de rekker å foreta hjemmebesøk fra Tildelingskontoret før tjenesten settes inn:

Hvis det er noen ting som haster, så kan det selvfølgelig være at hjemmesykepleien må starte opp tjenesten, for eksempel hvis noe har skjedd i løpet av en helg. Eller at noen som har kommet ut fra sykehuset og sår. Og at vi kommer inn med hjemmebesøk i etterkant. Men stort sett så prøver vi å ha et hjemmebesøk hos helt nye brukere for å kartlegge. Men det spørs selvfølgelig hva det er. Vi kartlegger ikke alltid så mye ved for eksempel søknad om en trygghetsalarm. Men hvis de søker om praktisk bistand, hjemmesykepleie, da gjør vi det alltid, ... og spesielt ved spørsmål om boliger, omsorgsbolig, eller for eksempel en sykehjemsplass, da er vi ekstremt nøye med hjemmebesøk. Ja, ja. Da er det spesielt viktig med hjemmebesøk for å kartlegge hvordan det ser ut der. (Leder ved Tildelingskontoret)

Søknad om hjemmesykepleie blir noen ganger vurdert av hjemmesykepleien selv, spesielt når det er kjente tjenestemottakere. En av saksbehandlerne sa det slik:

Nei, et vedtak om hjemmesykepleie er nå ganske rutinemessig. Hvis vi får en god uttalelse fra fastlegen, er det ofte den vi lytter til. Så er det hjemmesykepleien som vanligvis bare reiser til dem. Hvis det er enkle oppdrag. Da reiser vi ikke ut med et eget hjemmebesøk.

Det gjøres vanligvis ikke hjemmebesøk ved søknader om lavterskeltjenester som for eksempel trykghetsalarm.

Den lovpålagte IPLOS-kartleggingen gjøres ofte i forbindelse med det første hjemmebesøket, men det er heller ikke uvanlig at denne foretas *etter* vedtak, for eksempel av hjemmesykepleien. I tillegg gjøres det vanligvis en ADL-kartlegging basert på krav i fagsystemet XX. Systemansvarlig i XX sjekker ved jevne mellomrom at dette er gjennomført på tjenestemottakeren. Dersom det ikke er gjort, sendes en påminnelse til tjenesten. Dette sendes ut én gang per måned.

HVEM HAR MYNDIGHET TIL Å TILDELE TJENESTER?

For søknadene om ordinære hjemmetjenester er det vanligvis en av de tre saksbehandlerne som foretar kartlegging, vurdering, saksbehandling og *tildeling* av tjenestene, men etter drøfting på det ukentlige møtet. På dette møtet har de tre saksbehandlerne på Tildelingskontoret en gjennomgang av søknadene og en diskusjon om hvilken oppfølging som skal tilbys.

Søknader om langtidsplass på institusjon, omsorg pluss bolig, omsorgsbolig/trygdebolig, samt søknader om korttids- og avlastningsplasser på sykehjem, blir saksbehandlet av Tildelingskontoret og deretter diskutert på et annet ukentlig kommunalt inntaksteam møte. Her er institusjonsleder, leder for hjemmetjenesten, lege og saksbehandlerne til stede. Søknader om BPA blir saksbehandlet av Tildelingskontoret og deretter diskutert og tildelt på et ledermøte. De mest kostnadskrevenne tjenestene blir dermed diskutert og tildelt med ledere til stede.

OM BRUK AV KARTLEGGINGSSKJEMAER

Det kan synes som om de ansatte ved Tildelingskontoret har et pragmatisk og kanskje litt ambivalent forhold til det å bruke standardiserte kartleggingsskjema som alle må bli kartlagt i forhold til, ifølge leder:

Ja, altså vi burde vel gjort det, men vi gjør det ikke slavisk, nei. Vi bruker litt skjønn også, for å si det sånn. Nå er det ikke jeg som reiser mest ut, men det er jo XX og XX som reiser mest ut. Og når du har gjort det i noen år, så har du liksom lagt ... Ja, du har gode rutiner selv om du ikke bruker helt alle skjemaene. (Leder ved Tildelingskontoret).

Den lovmessige IPLOS-kartleggingen blir også tilpasset situasjon og tid. Vi spurte leder på Tildelingskontoret: «Men IPLOS-skjemaet, bruker dere alltid det for alle tilknyttede saker når dere skal gjøre vedtak?»

Vi prøver, men vi kunne vært bedre, for å si det sånn. Vi er nødt til å fylle det ut til slutt, men det er kanskje ikke det første vi gjør før vedtaket. Det kan godt hende de får vedtak før vi har fylt ut IPLOS. Det virker nesten som om at det etter noen uker er lettere å danne grunnlaget for IPLOS og ADL, enn rett etter et første hjemmebesøk.

TJENESTETILDELING/VEDTAK

Ifølge dokumentet «Rutiner og standard for Tildelingskontoret» skal henvendelsene til Tildelingskontoret besvares straks eller eventuelt i løpet av tre virkedager. Innen tre uker gjør kommunen som regel et formelt vedtak. På nettsiden til kommunen står det at søkeren får svar innen fire uker. I vedtaket spesifiseres tildelt tjeneste med timeangivelse av omfanget. Kommunen har et dokument som er veiledende for timeomfanget på de ulike typene av tjenester/hjelp. Dette dokumentet brukes til planlegging av bemanning, økonomistyring etc. for tjenestene.

Når Tildelingskontoret gir et vedtak om en tjeneste, gir de også vedtak om omfanget av denne tjenesten (timer per uke). Se mer om dette under «økonomi og rapportering» under.

SENERE ENDRINGER

Ved større endringer senere blir vedtaket revurdert og nytt vedtak sendt til tjenestemottaker. Om lag to ganger i året gjennomgås alle vedtak rutinemessig og ajourføres i forhold til antatt gjeldende behov. Det er rutiner for å evaluere og justere vedtak basert på faktisk bruk av tjenester. Hjemmesykepleien gir tilbakemelding ved endringer i behov, og det gjennomføres revurderinger minst to ganger i året.

Når vi en gang eller to i året går gjennom alle vedtakene, så ser vi om vedtakene stemmer med det de faktisk bruker. Vi sjekker om vedtaket vi har laget innebærer at de (hjemmesykepleien) bruker flere timer eller færre enn det de egentlig hadde i vedtaket. Da prøver vi å danne oss et bilde ... Så kan vi se hvor vi ligger totalt. Hvis vi ligger 500 timer i pluss, så har hjemmesykepleieren 500 timer å gå på som de egentlig ikke har blitt brukt, men som har vært tilknyttet de gamle vedtakene. (Leder ved Tildelingskontoret)

Basert på vedtakstimenene lager tjenestene sine bemanningsplaner (se mer om dette under «Økonomi og rapportering» nedenfor).

ETTERSPØRSEL ETTER TJENESTER OG BUDSJETT/PRIORITERINGER

ETTERSPØRSEL

Saksbehandlerne fortalte at det er særlig stor etterspørsel og knapphet på langtidsplasser, omsorgsboliger og støttekontakter, og at kommunen opererer med ventelister for disse tilbudene. Likeså er det stor etterspørsel etter BPA-tjenester. Det er også utfordringer med å rekruttere ansatte til BPA-stillinger. Alternative tjenester tilbys ved avslag. For ordinære hjemmetjenester ble det trukket fram at det vanligvis er god dekning i kommunen. De som ble intervjuet, var opptatt av å skape realistiske forventninger i befolkningen til hva kommunen kan dekke:

Forventningene er jo ulike. Så det er jo da vi må gå i dialog og gi de en forståelse av hva som er rett, hva de har rett på. Her kan det gjerne være ulike forventninger mellom brukere og pårørende. Vi har jo veldig mange søknader som kommer fra pårørende. (Saksbehandler ved Tildelingskontoret)

ØKONOMI OG RAPPORTERING

Tjenestekontoret rapporterer månedlige utgifter og ressursbruk til økonomiavdelingen. Hjemmesykepleien har et fast årsbudsjett, men kan melde og dokumentere behov for ekstra ressurser ved avvik fra vedtak. Månedlige utgifter og ressursbruk rapporteres til økonomiavdelingen via Framsikt. Framsikt er et mye brukt økonomirapporteringssystem i kommuner. For eksempel rapporteres det inn månedlige utgifter opp mot budsjettet, slik at man ser status.

Som vi så over, innbefatter vedtakene også angivelse av timetall per uke. Vi spurte leder for Tildelingskontoret om hvilken modell for økonomistyring og budsjettering kommunen har inn mot de utøvende tjenestene, og hvordan de sjekker faktisk brukt tid opp mot vedtakene som avdelingsbudsjettet er basert på. Leder fortalte da at faktisk tid besøkene i hjemmetjenestene tar,

blir registrert via mobiltelefoner med en egen funksjon der de ansatte skal registrere tidsbruken sin i hjemmene.

Intervjuer: Det finnes forskjellige modeller, for eksempel at tjenesten får midler løpende basert på hvor mange timer de blir tildelt, et innsatsstyrt opplegg som er innsats- og aktivitetsbasert, mens andre får et fast årsbudsjett. Hvordan er det hos dere?

Leder: De har et fast årsbudsjett, og de har så og så mange ansatte ... Ta for eksempel at vi gir et vedtak om medisinaladministrering. Da ser vi at å tilberede medisiner og dele ut dosetten to ganger i måneden tar omtrent 20 minutter i uken.

Intervjuer: Har dere en standard for dette?

Leder: Ja, vi har laget noen standarder. For eksempel 20 minutter per medisinaladministrering. Og så har telefoner hvor de logger seg inn og ut når de besøker en bruker. Når vi gjennomgår vedtaket, og ser at her bruker de to timer nå, i stedet for 20 minutter, da må vi undersøke. Hjemmesykepleien har kanskje ikke informert oss. Det kan hende at de må inn hver dag og gi medisiner, fordi det ikke var nok å bare gi dosetten. Da må vi endre vedtaket. Hvis det var 20 minutter, men de bruker to timer, så må vi justere og ta med timene i betraktning. Da kan de si at de måtte leie inn ekstra fordi de bruker mer tid enn det som opprinnelig var planlagt, og de kan dokumentere hvorfor de leier inn mer folk.

Intervjuer: Så det er litt fleksibelt i løpet av året også. De kan få mer ressurser i løpet av året. Det er ikke et årsbudsjett som de må holde seg til?

Leder: Jo, de må holde seg til årsbudsjettet, men de kan dokumentere hvorfor de har overskredet budsjettet sitt.

Intervjuer: Ja, men de får ikke mer penger?

Leder: Nei, de får ikke mer penger.

Intervjuer: Og hvis de bruker mindre, da?

Leder: Nei, da får de sikkert en blomst. Det er jo derfor det er så viktig at en forholder seg til det som står i vedtaket. Står det to timer der, og hvis du ikke bruker det, så må du gi beskjed. Bruker du mer, må du også gi beskjed.

Intervjuer: Så de er veldig klar over at de må rapportere om avvik fra vedtaket tilbake dere?

Leder: Ja, de skal det, fordi ... Jeg tenker ikke på fem-ti minutter, men hvis det blir en halvtime til en time, så bør de gjøre det. Da skal de gjøre det.

Sitatene over viser at dersom en slik tilpasset aktivitetsbasert finansieringsmodell for årsbudsjettering fordrer at vedtak og reell timebruk ute i tjenestene er i samsvar med hverandre. Sitatene illustrerer også at det å samstemme dette kan være en (tid)krevende organisatorisk samordnende prosess.

MÅLOPPNÅELSE

Deltakerne berørte i liten grad hvorvidt og hvordan tjenestene de tildeler er forsvarlige, virkningsfulle og rettferdig fordelt. De understreket at de vektla søkerens og pårørendes

perspektiver og synspunkt, samtidig som de var opptatt av å skape realistiske forventninger til hva kommunen kan tilby (realitetsorienterte). En av saksbehandlerne hadde arbeidet med saksbehandling i cirka 10 år, og også de to andre hadde god lokalkunnskap og kjennskap til familier i kommunen. Det at kommunen var forholdsvis liten mente de gjør at de får god oversikt over de ulike tjenestene og har et nært samarbeid med dem som arbeider der, hvilket de mente kunne bidra til samordnede tjenester og kontinuitet i og mellom tjenestene. For eksempel har saksbehandlerne på Tildelingskontoret faste møter med Rus- og psykiatri hver 14. dag, og hvis det er noe de ønsker å diskutere utenom det, så ble det trukket fram at de lett kan avtale flere mellomliggende møter. På direkte spørsmål om *måloppnåelse* reflekterte lederen av tildelingskontoret omkring de ulike tjenestenes tilgjengelighet: «Ikke helt, kanskje ... altså, institusjonsplasser, der er det ikke alltid dekket det som er behovet [har venteliste], mens på de andre tjenestene får man det man har behov for.»

Også de to andre saksbehandlerne trakk fram at det er knapphet på langtidsplasser og omsorgsboliger med tilhørende ventelister. I tillegg trakk de fram utfordringer knyttet til BPA-ordningen og støttekontakter når det gjelder tilgjengelighet, mens de mente at det for tiden er god kapasitet for ordinære hjemmetjenester (se ovenfor under «Etterspørsel»).

På spørsmål om deres inntrykk av tjenestenes trygghet og forsvarlighet svarte de at det var deres inntrykk at kommunen gir forsvarlige tjenester for dem som får disse tjenestene, men at mangel på sykehjemsplasser og omsorgsboliger er utfordrende: «Jeg vil vel påstå at vi gir gode, forsvarlige tjenester. Men som sagt, jeg kunne ønske at vi hadde litt mer boliger til forskjellige grupper» (leder ved Tildelingskontoret).

Samtidig ble det trukket fram at kommunens politikk om å bo lengst mulig i eget hjem (også for dem med demenssykdom) og å starte med tjenester lavt i omsorgstrappen, skaper noen utfordringer, fordi man ikke har kontakt med målgruppen før de er blitt «ganske dårlige».

Intervjuer: Hva med brukerinvolvering, legges det til rette for brukerinvolvering? Jeg tenker da generelt i de utøvende tjenestene og i de prosessene dere på Tildelingskontoret er i med de nye søkerne.

Leder: Ja, da er det nok spesielt med dem med psykisk utviklingshemmede. De har ofte en verge som er inne. Jeg vet ikke om det er så mye brukermedvirkning eller involvering, i alle fall ikke i forhold til boliger, om jeg forstår spørsmålet ditt rett nå? Ja, det spørres hva man legger i brukerinvolvering her. De legger jo frem sitt behov i søknaden, og så videre. Det gjør de jo. Og så har vi kartleggingsbesøk, og vi har tverrfaglig vurdering, og så ... Ja. Hvis vi ikke har muligheten til å gi dem det de søker på, eller hvis vi vurderer å gi dem et avslag, så tilbyr vi som regel alltid noe annet. I forhold til tjenester som vi mener kan gi dem forsvarlige tjenester. Eventuelt et alternativ. Det er jo for å sikre tryggheten deres. (Leder for tildelingskontoret)

Lederen trakk altså fram at de legger vekt på å involvere tjenestemottakere og pårørende gjennom kartleggingene og søknadsprosessene. Lederen mener at de erfarer at dagens modell for saksbehandling og vedtak/tjenestetildeling er i hovedsak velfungerende, men at den likevel er under kontinuerlig evaluering og til forbedring.

OPPSUMMERING

Blådal kommune er en liten til mellomstor kommune med under 10 000 innbyggere, preget av store geografiske avstander, lav befolkningstetthet og en aldrende befolkning. Helse- og omsorgssektoren er den største arbeidsgiveren i kommunen.

Organisering og myndighet: Tildelingsenheten ble opprettet i 2018 for å sikre likere behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester, uavhengig av geografi. Den består av tre saksbehandlere med ulik fagbakgrunn (sykepleie og sosionom). Enheten har ansvar for vurdering og vedtak knyttet til lovpålagte tjenester innen helse- og omsorg.

Prosess for tjenestetildeling: Søknader mottas via post og elektroniske meldinger fra sykehus og fastlege, eller via telefon fra pårørende og tjenestemottakere. Saksbehandlerne gjør en førstevurdering av hastegrad. Hjemmebesøk gjennomføres vanligvis for nye søkere for å kartlegge behov og situasjon, spesielt ved søknader om praktisk bistand, hjemmesykepleie og omsorgsboliger. Formelle vedtak gjøres innen tre uker med spesifisering av tildelt tjeneste og omfang, men ved hast settes de i gang før det juridiske vedtaket foreligger. Vedtakene evalueres og justeres rutinemessig. Når det gjelder tjenester knyttet til rus og psykisk helse, er det avdelingen selv som utreder, og Tildelingskontoret som gjør vedtak. Kommunen er opptatt av å kun gjøre juridiske vedtak der det er behov for mer langvarige tjenester for å unngå byråkratisering av henvendelsene og søkeprosessene.

Økonomi og rapportering: Hjemmetjenesten har et fast årsbudsjett, men kan dokumentere behov for ekstra ressurser ved avvik fra vedtak. Det å samstemme formelle vedtak med faktisk tidsbruk kan være organisatorisk og byråkratisk krevende, men deres aktivitetsbaserte årsbudsjettfinansieringsmodell krever at dette blir gjort.

Utfordringer og måloppnåelse: Det er særlig stor etterspørsel og knapphet på langtidsplasser, omsorgsboliger og støttekontakter, med ventelister for disse tilbudene. Dette kan utfordre forsvarlighetskravet for dem som står på slike ventelister. Utover dette mente deltakerne at kommunen gir trygge og forsvarlige tjenester.

DISKUSJON OG OPPSUMMERING

For denne komparative casestudien stilte vi forskningsspørsmålene: Hvordan beskriver ledere i helse- og omsorgstjenester 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? Målet med studien var å undersøke hvordan ledere og ansatte ved tildelingsenheter erfarer kvalitet ved saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester, samt sammenligne erfaringene på tvers av casene. Vi forstår arbeidet til saksbehandlerne og deres ledere som i et spenningsfelt mellom organisatoriske krav, regelverk og krav om å imøtekomme innbyggernes individuelle behov. Saksbehandlerne må følge etablerte instruksjoner, lovverk og retningslinjer for saksbehandling og tjenester av god kvalitet, samtidig som de har relativ høy grad av autonomi og skjønn i sitt arbeid (Lipsky, 2010, Zacka, 2017). De endelige temaene ble: 1) Rettferdig fordelte tjenester – nærhet eller distanse til tjenestemottaker? 2) Myndighet, autonomi og kontroll 3) Velferdsregimets grenser

– ulike organisering, felles utfordringer. Under det siste temaet ble det tre undertemaer: Økt etterspørsel og innstramminger ved tjenestetildelingen – hvor går grensen for trygge tjenester? Ressursutnyttelse – hvordan prioritere ved tjenestetildeling? Involvering av tjenestemottaker og makt ved tjenestetildeling.

RETTFERDIG FORDELTE TJENESTER – NÆRHET ELLER DISTANSE TIL TJENESTEMOTTAKER?

De fem inkluderte kommunene hadde organisert tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester på ulike måter. I alle de inkluderte kommunene hadde tildelingsfunksjonen gjennomgått omorganisering på ulike tidspunkt. Som forvaltere av kommunale tjenester forventes det at saksbehandlere og deres ledere bidrar til å utvikle gode løsninger for – og har kapasitet til å møte sammensatte og kompliserte behov til innbyggerne på en rettferdig og forsvarlig måte (Fylling et al., 2020; Lipsky, 2010). På tidspunktet for studien er Vindnes kommune i gang med å omorganisere tjenestetildelingen fra et tildelingsråd til en adskilt og samorganisert enhet på tvers av flere kommuner. I dette interkommunale samarbeidet utarbeides det felles tildelingskriterier, og et av målene er å øke kvaliteten på vedtakene. Dette kan på sikt bidra til mer lik praksis i kommunene. Blådal kommune har hatt adskilt enhet for tjenestetildeling siden 2018 og erfarer at dette bidrar til likere tildeling av tjenester til innbyggerne uavhengig av brukeres bosted i kommunen. Tidligere forskning på kommuner som har gått over fra en tjenestetildeling direkte ute i de utøvende tjenestene til en organisatorisk utskilt tildelingsenhet tyder på at dette har bidratt til mer likebehandling i tjenestetildelingen innad i kommunenes distrikter, samt at en tildelingsenhet bidrar til mer nøytrale og objektive vurderinger av behov fordi saksbehandlerne opprettholder avstand til tjenestemottakere (Pedersen et al., 2024b; Sundt, 2010).

I en liten kommune som Vindnes erfarer medlemmene i tildelingsrådet at de har kjennskap og private relasjoner til flere innbyggere som søker tjenester. Dette kan potensielt utfordre prinsippene om rettferdig og effektiv tjenestetildeling. I følge (Zacka, 2017) kan saksbehandlere som er for tett på tjenestemottakerne føre til overinvolvering, hvor man er for emosjonelt engasjert i tjenestemottakernes saker og blir partiske i sine vurderinger. En av hensiktene med en bestiller-utfører organisering er å skape avstand mellom tildeler og tjenestemottaker som skal bidra til mer objektiv saksbehandling og redusere uønsket variasjon ved tjenestetildeling på tvers av kommuner (Vabø, 2011). Argumentene for en bestiller-utfører inspirert modell med adskilt enhet fra tjenesteutøverne er å sikre mer likebehandling og rettferdighet, samt øke effektiviteten i behovsvurderingen av tjenestetildelingen (Ljunggren et al., 2014; Vabø, 2011). Bestiller-utfører modellen er i tråd med en organisasjonsprofesjonalitet som baseres på kontroll, regler og rutiner, fremfor en profesjonsprofesjonalitet som baseres på tillit til de profesjonelles utdanning og etikk (Liljegren, 2012). På en annen side så fremheves det i Vindnes kommune at nærhet og kjennskap til tjenestemottakerne er betydningsfullt i vurderingen av tjenestetildeling. En av de større utfordringene med en bestiller-utfører organisering er informasjonsflyt om tjenestemottakers behov mellom tildelingsenheten og utførerene (Ursin, 2005). Avstand mellom saksbehandler og tjenestemottaker utfordrer treffsikkerheten ved tjenestetildelingen fordi saksbehandlerne ikke kjenner tjenestemottakernes situasjon godt (Kassah & Tønnessen, 2016). Både separate tildelingsenheter og teamorganisering fremmes som løsninger for å sikre likeverdig

behandling av tjenestemottakere og ivaretagelse av deres rettssikkerhet i saksbehandlingen (Angelsen et al., 2024). I Granvik kommune erfares det at teambasert tjenestetildeling og diskusjoner mellom flere faggrupper bidrar til løsninger som er bedre for tjenestemottakerne enn de klarer å finne individuelt eller med kun én faggruppe. Kommunene i casene som har eller har hatt en bestiller-utfører basert modell har alle moderert organiseringen fra et strengt skille mellom saksbehandlerne og utførere og til en tjenestetildeling med vekt på godt samarbeid og dialog med tjenesteutøverne. Deltakere fra alle av casene understreker at god kontakt og dialog med tjenesteutøverne er essensielt for å kunne gi rettferdige og effektive tjenester til innbyggerne.

MYNDIGHET, AUTONOMI OG KONTROLL

Beslutningsmyndighet ved tjenestetildelingen er i Solstad, Blådal og Sjøgløtt kommune lagt til kun saksbehandlere. I Blådal kommune fattes formelle vedtak kun av tjenstekontoret, men søknader knyttet til rus og psykiatri vurderes først av ansatte i rus- og psykiatriavdelingen. I Solstad kommune bidrar utførere ved hverdagsrehabiliteringstjenesten og hjemmetjenesten med å vurdere behov før det fattes vedtak om tjenester. Forvaltningen i Solstad kommune har en kontrollfunksjon hvor tjenesteutøverne må belyse tjenestemottakernes endrede behov tydelig og argumentere saklig for økning eller reduksjon i vedtaket. Sjøgløtt kommune har tilpasset organiseringen av tjenestetildeling slik at utførere av hjemmetjenesten i større grad gjennomfører kartlegging av tjenestemottakere, samt bidrar i evaluering og revidering av vedtak. God samordning ved tjenestetildeling hvor ulike tjenestenivå samarbeider og er koordinert er utfordrende å få til. Forskning på såkalte «harde» og «myke» bestiller-utfører modeller, hvor førstnevnte har lite samarbeid mellom tildeler og utfører og hvor sistnevnte diskuterer innhold i vedtak med utførerenheten før de fattes, viser mer konfliktfylt relasjoner i de «harde» modellene (Hansen et al., 2009). Omorganiseringene som fulgte NPM diskursene (jf. kap. 1) med en organisasjonsprofesjonalitet som bygger på kontroll, regler og rutiner, i samsvar med en bestiller-utfører modell, kan se ut til å hindre samordningen av tjenestetildelingen. Det har oppstått et behov for å gå tilbake fra organisasjons- til økt profesjonsprofesjonalitet, som i større grad baseres på tillit til de profesjonelles skjønnsmessige vurderinger (Liljegren, 2012). I tillegg påpekes det i Granvik kommune at fysisk nærhet til ulike aktører i kommunens helse- og omsorgssektor og sosial- og velferdssektor bidrar til bedre kommunikasjon, mer samarbeid og effektiv samhandling.

I Vindnes og Granvik kommune har saksbehandlere og tjenesteutøvere beslutningsmyndighet ved tildeling av tjenester. I Vindnes kommune har tjenesteutøverne beslutningsmyndighet ved hjemmetjenester som tildeles etter sykehusopphold, i disset tilfellene er Tildelingsrådet lite involvert. Granvik kommune har organisert tildelingen av tjenester i trå med en teambasert tillitsmodell. Teambasert tjenestetildeling i Granvik kommune fungerer bedre i teamet som tildeler hjemmetjenester sammenlignet med Vurderingsteamet som blant annet tildeler sykehjemsplasser. Dette kan skyldes at det kun sitter saksbehandlere i Vurderingsteamet, noe som bidrar til å opprettholde avstand til tjenesteutøverne og hvor tjenesteutøverne ikke har fått mer beslutningsmyndighet. Annen forskning viser at tillitsmodellen, overordnet sett, fungerer bedre enn en bestiller-utfører modell med bakgrunn i tettere dialog, samhandling og tillit mellom saksbehandlerne og tjenesteutøverne, men at tjenesteutøvere ikke opplever å ha fått mer autonomi eller myndighet i beslutninger (Aagestad et al., 2022). Ut fra et aktørperspektiv kan det se ut til at det oppstår et «grensearbeid» hvor tjenesteutøverne holdes utenfor tjenestevurderingen, ved

at saksbehandlerne opprettholder autonomi og beslutningsmyndighet tross for en teambasert organisering (Liljegren, 2012). Tjenesteutøvere ønsker innflytelse over hvilke tjenester som tildes tjenestemottakerne (Kassah & Tønnessen, 2016), samtidig så er mange tjenesteutførere usikre når det kommer til juridiske og forvaltningsmessige aspekter ved tjenestetildeling (Eide et al., 2018). Tjenesteutøvere som er organisert under en tillitsmodell viser bekymring og mangel på tillit til egen evne til å justere tjenestene basert på profesjonelle og juridiske vurderinger (Slåtsveen et al., 2023).

I den teambaserte organiseringen i Granvik kommune erfarer saksbehandlerne å ha ulike perspektiver på tjenestetildelingen sammenlignet med tjenesteutøverne. Saksbehandlerne må ofte ta hensyn til økonomiske vurderinger og ressursfordeling, mens tjenesteutførere i større grad retter oppmerksomheten mot umiddelbare behov hos tjenestemottakerne. Saksbehandlere som tildeler kommunale tjenester har ofte profesjonsbakgrunn selv, men inntar i rollen som tjeneste-tildeler en mer byråkratisk-administrativ logikk sammenlignet med dem som utfører tjenestene (Fylling et al., 2020). Saksbehandlere er opptatt av at lovverket bestemmer, mens tjenesteutførerne er mer opptatt av tjenestemottakerens behov enn hvilke rettigheter tjenestemottakerne har (Ursin, 2005). Saksbehandlere blir i større grad enn tjenesteutøverne styrt av retningslinjer i systemet (Zacka, 2017) og må forholde seg til lovverk og kommunenes fordelingspolitikk (Fagertun & Tingvold, 2024). I Granvik kommune erfares teambasert tjenestetildeling å være mer effektiv og fleksibel i forhold til tjenestemottakernes behov, enn ved den tidligere bestiller-utfører baserte organiseringen i kommunen, til tross for at det fortsatt er noen tjenester, som sykehjemsplasser, hvor det kun er saksbehandlere som sitter i teamet og fatter vedtak. I teambasert tjenestetildeling med økt beslutningsmyndighet og autonomi til tjenesteutøverne ser det ut til at det blir utfordrende å balansere beslutninger i tråd med lovverk, overordnet ressursfordeling og tjenestemottakernes umiddelbare behov. I tillegg gir en oppsplitting av saksbehandlere i ulike team en risiko for forvitring av fagmiljøer, noe som kan være sårbart og gå på bekostning av likebehandling av tjenestemottakere (Agestad et al., 2022). Tidligere forskning på tjenestetildeling organisert med en tillitsmodell viser at saksbehandlere erfarer mangel på tillit og anerkjennelse etter å ha blitt organisert i tverrfaglige team. Saksbehandlere har behov for å kunne diskutere oppgaver, lovverk og dele kunnskap, kompetanse og erfaringer med dem som har lignende arbeidsoppgaver og ansvarsområder (Slåtsveen et al., 2024). En organisering basert på tillitsmodellen kan bidra til at tjenesteutøvere får mer tillit og beslutningsmyndighet enn de er komfortable med ut ifra deres kompetanse. For et bedre teambasert arbeid med tjenestetildeling kan det være nødvendig å heve tjenesteutøvernes kompetanse innen saksbehandling.

VELFERDSREGIMETS GRENSER – ULIK ORGANISERING, FELLES UTFORDRINGER

ØKT ETTERSPORSSEL OG INNSTRAMMINGER VED TJENESTETILDELINGEN – HVOR GÅR GRENSEN FOR TRYGGE TJENESTER?

Alle casene beskriver en økt etterspørsel av kommunale helse- og omsorgstjenester. Økt etterspørsel i de fem kommunene gjelder tjenester som langtidsplasser på sykehjem, omsorgsboliger, hjemme-tjenester, brukerstyrt personlig assistent, omsorgsstønad, avlastningstjenester, lavterskeltjenester

innen psykisk helse og rus, og kommer fra grupper av tjenestemottakere som eldre personer, barn og unge, personer med rus og psykiske utfordringer. Årsaken til økningen i etterspørsel av tjenester i casene er flere faktorer, blant annet; økt andel eldre personer, politiske beslutninger om å bo hjemme så lenge som mulig bidrar til høyere terskel for sykehjemsplasser og dermed økt etterspørsel etter hjemmetjenester, reduksjon av institusjonsplasser for barn og unge fører til økt etterspørsel av avlastningstjenester. Flere forskere som har undersøkt bakkebyråkrater i velferdsstaten (for eksempel Lipsky 2010; Vabø 2011, Fagertun og Tingvold 2014) har fremhevet at spenningen mellom tilgjengelige ressurser og muligheten til å utvikle tjenester ikke bare oppstår ved knapphet på ressurser. Snarere representerer denne spenningen et grunnleggende aspekt ved velferdsstaten: når omfanget av tjenester øker, øker også forventningene til hva tjenestene skal kunne tilby. Dette skaper en vedvarende utfordring uavhengig av organisering, ettersom det oppstår et gap mellom hva som forventes og hva som tilbys. Gjennom skjønnsvurderinger blir det saksbehandlere og deres leders ansvar å utvikle tjenester i henhold til økt etterspørsel for å kunne sikre trygge og forsvarlige tjenester til innbyggerne. I casene handler det blant annet om å finne tjenester som ikke nødvendigvis er den mest gunstige løsningen ut ifra innbyggernes behov, men som er innenfor forsvarlighetsgrensen.

I tillegg til økt etterspørsel opplever deltakerne fra de fem kommunene at tilgangen til tjenester strammes inn. Felles for alle casene er at saksbehandlere og ledere står i en skvis mellom tjenestemottakernes rettigheter og tilgjengelige økonomiske og personalmessige ressurser. Når den administrative ledelsen blir presset til effektivisering, men mangler klare bevis på at kostnadskutt svekker kvaliteten på tjenestene, er det en risiko for at ressursene reduseres drastisk uten tilsvarende reduksjon i oppgaver og ansvar (Lipsky, 1980). Denne typen forvrengning er ofte blitt påpekt innen omsorgstjenester, der ressursene kuttes eller nye oppgaver legges til uten at det gjøres endringer i ambisjonsnivået (Fylling et al., 2020; Vabø, 2007). Saksbehandlere og mellomledere blir stående i et spenningsfelt i henhold til økonomiske og faglige prioriteringer, hvor de må imøtekomme innbyggernes behov innenfor ressursmessige rammer (Fylling et al., 2020). Alle casene har kriterier som setter ramme for tjenestetildeling. I Sjøgløtt kommune endres kriteriene for tjenestetildeling etter hvert som det må stramme inn på tjenestene, og saksbehandlerne erfarer å være mer kritiske i vurderingene enn tidligere. Til tross for at regelverket for tjenestetildeling og rettighetene til innbyggerne er klare så gjøres det en subjektiv vurdering av hvilken tjeneste som skal gis, hvor omfattende den skal være og hvor grensene for tildeling skal gå. *«Enhetslederen er tydelig på sitt ansvar om å sikre at forvaltningen tildeler forsvarlige tjenester, og det er hennes ansvar å si ifra når nok er nok, fordi de ikke kan unnlate å tildele forsvarlige tjenester»* (Solstad kommune s. 55). På grunn av arbeidspress og krav om kostnadseffektivitet benytter ansatte skjønn til å sette grenser for tjenestetildeling ved å avslå eller begrense tjenestenes innhold på tross av innbyggernes behov for tjenester (Jenhaug, 2018; Lipsky, 2010). Når det på politisk nivå vedtas kutt i institusjonsplasser blir det oppgaven til saksbehandlerne og deres ledere å gi tilstrekkelige tjenester i hjemmet og håndtere økt etterspørsel av blant annet avlastningstjenester. Flere av saksbehandlerne i casene, uavhengig av organisering, erfarer at hjemmetjenester til eldre personer eller til barn og unge med behov for døgkontinuerlig-oppfølgning ikke er tilstrekkelig på grunn av mangel på personell og kompetanse. Likevel tildeles hjemmetjenester på grunn av innstramming av institusjonsplasser. Saksbehandlerne blir stående i utfordrende skjønnsmessige vurderinger hvor de må avgjøre hvor grensen for trygge tjenester skal gå.

RESSURSUTNYTTELSE – HVORDAN PRIORITERE VED TJENESTETILDELING?

Med økt etterspørsel og innstramming av ressursbruk opplever deltakerne i flere av casene grensegangen for hva som anses som nødvendige tjenester som utfordrende. I Sjøgløtt kommune påpekes det at innbyggere med størst behov skal prioriteres. I Norge, så vel som i de andre nordiske landene, ser det ut til at kvalifisering for kommunale helse- og omsorgstjenester har blitt mer målrettet mot innbyggere med størst behov (Førland et al., 2021; Rostgaard et al., 2022, Pedersen et al., 2024a). Samtidig pågår det en løpende debatt og kamp i samfunnet om tolkningen av behov, og hvilke som er legitime og tilstrekkelig verdige for anerkjennelse og kommunal støtte (Førland, 2024 ; Fagertun & Tingvold, 2024). Det har blitt en høyere terskel for innbyggerne til å motta langvarige tjenester, samtidig som ansvaret for prioritering skyves ned til tjenesteleverandørene og omsorgsarbeiderne. En slik utvikling kan utfordre velferdsstatens grunnleggende prinsipper om universalisme og likhet, ettersom prioriteringsrommet både snevres inn og i større grad individualiseres (Hellesø et al., 2024). Økende press på tjenestene skaper utfordringer for handlingsscenarioene som ligger til grunn for gjennomføringen av velferdsstatens ambisjoner. Når praktiske hensyn gjør det nødvendig å endre disse scenarioene, for eksempel ved å begrense tjenester eller redusere tilgang, står den underliggende kulturelle modellen i fare for å bli svekket (Haukelien & Aaltvedt, 2024). Som bakkebyråkrater opplever saksbehandlere etiske og moralske dilemmaer hvor de blir styrt av institusjonelle, politiske og moralske verdier (Zacka, 2017, Pedersen et al., 2024b). Et gjennomgående tema i flere av kommunene (Sjøgløtt, Solstad og Granvik) i casestudien er problematikk rundt ensomme og utrygge hjemmeboende eldre personer. Det å tildele tjenester som trygghetsteknologi med sensorer og kamera gir ikke alltid tjenestemottakerne trygghet. Til tross for at ensomhet og utrygghet er utbredt bekymring blant tjenestemottakere og pårørende anser ikke deltakerne i flere av casene disse faktorene som utløsende for ytterligere tjenester. I tillegg er balansegangen mellom politiske føringer om tidlig innsats og forebyggende tjenester og prioritering av nødvendige helsetjenester for saksbehandlere vanskelig å håndtere. I flere av casene, uavhengig av organisering, er det et mål å redusere økonomiske utgifter og ressursbruk, samtidig som det beskrives lite oppmerksomhet rettet mot langsiktig forebyggende innsats. Når det er mange innbyggere med store behov for døgkontinuerlig-oppfølging er det etisk utfordrende for saksbehandlere å forsvare og prioritere tildeling av begrensede institusjonsplasser til forebyggende rehabilitering (Pedersen et al., 2024b). Saksbehandlere blir stående i etiske utfordringer hvor de skal prioritere i henhold til kommunale og politiske retningslinjer for tjenester, med mål om god ressursutnyttelse, samtidig som de må avgjøre hvilke behov som skal kategoriseres som størst og dermed bli prioritert for tjenestetildeling.

INVOLVERING AV TJENESTEMOTTAKER OG MAKT VED TJENESTETILDELING

Deltakerne i alle casene er opptatt av å involvere tjenestemottakere i tildelingsprosessen for å dokumentere tjenestemottakernes ønsker og behov for helse- og omsorgstjenester. I tillegg til at involvering av tjenestemottakere skal bidra til mer effektiv tjenestetildeling, legger deltakerne fra casene vekt på involvering av tjenestemottakere for å regulere forventningene slik at de blir mer realistiske i forhold til tilgjengelighet og hva tjenestemottakerne har krav på av tjenester. «*Involvering av brukere handler om å finne alternativer som imøtekommer både*

brukeren og kommunens behov» (Sjøgløtt kommune, s. 59). Når det gjelder samarbeidet mellom innbyggere og saksbehandlere av offentlige tjenester er makten, jamfør Lipsky (2010) skjevt fordelt, hvor saksbehandlere har makt i form av profesjonskunnskap, råderett over ressursene og skjønnsutøvelse i saksbehandlingen. Innbyggere i casene beskrives av saksbehandlerne å være mer opplyste enn tidligere om hvilke tjenester som eksisterer, hvilke kriterier som skal til for å få tjenester og mange pårørende er ressurssterke. Søknader er i økende grad detaljert og skrevet fra et juridisk perspektiv. Saksbehandlerne i Solstad kommune mener at søkere ofte har fått bistand fra juridisk kompetente personer, advokater, pasient- og brukerombud, og til tider private helsetjenester til søknadsskriving. Dette bidrar til å balansere makten mellom saksbehandlere og ressurssterke innbyggere. På en annen side kan det bli et større skille mellom innbyggere som har tilgang til slike ressurser og innbyggere som ikke har det. Saksbehandlerne i casene er usikre på om tjenestene er like tilgjengelige og rettferdige fordelt for innbyggerne som for eksempel eldre personer, personer som har psykiatri- og rusutfordringer, og/eller kognitiv svikt, og for innbyggere som ikke har støtte i pårørende. Enkelte grupper, som eldre personer uten pårørende og personer med minoritetsbakgrunn, kan ha utfordringer med å finne frem til informasjon om tilbudene. Tjenestemottakere av rusomsorg blir ofte beskrevet som mennesker med sammensatte tjenestebehov, som stiller få krav til hjelpeapparatet og som underforbrukere av mange kommunale tjenester (Hanssen & Henriksen, 2020). Uavhengig av hvordan tjenestetildelingen er organisert, finnes det en risiko for at økt etterspørsel og innstramning av grensene for kommunale tjenester går ut over innbyggere som er mer sårbare.



KAPITTEL 4: KUNNSKAPSOPPSUMMERING

INTRODUKSJON

Hensikten med denne scoping reviewen er få oversikt over, og oppsummere, kunnskap om kommunale ledere, saksbehandlere og ansatte i tjenestelevering sine erfaringer knyttet til tjenestekvalitet fra ulike organisering av tildelingsfunksjonen. Forskningsspørsmålet er: Hvilke erfaringer har ansatte i helse- og omsorgstjeneste med ulike organiseringsmodeller for tjenestetildeling knyttet opp mot kvalitetsdimensjonene?

Med «organisering av tildelingsfunksjonen» menes styring, organisering og utførelse av tildelingsfunksjonen i kommunen. For eksempel, studier av kommuner som beskriver sin organisering som separat tildelingsenhet, som mange kaller en type bestiller-utfører organisering/modell, studier om tillitsmodell, tillitsreformen eller tillitsbasert styring, og/eller studier som bruker formuleringer som styring og organisering etter «NPM-prinsipper». Det finnes det ikke én bestiller-utfører modell eller én tillitsmodell – det er ingen standardløsninger i kommunene. Snarere er det prinsipper for styring og organisering som gir ulike varianter av modeller rundt om i kommunene.

Hvordan innbyggerne i kommunene kommer inn i helse- og omsorgstjenestene, altså hvordan de får tilgang gjennom organiseringen i distribusjonsnoden (Glynos et al., 2015), varierer. I følge en nylig publisert studie (Angelsen et al., 2024), er hovedmodellen for tildeling av tjenester en sentralisert og adskilt tildelingsenhet som behandler søknader om tjenester og fatter vedtak, og der det er et organisatorisk skille mellom tildeling av tjenester og tjenestelevering (85% av kommunene som deltok) (Angelsen et al., 2024). Et mindretall av kommunene har en desentralisert tildelingsfunksjon der tjenester tildeles delvis (15%) fra tjenesteutøverne, særlig gjelder dette innen rus og psykisk helse. Hva som desentraliseres, varierer, men det kan

for eksempel være at utøverne av noen tjenester gjør prioritering og tildeling selv (Angelsen et al., 2024). Det er også et mindretall kommuner (12%) der tildeling skjer helt og holdent fra tjenesteutøverne. Tillitsmodellen er i noen tilfeller en slik variant der behandling av søknader, kartlegging, vurdering, beslutning og utarbeidelse av vedtak gjøres av egne tverrfaglige team (Angelsen et al., 2024).

Norsk Standard, NS-EN ISO 9000, definerer kvalitet som i hvilken grad de iboende egenskaper ved et produkt eller en tjeneste oppfyller angitte eller underforståtte behov eller forventninger. Hvem sine behov eller forventninger dette dreier seg om blir da et viktig spørsmål. I denne oppsummeringen har vi, i samråd med oppdragsgiver, valgt å avgrense til et leder-, saksbehandler- eller utførerperspektiv. Denne avgrensingen er gjort av pragmatiske årsaker, for det er ingen tvil om at tjenestemottaker- og pårørendeperspektivet er komplementære og relevante for en kunnskapsoppsummering om kvaliteten på tjenestene i ulike organiseringer av tildelingsfunksjonen.

Kvalitetsbegrepet er utfordrende å definere og avgrense. I den nasjonale kvalitetsstrategien er det seks dimensjoner av tjenestekvalitet, og det er disse vi bruker for å operasjonalisere «kvalitet» i denne oppsummeringen. God kvalitet innebærer at tjenestene skal (være):

1. **Virkningsfulle:** Er den kunnskapen som brukes som beslutningsgrunnlag oppdatert? Er prosessen kunnskapsbasert? Gjør alle det samme eller er det tilfældigheter som rår?
2. **Trygge og sikre:** Oppstår det feil? Hvor? Hvordan forebygges det?
3. **Involvere brukerne og gi dem innflytelse:** Hvor i prosessen har tjenestemottakerne innflytelse over valg som gjøres? Hvor og hvordan gis informasjon? Og hva med de pårørende? Hvordan opplever tjenestemottakere og pårørende prosessen, og hvordan involveres de i forbedringsarbeidet?
4. **Samordnet og preget av kontinuitet:** Er ansvar, myndighet og samhandling tydelig avklart? Er det unødvendige gjentakelser, ventetid? Hvor er det flaskehals? Har involverte parter samme holdninger, forståelse og forventninger?
5. **Utnytte ressursene på en god måte:** Brukes alles kompetanse på den beste måten? Kan arbeidsoppgavene omfordeles? Er ressursene godt prioritert?
6. **Tilgjengelige og rettferdig fordelt:** Hvordan er prioriteringer foretatt? Hvilke utfordringer fremkommer for å sikre tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling?

(Helsebiblioteket, udat.; Helsedirektoratet, 2018)

I tillegg har vi lagt 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 hen er kompetent. Disse syv er ikke gjensidig utelukkende, det er varierende grad av overlap, og de henger sammen og påvirker hverandre. Derfor er det ingen enkel sak å kategorisere funnen fra de inkluderte studiene som enten den ene dimensjonen eller den andre, men vi har gjort vårt beste for å være så konsekvente og transparente som mulig.

METODE

Kunnskapsoppsummeringen ble laget med utgangspunkt i scoping review (kartleggingsoversikt, sonderende oversikt) som metode. Vi tok utgangspunkt i scoping review-metoden som ble skissert av Arksey og O'Malley (2005). Søket ble utført i henhold til JBI Manual for Evidence Synthesis, kapittel 10 for Scoping reviews (Peters et al., 2020) og følger rapporteringsstandarden for PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

SØKESTRATEGI OG UTVALG

Fenomenet undersøkt var tildeling av tjenester, konteksten var helse- og omsorgstjenester i kommunene og geografisk avgrenset til Norge og perioden 1990-2024. Dette rammeverket dannet utgangspunkt for konseptkartet (søkeplanen) som ble benyttet for databasesøk. Scoping review-en skulle kun omfatte studier fra Norge/om norske forhold og de norske databasene dekket ikke temaet fullstendig. Det ble tatt en beslutning om å inkludere grå litteratur og grundige håndsøk i norske kilder for å dekke feltet bedre.

Søket ble gjennomført i august 2024 av Karen Marie Øvern, førstebibliotekar ved NTNU. Følgende databaser og søkemotorer ble benyttet: PubMed, CINAHL Complete, Embase, Scopus, Social sciences abstracts, Academic search complete, SAGE journals online, Web of Science, Oria, Idunn og Google Scholar.

Et konseptkartet (Tabell 3) ble brukt i databaser som benytter medisinske emneord (PubMed, Embase, Cinahl), mens følgende søkestreng ble brukt i de andre databasene og søkemotorene (Scopus, Social services abstracts, SAGE journals online, Academic search premier, Web of Science og Google Scholar):

(allocation OR «resource allocation» OR «health resource allocation» OR gatekeeping OR «health care rationing») AND (municipal* OR “local government” OR “community health services” OR “home health care” OR “primary health care” OR “health services administration” OR “municipal health care services”) AND (norway OR norwegian)

Tabell 3. Konseptkart

Fenomen	Kontekst	Geografi
Allocation office (kw)	Municipality (kw)	Norway (MH, CH)
Resource allocation (MH, CH)	Municipal (kw)	Norway (kw)
Health resource allocation (CH)	Local government (MH, CH)	Norwegian (kw)
Gatekeeping (MH, CH)	Community health services (MH, CH)	
Health care rationing (MH)	Home care services (MH)	
Health resource utilization (CH)	Community medicine (MH, CH)	
	Home health care (CH)	
	Primary health care (MH, CH)	
	Health services administration (CH)	
	municipal health care services (kw)	

(MH= MeSH terms, CH= Cinahl subject headings, kw= tekstord/nøkkelord)

I tillegg ble det utført håndsøk i Idunn og Oria på følgende nøkkelord:

- tildeling
- tildelingskontor
- koordinerende enhet
- tillitsmodellen
- helse
- helsetjenester
- bestiller-utfører

Etter prøvesøk medio august ble det gjennomført søk ved hjelp av konseptkart og søkestrenger samt håndsøk i ultimo august. Søkene ble deduplisert og resultatet ble lastet opp til Rayyan for videre behandling i forskergruppen. Forskergruppen valgte deretter ut fem kjerneartikler. Siteringssøk ble utført for de valgte artiklene, og de nye funnene ble lastet opp i Rayyan for gjennomgang, sammen med artikler som forskergruppen selv hadde fanget opp i ulike fora.

Først leste to forskere, uavhengig av hverandre, publikasjonens tittel og abstrakt. Artikler som ble vurdert som relevante for oppsummeringens hensikt, ble deretter lest og vurdert i fulltekst av to forskere, uavhengig av hverandre. For at publikasjonen skulle inkluderes i oppsummeringen, måtte den belyse:

- tildeling av helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner,
- førstehåndserfaringer fra ledere, saksbehandlere eller utførere,
- en eller flere av de seks dimensjonene for kvalitet og/eller komponenten «myndiggjorte og kompetente medarbeidere».

BEHANDLING AV FUNN

Vi opprettet et Excel-ark der vi hentet ut data om hver enkelt studies hensikt, metode(r) brukt, hvilket år data var fra, informasjon om studienes utvalg og organiseringen av tildelingsfunksjonen. I tillegg hentet vi ut data om erfaringer som belyste en eller flere av de seks kvalitetsdimensjonene eller kompetente om «myndiggjorte og kompetente medarbeidere». Scoping reviews er beskrivende i sin natur, de har som mål å kartlegge forskningsgrunnlaget på et bestemt tema, ikke refortolke data. Derfor benyttet vi oss av enkel kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse (basic content analysis) (Pollock et al., 2023). Vi brøt ned datamaterialet i mindre tekstenheter som hadde betydning for scoping reviewens hensikt. Deretter grupperte vi tekstenhetene i kategorier som representerer de seks kvalitetsdimensjonene eller komponenten «myndige og kompetente medarbeidere». Noen av disse tekstenhetene ble kodet for å registrere forekomst (for eksempel, lederperspektiv: ja/nei) og telt hvor mange ganger de forekom i datamaterialet.

RESULTAT

Totalt 694 unike publikasjoner ble screenet, 110 ble lest i fulltekst og 24 ble til slutt inkludert i denne scoping reviewen (se figur 16. PRISMA flytdiagram, side 96): 13 vitenskapelige artikler, fem bokkapitler, fire mastergrader og to rapporter, publisert mellom 2004 og 2024. Majoriteten (n = 21) var basert på kvalitative metoder som individuelle intervju og/eller (deltakende) observasjon, mens én publikasjon baserte seg på kvantitativ metode (data fra spørreundersøkelse), og tre kombinerte kvalitative og kvantitative metoder (spørreundersøkelse og intervju). Rett under halvparten av publikasjonene (n = 10), har innhentet erfaringer fra ledere, 13 fra saksbehandlere og 16 fra utførere. Halvparten av publikasjonene (n = 12) inkluderte to eller flere perspektiver, for eksempel intervju med både saksbehandlere og utførere. Antall kommuner inkludert i studiene varierte fra én til syv kommuner. På tvers av studiene så det ut til å representere kommuner av ulike størrelser som var geografisk spredt. Hovedvekten av publikasjonene omhandlet hjemmetjenester (n = 10), tre publikasjoner fokuserte spesifikt på tildeling av tjenester til personer med ROP-lidelser (rus og psykiatri), én som studerte tildeling av sykehjemsplasser, mens resten tok for seg tildeling innen helse- og omsorgstjenestene generelt. Det var stor variasjon i hvordan organiseringen av tildelingsfunksjonen ble benevnt i publikasjonene og i hvilket omfang den ble beskrevet. For å forenkle fremstillingen av resultatet, grupperte vi publikasjonene etter hovedtrekk ved organisering i følgende to grupper:

1. «Separat tildelingsenhet» inneholdt studier som benevnte organiseringen som «(eget) tildelingskontor», «bestiller-utfører modell (med egen tildelingsenhet)», «bestiller-utfører organisert», «innslag av bestiller-utfører modellen med egen tildelingsenhet». Hovedtrekket var at det var et organisatorisk skille mellom saksbehandlere som tildelte tjenester og de som utførte tjenesten. I denne gruppen var det 17 publikasjoner.
2. «Tillitsmodellen» inneholdt studier som benevnte organiseringen som «tillitsmodell» eller «team». Hovedtrekket var at tildeling skjedde i tverrfaglige team med et helhetlig ansvar for å vurdere behov og fatte vedtak. I denne gruppen var det seks publikasjoner.

Det var tre studier som ikke passet i en av de to gruppene. Vi inkludert derfor en tredje gruppe i resultatfremstillingen:

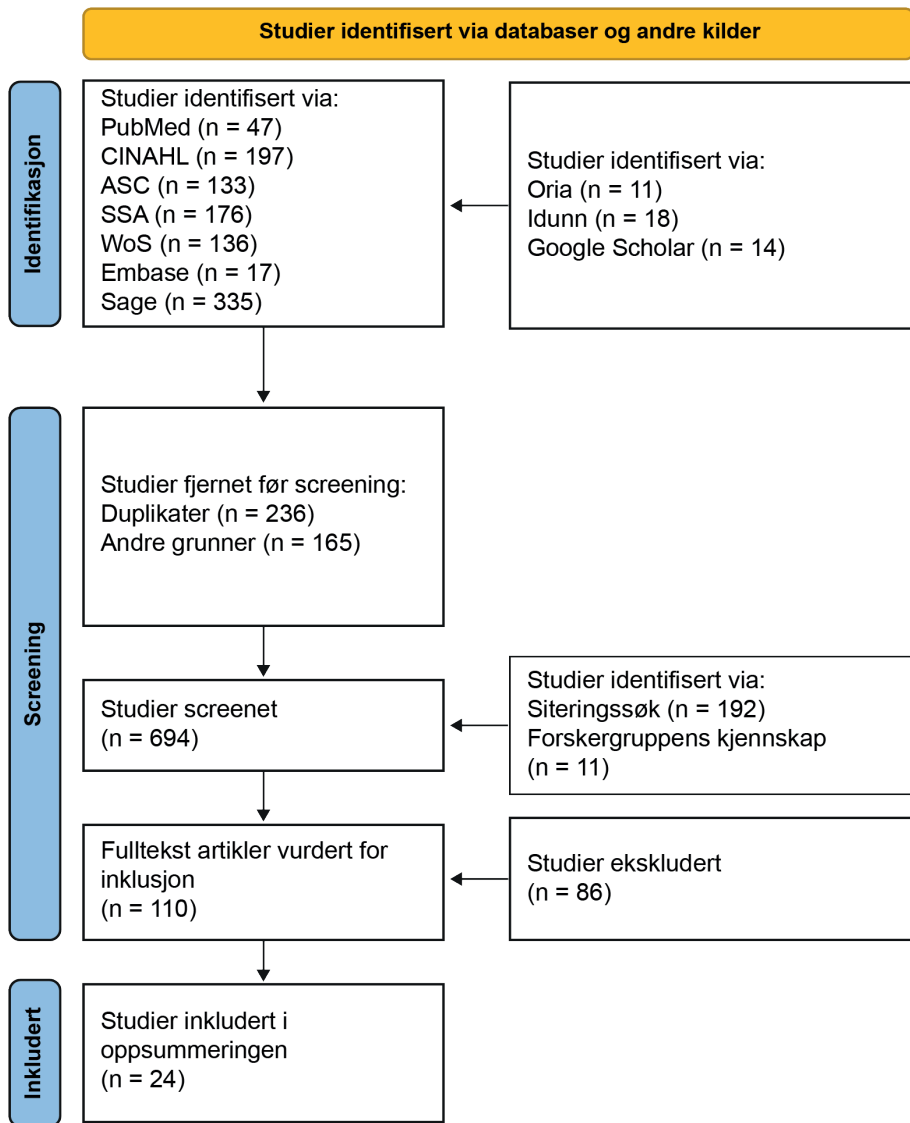
3. «Tildeling av tjenester til personer med ROP-lidelser». Vi valgte å lage en egen gruppe for studiene om tildeling av tjenester til personer med ROP-lidelser. Grunnen til det er at tre av publikasjonene, som oppfylte inklusjonskriterier, skilte seg ut fra de andre ved at de satte søkelys på en spesifikk gruppe tjenestemottakere. De andre publikasjonene omhandlet primært helse- og omsorgstjenester, eventuelt spesifisert til hjemmebaserte tjenester, eller tjenester til eldre.

I tillegg vurderte vi det slik at disse tre publikasjonene reiste spørsmål om/synliggjorde at tildeling av tjenester til personer med ROP-lidelser foregikk på andre og mer vilkårlige måter enn for tjenester til de større gruppene (f.eks. eldre personer) som mottar helse- og omsorgstjenester.

To av disse tre studiene (Hanssen & Henriksen, 2020; Øydgard et al., 2020) belyste erfaringer knyttet til kvalitet i en integrert tildelingsmodell (beslutningene om tildeling av tjenester ble tatt av den enkelte tjenesteutøver eller leder i enheten som utfører tjenesten). For den tredje studien (Løken et al., 2022) var det ikke tydelig beskrevet hvordan tildelingen var organisert.

Ingen av de 24 inkluderte publikasjonene omhandlet tildelingsnemder. Fire studier handlet om erfaringer knyttet til kvalitet der utvalget besto av flere kommuner med ulik organisering. I den ene (Sundsbo, 2024), var resultatene hovedsakelig presentert på tvers av kommunene, ikke knyttet til de ulike organiseringene, så denne studien ble beskrevet i gruppen «separat tildelingsenhet» og markert med * og beskrevet i fotnote. I den andre, ble erfaringene til en viss grad presentert separat for hver modell, så denne studien ble presentert i både gruppe 1 og 2 (Angelsen et al., 2024). De to andre (Hanssen & Henriksen, 2020; Øydgard et al., 2020) ble beskrevet i gruppe 3, da de omhandlet personer med ROP-lidelser.

Som tidligere nevnt, er det større eller mindre grad av overlapp og sammenheng mellom de syv kompetente vi har hatt søkelys på i denne scoping review-en (seks kvalitetsdimensjoner og «myndiggjorte og kompetente medarbeidere»), der noen funn kan høre hjemme under flere av de syv komponentene. Allikevel har vi i det følgende gjort et forsøk på å organisere resultatene for hver av de tre gruppene («Separat tildelingsenhet», «tillitsmodell» og «tildeling til personer med ROP-lidelser») i overskrifter, som korresponderte med en eller flere av disse dimensjonene, for å gjøre det enklere å få en oversikt over, og navigere, funnene.

Figur 16. PRISMA flytdiagram

ERFARINGER MED KVALITET FRA KOMMUNER MED SEPARAT TILDELINGSENHET

Av de 24 inkluderte studiene, var det 17 som ble gruppert som studier av kommuner med «separat tildelingseenhet». Alle disse 17 belyste, i større eller mindre grad, kvalitetsdimensjonen «Tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet». Vi starter med å presentere funn knyttet til denne kvalitetsdimensjonen sammen med komponenten «Myndiggjorte og kompetente medarbeidere», da disse var vanskelig å skille tydelig fra hverandre. Deretter følger en presentasjon av funn knyttet til kvalitetsdimensjonene «Involvere brukerne og gi dem innflytelse» og «Tjenester som

er tilgjengelige og rettferdig fordelt». Det var ingen resultater fra disse 17 studiene som plasserte seg tydelig og utelukkende i kvalitetsdimensjonene «Tjenester som er trygge og sikre», «Tjenester som er virkningsfulle» eller «Tjenester som utnytter ressursene på en god måte».

TJENESTER SOM ER SAMORDNET OG PREGET AV KONTINUITET OG KOMPETENTE OG MYNDIGGJORTE MEDARBEIDERE

Å jobbe utfra vedtak

Vedtak fungerer blant annet som en avtale mellom tildelingsenheten og utførerenheten om hvilke oppgaver som skal utføres, eventuelt hvor lang tid det skal ta å utføre dem og når tjenester/oppgavene skal avsluttes. Mange av studiene belyste erfaringer med hvordan det å jobbe utfra vedtak kunne ha betydning for samordnede tjenester preget av kontinuitet og det å ha kompetente og myndiggjorte medarbeidere. Blant annet at vedtak kunne være utdaterte eller utydelige (Rostad, 2012), eller at de ikke stemte med utførernes vurdering av tjenestemottakers faktiske behov (Rostad, 2012; Thibouville, 2013; Ursin, 2005). Vedtak opplevdes ofte av utførere som svært detaljerte og styrende, som grep inn i den profesjonelle arbeidsprosessen og utfordret profesjonskunnskapen (Hansen et al., 2009), ga lite rom for justeringer og omprioriteringen (Rostad, 2012), og var uforenlig med tjenestemottakernes varierende og raskt skiftende behov (Hansen et al., 2009). Noen trakk frem at tiden angitt i et vedtak er omtrentlig, men at tidsangivelse likevel opplevdes som styrende og begrensende av de som skulle utføre, og at det i praksis var lite rom for endringer (Sundsbo, 2024)*. Andre igjen fant at vedtakene varierte med hensyn til hvor detaljerte de var – at det noen ganger var rom for tolkning og små justeringer (Lunde & Otterlei, 2020). Utførere ønsket seg vedtak som fortalte hvilke oppgaver som skulle gjøres, men at de var fleksible slik at utførerne hadde mer frihet til å planlegge, håndtere uforutsette hendelser og merarbeid som oppsto ute hos tjenestemottakerne (Brenne et al., 2024). Fra saksbehandlers perspektiv, opplevdes tiden avsatt i vedtakene som tilstrekkelig, og saksbehandlerne fremholdt at utførerenheten hadde ansvaret dersom brukerne opplevde at tiden ikke var tilstrekkelig – at måten utførerenheten organiserte tjenesten på hadde avgjørende betydning for hvordan brukerne opplevde tjenesten (Ursin, 2005).

I flere av studiene kom det frem at utførerne utførte andre tjenester enn det som var vedtatt, eller endret tiden som var «avtalt» for oppdraget (Brenne et al., 2024; Hansen et al., 2009; Lunde & Otterlei, 2020; Rostad, 2012) – at de gjorde det som de vurderte som faglig forsvarlig og nødvending, uavhengig av hva som var 'avtalt' av oppgaver og/eller tidsbruk (Thibouville, 2013). Både ledelsen og saksbehandlere ved tildelingskontoret var klar over dette, der ledelsen så igjennom fingrene med dette så lenge det ikke gikk utover annet arbeid (Lunde & Otterlei, 2020), mens saksbehandlerne var tydelige på at utførerne hadde ansvar for å følge vedtaket (Ursin, 2005). Samtidig var det også mange utførere som oppga at de stort sett fulgte oppgavene og tidene oppført. Det var det ulike grunner til: for å unngå økt arbeids- og tidspress, av lojalitet overfor arbeidsgiveren og pålegg ovenfra om å spare penger, av frykt for at de kunne bli utsatt for en kollektiv, sosial avstraffelse fra kolleger dersom de valgte å gå utenom det som «var avtalt», og noen frykt å få sparken eller ikke få nok vakter (for de som ikke hadde fulle stillinger). Dog kom

* I artikkelen til Sundsbo studeres tre kommuner med ulike måte å organisere og forvalte forholdet mellom tildeling og utførelse av tjenester på: en nokså typisk bestiller-utfører-modell, en med tverrfaglig team som fikk ansvaret for å vurdere og fatte vedtak for nye søknader om kommunale helse- og omsorgstjeneste, og en der tildeling og utførelse av tjenester var organisert innad i samme enhet.

de også frem at unntak fra å «følge listen til punkt og prikke», var for mange helt nødvendig for å orke å stå i jobben (Sundsbo, 2024)*.

Å ha vedtak ble også fremholdt som noe positivt ved at det synliggjorde arbeidet som ble gjort i tjenestene (Lunde & Otterlei, 2020) og at vedtak opplevdes som nødvendig for at oppgaver og tid ikke skulle «flyte ut» (Thibouville, 2013). Uførene opplevde at det var lettere å si «nei» dersom de fikk spørsmål om å gjøre oppgaver som ikke var i bestillingen (Lunde & Otterlei, 2020). Videre, at vedtak kunne gi, for eksempel politikerne, et bedre bilde av hva som faktisk ble utført av oppgaver, og som dermed kunne bidra til å unngå nedskjæringer (Lunde & Otterlei, 2020).

Samarbeid og informasjonsutveksling: mellom ansatte i tildelings- og ansatte i utførerenheten

Videre var det flere studier som satte søkelys på samarbeid og informasjonsutveksling, primært mellom ansatte i tildelings- og ansatte i utførerenheten. På den ene siden, fant vi studier der utførere opplevde at saksbehandlere stolte på dem (Thibouville, 2013) og der det var tett samarbeid mellom tildelingsenheten og utførerenheten til tross for et organisatorisk skille (Angelsen et al., 2024; Hansen et al., 2009; Sundt, 2010; Thibouville, 2013). Samarbeidet skjedde både i kartlegging og (re)vurdering av behov og i utarbeidelse av vedtak (Angelsen et al., 2024), og hvor utførere opplevde at vedtaket stort sett ble endret etter de hadde argumentert for behovet (Thibouville, 2013). Saksbehandlere fremholdt at tjenestemottakernes behov endret seg raskt, og at de ofte ikke hadde de tjenestene som trengtes tilgjengelig. Derfor trikset og mikset de innenfor rammene de hadde, og for å få til det, var de prisgitt utførerenheten som dekket et behov de «etter boka» ikke hadde et tilbud for, eller som andre formelle eller uformelle tjenesteytere var tiltenkt å dekke (Øydgaard, 2022).

Saksbehandlere henviste til prinsippet om at tjenestemottakers behov skulle vurderes adskilt fra tjenesteutøverne, men at kunnskapen til tjenesteutøverne, som var tett på tjenestemottaker, var en nødvendighet i vurderingen. At utførerne i mange tilfeller foregrep saksbehandlers behovsvurdering ved å hjelpe tjenestemottakere eller pårørende med søknader om tjenester, opplevdes ikke problematisk for saksbehandlere da hjemmetjenesten og tildelingsenheten ofte var enige i hva tjenestemottakers behov var. Saksbehandlere opplevde lite behov for å kontrollere og kartlegge behov meldt fra hjemmetjenesten (Øydgaard, 2018a) og understreket at de etterstrebet å tildele tjenester som samsvarte med hva hjemmetjenesten kunne tilby – at de ikke tildelte mer enn hva hjemmetjenesten kunne klare (Øydgaard, 2018a).

På den andre siden, fant vi studier der saksbehandlere fortalte at vedtakene i liten eller ingen grad ble utformet i diskusjon med utførerne, og hvorvidt utførerenheten hadde ressurser til å effektivt vedtaket ble ikke tatt med i vurderingen (Hansen et al., 2009). Her er det verdt å merke seg at dette funnet stammer fra en kommune som hadde en teoritro bestiller-utfører modell (benevnes som «hard») tidlig på 2000-tallet, og vi vet at bestiller-utfører modellen har «myknet» opp siden da, med mer kontakt mellom tildelings- og utførerenheten.

Saksbehandlere hadde begrenset tid til å indentifisere tjenestemottakernes faktiske behov samtidig som de hadde begrenset tillit til utførenes vurdering (Pedersen et al., 2024). Saksbehandlere erfarte at det manglet systemer som sikret at informasjon om tjenestemottakere

* I artikkelen til Sundsbo studeres tre kommuner med ulike måte å organisere og forvalte forholdet mellom tildeling og utførelse av tjenester på: en nokså typisk bestiller-utfører-modell, en med tverrfaglig team som fikk ansvaret for å vurdere og fatte vedtak for nye søknader om kommunale helse- og omsorgstjeneste, og en der tildeling og utførelse av tjenester var organisert innad i samme enhet.

og deres ønsker ble overført mellom de to administrative enhetene (Ursin, 2005), eller systemer for å kontrollere om tjenestene ble utført som bestilt (Sundt, 2010). Utførere opplevde at ansatte ved tildelingskontoret ikke kjente tjenestemottakerne like godt som de selv gjorde og ønsket innflytelse over hvilke tjenester tjenestemottaker skulle tildeles (Kassah & Tønnessen, 2016). De opplevde også at kunnskapen de satt med sjelden ble etterspurt eller brukt av saksbehandlerne ved tildelingsenheten og at de sjelden fikk delta i vurderinger og revurdering av tjenestemottakere (Ursin, 2005). I studien til Sundsbø (2024)* oppga mange av utførerne at de hadde sluttet å rapportere om behov for endringer i vedtak med mindre de mente at de har veldig gode argumenter å stille opp med. Som regel forble det bare snakk om at tiden som var satt opp eller innholdet i oppdraget, var utilstrekkelig, og konkrete krav eller forespørsler om endringer sjelden forekom (Sundsbø, 2024).

På spørsmål om bestiller-utfører modellen hadde fått betydning for utføreres egen profesjonalitet var det noen utførere som mente at modellen utfordret profesjonaliteten da oppmerksomheten hovedsakelig var på økonomi og å gjøre «som bestilt» (oppgave- og tidsmessig). Andre mente at modellen styrket det faglige nivået og det faglige skjønn blant utførerne fordi de nå måtte argumentere bedre, og være faglig sterke, overfor saksbehandlerne for å få gjennomslag for å få endre vedtaket (Sundt, 2010).

Omtrent halvparten av utførerne oppga at de var «lite fornøyd» med det generelle samarbeidet med tildelingsenheten. I motsetning svarte nær alle saksbehandlere at de var fornøyde med samarbeidet med utførereneheten (Rostad, 2012).

Flere studier satte søkelys på ulike perspektiv, vurderinger og forståelser mellom saksbehandlere ved tildelingsenheten og utførere av tjenestene. I en av studiene oppga nær halvparten av utførerne at de var uenige i at det var en felles forståelse mellom saksbehandlerne og utførerne for tjenestemottakers behov og for enhetenes respektive ansvarsområder. I motsetning var alle saksbehandlerne enige i dette (Rostad, 2012). Et annet eksempel var at saksbehandlere var opptatte av at lovverket bestemte hvilke tjenester som skulle tildeles, mens utførerne var mer opptatt av brukerens tjenestebehov snarere enn hvilke rettigheter brukerne hadde (Ursin, 2005).

Det er også beskrevet ulike perspektiv mellom saksbehandlere og utførere i vurderingen av elders tjenestebehov. Fra et saksbehandlerperspektiv, var utførerne opptatt av de individuelle behovene mens saksbehandlerne hadde et bredere perspektiv der de vurderte helheten av behovene i kommunen. Saksbehandlerne så på seg selv som mer nøytrale og i tråd med behovene på tvers av kommunene sammenlignet med utførerne som ble sett på som subjektive og individorienterte (Pedersen et al., 2024).

Når det gjaldt hva som var trygg og passende omsorg, var det også uoverensstemmelse mellom saksbehandlere og utførere. Saksbehandlere var villige til å ta større risiko når de vurderte hva som var «trygt» og «passende», og var mer opptatt av fysisk funksjon enn diagnose (dog med variasjon blant deltakende saksbehandlerne). Utførerne mente at for lite vekt på medisinske faktorer kunne være en trussel mot pasientsikkerheten, og som kunne øke sannsynligheten for at tjenestemottakerne ble «svingdørspasienter» (Heggestad & Førde, 2020).

Når det gjaldt forståelse av sentrale begreper, la ikke ansatte i utfører- og tildelingsenheten samme kvaliteter i «brukermedvirkning». Saksbehandlernes definisjon av brukermedvirkning

* I artikkelen til Sundsbø studeres tre kommuner med ulike måte å organisere og forvalte forholdet mellom tildeling og utførelse av tjenester på: en nokså typisk bestiller-utfører-modell, en med tverrfaglig team som fikk ansvaret for å vurdere og fatte vedtak for nye søknader om kommunale helse- og omsorgstjeneste, og en der tildeling og utførelse av tjenester var organisert innad i samme enhet.

betød å gi tjenestemottaker anledning til å fortelle sin historie og definere sine behov, men det var lovverket som bestemte hvilke tjenester brukerne ble tildelt. Ansatte i utførelsenheten la vekt på at brukerne fikk delta i diskusjoner og faktisk bestemme tjenestens innhold (Ursin, 2005).

Samarbeid og informasjonsutveksling: mellom ansatte i tildelingsenheten og andre aktører

Vi fant også studier som belyste samarbeid og informasjonsutveksling mellom tildelingsenheten og andre aktører enn utførelsenheten, blant andre sykehus. I intervju med ledere og saksbehandlere ved tildelingsenheten kom det frem at samhandlingen med sykehuset kan være krevende da sykehuset, overfor pasienter og pårørende, skapte forventninger og la føringer for tjenestetildelingen (Angelsen et al., 2024). Lignende erfaringer kom frem i studien til Jakobsen m.fl. (2022), der ledere og saksbehandlere erfarte at sykehuset forstyrret prosessen rundt vurdering og beslutning ved å antyde i rapporter at pasienten burde få langtidsplass på sykehjem, for eksempel. Videre beskrev de samarbeidet med sykehuset som «noe hektisk og til tider kaotisk» da det ofte var hurtige avgjørelser med korte tidsfrister i forbindelse med utskrivning. De opplevde at sykehuset brøt tidsfrister, at pasientopplysninger ofte ikke kom tidnok, noe som gjorde det vanskelig å bestemme tjenestetilbudet (Jakobsen et al., 2022). Også Øydgard fant at sykehuset ikke alltid forholdt seg til kommunenes beslutningsmyndighet (Øydgard, 2022), og ga lovnader om tjenester (Øydgard, 2018a), noe som hadde betydning for relasjonen til både sykehuset og pårørende (Øydgard, 2022). Videre, at tildelingskontoret og sykehuset ofte var uenige i hva som var pasientens/tjenestemottakerens behov (Øydgard, 2018a). Sykehuset vurderte ofte behovet til å være omfattende, mens tildelingsenheten var opptatt av enkle, mindre ressurskrevende tiltak som kunne hjelpe tjenestemottaker og pårørende til å klare seg mer selv (Øydgard, 2022). Saksbehandlerne hadde ofte et behov for å kontrollere behovet meldt fra sykehuset (Øydgard, 2018a). Et annet funn var at dialogen mellom saksbehandlere ved tildelingsenheten og ansatte på sykehuset, i stor grad ble preget av enveisinformasjon, der tildelingskontor mottok informasjon fra sykehuset om pasientens behov (Øydgard, 2022).

Øydgard (2022), som studerte samarbeidsrelasjoner mellom tildelingsenheten og andre aktører, fant at samarbeidet med fysio- og ergoterapitjenester skilte seg ut fra samarbeidet med andre aktører. Fysio- og ergoterapitjenester var ikke underlagt tildelingsenheten, og styrte sine egne ressurser. Relasjonen til disse tjenestene var ekstra viktige for saksbehandlerne fordi de kunne introdusere blant annet hjelpemidler som kunne redusere behovet for å tildele hjemmetjenester. Samarbeid mellom saksbehandlere og pårørende ble også undersøkt, der det var viktig for saksbehandlerne å kartlegge hva pårørende kunne bidra med, da pårørendeinnsats kunne bety at det kunne tildeles mindre tjenester og avlaste hjemmetjenesten (Øydgard, 2022).

INVOLVERE BRUKERNE OG GI DEM INNFLYTELSE

Saksbehandlere erfarte at tjenestemottakeres rettigheter var blitt styrket etter innføringen av bestiller-utfører modellen på bakgrunn av at alle henvendelser måtte behandles og besvares innen en viss tid. De mente også at tjenestemottakers mulighet til å formelt medvirke var styrket, for eksempel at de kunne klage på vedtaket (Ursin, 2005).

Å gi informasjon kan være et ledd i det å styrke brukeren. Da saksbehandlere ble spurt om deres ansvar i å informere (potensielle) tjenestemottakere om hvilke tjenester de kunne søke på, mente ingen av saksbehandlerne at de hadde ansvaret for det. I forlengelse av det, trakk utførerne frem at eldre tjenestemottakere har vanskelig for å selv finne informasjon om hva det er mulig å søke på, og at det får konsekvenser for muligheten til å medvirke (Ursin, 2005).

TJENESTER SOM ER TILGJENGELIGE OG RETTFERDIG FORDELT

Rutiner med både faste tildelingskriterier og tydelige tjenestebeskrivelser ble trukket frem av ledere som et viktig virkemiddel for å oppnå likeverdig og rettferdig tildeling (Angelsen et al., 2024). Saksbehandlere og ledere erfarte at bestiller-utfører modellen hadde bidratt til bedre saksbehandling med tanke på rettsikkerhet, likebehandling (Angelsen et al., 2024; Sundt, 2010) og mer rettferdig tildeling av tjenester (Pedersen et al., 2024; Sundt, 2010). Separate tildelingsenheter muliggjorde prioritering basert på behov snarere enn omstendigheter eller viljesterke pårørende, og muliggjorde en mer nøytral vurdering av behov fordi saksbehandlerne kunne opprettholde avstand til tjenestemottakere. Saksbehandlere beskrev at de, i denne modellen, unngikk å danne personlige relasjoner med tjenestemottakere, noe de mente bidro til økt objektivitet og rettferdighet i vurderingene og tildelingene (Pedersen et al., 2024). Saksbehandlere fra en kommune der de jobbet 50% ved tildelingsenheten og 50% i utførerenheten beskrev å bli påvirket av sine personlige relasjoner med tjenestemottakere når de tok tildelingsbeslutninger (Pedersen et al., 2024). At idealet om rettferdighet ble satt i fare av viljesterke pårørende, ble også trukket frem i studien til Heggstad og Førde (2020). Saksbehandlere var enige i at pårørende ikke burde ha noe å si for tildeling av sykehjemsplass, men erkjente at de faktisk spilte en avgjørende rolle i tildelingsprosessen, sammen med mengden ressurser som trengtes og var tilgjengelig i hjemmetjenesten. Saksbehandlerne erfarte også at det var stor variasjon mellom kommunene med tanke på hvor lett eller vanskelig det var å få sykehjemsplass (Heggstad & Førde, 2020).

I studien til Øydgard (2018b) beskrev saksbehandlerne at de så etter de mulighetene som fantes for å dekke tjenestemottakers behov på lavest mulig nivå (minst ressurskrevende). Tjenester som trygghetsalarm, ble gjort tilgjengelige og informert om, mens ledig sykehjemsplass ventet saksbehandlerne med å informere om til noen etterspurte. Individuell plan ble heller ikke tildelt fordi det, ifølge saksbehandlerne, ikke var noen som etterspurte det, og saksbehandlerne fremhevet derfor ikke muligheten for det i sin informasjon. Saksbehandlerne ga informasjon om og fremhevet de tjenestene de anså som mest nødvendige og som ville gi et forsvarlig tilbud, men da på et lavest mulig nivå (Øydgard, 2018b).

ERFARINGER MED KVALITET FRA KOMMUNER MED TILLITSMODELLEN

Av de 24 inkluderte studiene, var det seks som undersøkte erfaringer fra «tillitsmodellen» og en som beskrev erfaringer fra «team». Også i denne delen av resultatpresentasjonen starter vi med å presentere funn knyttet til kvalitetsdimensjonen «Tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet» sammen med dimensjonen «Myndiggjorte og kompetente medarbeidere». Deretter følger en presentasjon av funn knyttet til kvalitetsdimensjonen «Involvere brukerne og gi dem innflytelse». Det var ingen resultater fra disse fem studiene som plasserte seg tydelig og utelukkende i kvalitetsdimensjonene «Tjenester som er virkningsfulle tjenester», «Tjenester som er trygge og sikre», «Tjenester som er tilgjengelige tjenester og rettferdig fordelt» eller «Tjenester som utnytter ressursene på en god måte».

TJENESTER SOM ER SAMORDNET OG PREGET AV KONTINUITET OG KOMPETENTE OG MYNDIGGJORTE MEDARBEIDERE

Tillitsmodellen innebærer, som tidligere beskrevet i kapittel 1, å jobbe i mindre tverrfaglige team som samarbeider rundt tjenestemottakerne. Noen av deltakerne i en av studiene antok

at tjenestemottakerne opplevde en positiv endring etter at tillitsmodellen var innført når det gjaldt kontinuitet i oppfølging, mens andre erfarte at denne måten å organisere seg på var svært sårbar og at kontinuitet var truet av høy turn-over, høyt sykefravær (Slåtsveen et al., 2024) og minimumsbemanning (særlig når det gjaldt sykepleiere) (Eide et al., 2018).

Kommunalsjefer i kommuner med team, vurderte at den organisering var nyttig. De mente at team hadde gode forutsetninger for å koordinere tjenestene og sikre helhetlige tjenester. I tillegg ble tildeling innenfor budsjettammer sikret ved at en person med budsjettansvar var med i teamet (Angelsen et al., 2024). Ledere, saksbehandlere og utførere erfarte at organiseringen i disse tverrfaglige teamene hadde gitt bedre forståelse for hverandres oppgaver, perspektiver og arbeidsmetoder, der de jobbet med å finne løsninger for tjenestemottaker som passet alle i teamet (Slåtsveen et al., 2024). Å jobbe i team om det som var viktig for tjenestemottaker, opplevdes motiverende og meningsfylt av utførere (Eide et al., 2018). Tett dialog og samarbeid ga økt tillit mellom saksbehandlere og utførere, og utførere opplevde å ha fått mer autonomi og selvbestemmelse i arbeidet (Schanche et al., 2022). Andre utførere opplevde at de i mindre grad hadde selvbestemmelse (noe de i stor grad ønsket seg), at deres forslag om at tjenesten skulle endres, ble tatt godt imot, og at de i mindre grad ble gitt frihet til å finne gode løsninger, mens lederne mente at utførerne hadde fått et utvidet selvstendig ansvar som også innebar økt fleksibilitet til å møte tjenestemottakernes behov (Eide et al., 2018). I tillegg opplevde utførere et høyere styringstrykk knyttet til registrering og rapportering enn før tillitsmodellen ble innført, og detaljstyring snarere enn målstyring (Schanche et al., 2022).

Utførere henviste til at tjenester skulle ytes med utgangspunkt i tjenestemottakers behov og basere seg på faglige vurderinger fremfor etter et tidsskjema – at det var et utgangspunkt for tillitsmodellen. Samtidig ble teammedlemmene holdt ansvarlige for å få arbeidsdagen til å gå opp, og hva de kunne yte av tjenester måtte avstemmes til tilgjengelige personalressurser – ressurser de ikke hadde kontroll på, hverken antall eller kompetanse (Hansen, 2022). Tidsrammer var et tilbakevendende tema blant utførere i Slåtsveen m.fl. (2023) sin studie, der de opplevde et press for å levere tjenester innen en gitt tidsramme. De erfarte at det var konsekvenser både av å bruke lenger tid enn avtalte: andre tjenestemottakere måtte vente eller få avkortet sitt besøk, men også dersom de brukte kortere tid: mulig permanent kutting av tid (Slåtsveen et al., 2023).

Utførere erfarte også at journalsystemet ikke var tilpasset måten de skulle jobbe på i tillitsmodellen, for eksempel at det manglet et sted der det kunne registreres hva som er viktig for tjenestemottakerne i tilknytning til tiltaksplanen, og at tiltaksplanene ikke kunne endres mens man var hos tjenestemottaker (dette måtte vente til man var på PC på basen) (Eide et al., 2018).

Det å være samlokalisert opplevdes som viktigere enn å være samorganisert (Slåtsveen et al., 2024). Ved å være samlokalisert, kunne teammedlemmene ha uformelle diskusjoner og gi hverandre løpende oppdateringer, noe som skapte fleksibilitet og mulighet til å finne løsninger raskere. Det å være samorganisert, bød på noen utfordringer, særlig for saksbehandlere og fysio- og ergoterapeuter. De hadde behov for å møte og diskutere med andre i samme funksjon da det, for eksempel, var svært krevende og sårbart å skulle være den eneste som jobbet med lovverket og måtte ta avgjørelser alene (Slåtsveen et al., 2024). Det samme fant Schanche (2022); at splitting av saksbehandlerne ga risiko for at fagmiljøer ble brutt ned, som kunne gå på bekostning av likebehandling av tjenestemottakerne.

Selv om det nå med tillitsmodellen var en samlet enhet, ble det erfart ulike strukturer og forutsetning for arbeidet for de ulike medlemmene av det tverrfaglige teamet (Slåtsveen et al., 2023). Sykepleiere og helsefagarbeidere hadde ingen grense for hvor mange tjenestemottakere

de kunne ha, og de opererte ikke med ventelister, i motsetning til fysio- og ergoterapeutene. Saksbehandlere og fysio- og ergoterapeutene hadde mye større frihet i å kunne planlegge og tilpasse dagene sine selv for å delta på møter eller arrangementer – en fleksibilitet som ikke sykepleierne og helsefagarbeiderne i teamet hadde (Slåtsveen et al., 2023).

INVOLVERE BRUKERNE OG GI DEM INNFLYTELSE

Ledere erfarte at etter de hadde innført tillitsmodell med tverrfaglige team, kom de tettere på tjenestemottakerne og deres faktiske situasjon enn før med bestiller-utfører modellen. Da kunne det ofte være stor avstand mellom vedtak og det tjenestemottaker hadde behov for, uten at det alltid lot seg justere (Eide et al., 2018). Noen utførere erfarte at de involverte tjenestemottakerne mer nå enn før tillitsmodellen ble innført (Eide et al., 2018), mens andre erfarte at intensjonen til tillitsmodellen om å involvere og styrke tjenestemottaker i å sette mål og være en aktiv deltaker, ikke var lett oppnåelig. Dette ble knytte til økonomiske forhold og at implementeringen av tillitsmodellen ikke hadde endret rammene som fra før begrenset muligheten for en fleksibel og individuelt tilpasset tjeneste for tjenestemottakerne. Et eksempel for å illustrere dette, var tjenestemottakere som ønsket sykehjemsplass, men der teamet vurderte at de kunne ivareta tjenestemottaker hjemme, fikk avslag på grunn av økonomiske hensyn. Muligheten til å stryke tjenestemottakernes innflytelse opplevdes altså ikke bedre enn hvordan det var før tillitsmodellen (Slåtsveen et al., 2024). Utførere erfarte at det ikke primært var tjenestemottakers behov som styrte tiltakene, men at overordnede retningslinjer, og faktorer relatert til økonomi og personell, hadde stor innvirkning på muligheten til å gi individuelt tilpassede tjenester etter tjenestemottakers behov. Begrenset tid og ressurser innskrenket også muligheten til å håndtere utforutsette hendelser og å jobbe tverrfaglig (som var noe av hensikten med tillitsmodellen) (Slåtsveen et al., 2023). Schanches m.fl. (2022) evaluering av tillitsreformen, viste et sprikende resultat med tanke på om tillitsmodellen hadde bidratt til mer brukerorienterte tjenester. Tillitsmodellen hadde gitt nærhet mellom de som utøvde tjenesten og de som forvaltet den, og bidro sånn sett til bedre brukerorientering og tilpasning av tjenestene. Samtidig ble det påpekt at nasjonale trender over de siste årene generelt hadde styrket brukermedvirkningen, helt uavhengig av tillitsmodellen (Schanche et al., 2022).

ERFARINGER FRA TILDELING AV TJENESTER TIL PERSONER MED ROP-LIDELSER

Disse tre studiene synliggjør blant annet hvor stor variasjon det er mellom kommuner med tanke på hvilke konkrete tjenester som tilbys personer med ROP-lidelser, og tilgjengelig spesialisert kompetanse i tjenestene. Gjennomgående var rus og psykiatri organisert sammen. Det var kommuner uten spesialiserte bo- eller tjenestetilbud til personer med ROP-lidelser, og noen kommuner med noen tilbud (f.eks. omsorgsboliger). Det var kommuner der tjenester knyttet rus og psykiatri var underlagt sykehjem og hjemmetjenester, der kompetansen var knyttet til psykisk helse da det var et stabilt behov, mens behov for tjenester og kompetanse knyttet til rus, varierte. Andre kommuner hadde omfattende og sammenfattende tjenester der rus og psykiatri hadde sin egen fagsjef og flere seksjoner med ulike team innad i hver seksjon. Kompetansen var høy med sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, mange med videreutdanning innen rus og psykisk helsevern. Det var også kommuner der rus og psykiatri var en egen virksomhet direkte under kommunalleder med egen leder og eget budsjett.

I Hanssen og Henriksens (2020) studie av rusomsorg i en stor og en liten kommune, viste forfatterne til at det var vanskelig å få et klart bilde av hvordan tjenesten var organisert da «kart og terreng ikke stemte» (funksjoner som ble beskrevet, var ikke å gjenfinne i organisasjonskartet). Beslutningene om tildeling av tjenester ble ofte tatt av den enkelte tjenesteutøver, og ledere og utførere ga uttrykk for en lavterskelideologi. Utførerne opplevde tillit fra ledelsen og stor grad av autonomi, både når det gjaldt oppgaver og tid. Opplevelsen av å styre og planlegge egen arbeidshverdag ble fremholdt som svært viktig for trivsel og faglig utvikling. I den store kommunen pågikk det en reorganisering der de var i ferd med å innføre en bestiller-utfører modell der tildeling av tjenester skulle sentraliseres til et tildelingskontor. Flere av utførerne var spente og/eller kritiske til denne reorganiseringen (Hanssen & Henriksen, 2020). Øydgard (2020) beskrev at det for personer med ROP-lidelser er både uformell og formelle veier inn i tjenestene. Noen kom inn i tjenestene etter kontakt fra, for eksempel, fastlege eller at personen selv tok direkte kontakt med utførere som kartla og skrev vedtak som ble godkjent av disses overordnede. Andre kom inn via søknad til tildelingskontoret der tjenester ble tildelt på møter mellom tildelingskontoret og tjenesteyterne (Øydgard et al., 2020). Utførerne i studien til Løken m.fl. (2022) erfarte at personer med ROP-lidelser ofte fikk tjenester på en vilkårlig måte. Særlig de som jobbet med personer med rusmiddellidelser erfarte at folk sjelden søkte om hjelp. I stedet kom de inn i tjenesten gjennom andre tjenester de allerede hadde, f.eks. tjenester knyttet til økonomiske problemer eller bosituasjon/bolig. I tillegg kunne de «plukkes opp» på tverretatlige møter (Løken et al., 2022).

Både ledere og utførere erfarte at kommunens rammebetingelser var avgjørende for hvilke tjenester de hadde å tilby personer med rusmiddellidelse. Svært mange tjenester var etablert gjennom prosjekter av kortere varighet (for eksempel FACT-team), slik at hvilke tjenester som var tilgjengelige å tildele ble i stor grad styrt av politiske satstinger, hvor det var mulig for kommunene å søke midler (Hanssen & Henriksen, 2020).

Å tildele tjenester til personer med ROP-lidelser opplevdes utfordrende, både fordi tjenestene ofte var av svært begrenset omfang (for eksempel få omsorgsboliger for personer med ROP-lidelser) og fordi det ofte var kriterier for å få tildelt disse tjenestene. For eksempel, personer som hadde psykiske lidelser kombinert med behov for fysisk hjelp, og personer som nylig hadde blitt rusfrie, falt mellom «alle stoler». Det ble også problematisert at når spesialisthelsetjenesten meldte personen med ROP-lidelse som ferdigbehandlet, falt ansvaret på kommunene som ikke kunne si nei, selv om de ikke hadde et tilbud klart. Caset som ble brukt til å illustrere dette, var en person med ROP-lidelser som ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten der kommunene ikke hadde ledig omsorgsbolig, og person endte opp som hjemløs og deretter savnet (Hanssen & Henriksen, 2020). Det samme erfartes av ledere og utførere i en annen studie – at distriktpsykiatriske sentra og sykehusene skrev ut når personen var ferdigbehandlet eller behandlingsresistent, selv om kommunene hverken har ressurser eller kompetanse til å ta imot (Øydgard et al., 2020).

Et annet funn, var at ledere og utførere prøvde å forhandle seg ut av ansvaret for personer med ROP-lidelser da deres komplekse situasjon genererte høye kostnader og høy ressursbruk som da gikk på bekostning av andre tjenester og tilbud (Løken et al., 2022).

OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

I det følgende, oppsummerer vi først erfaringer fra kommuner med separat tildelingsenhet. Alle studiene i denne gruppen ($n = 17$), belyste kvalitetsdimensjonen «Tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet» sammen med komponenten «Myndiggjorte og kompetente medarbeidere», i større eller mindre grad, og oppsummeres under overskriftene «Fleksibilitet vs. detaljstyring», «Samarbeid mellom aktører» og «Ulike perspektiver og forståelser». Erfaringer med kvalitetsdimensjonene «Involvere brukerne og gi dem innflytelse» og «Tjenester som er tilgjengelige og rettferdig fordelt» i kommuner med separat tildelingsenhet er oppsummert under overskriften «Medvirkning, tilgjengelighet og rettferdighet».

Andre del av oppsummeringen sammenfatter erfaringer fra kommuner med tillitsmodell.

Erfaringer som kom frem i de seks inkluderte studiene, var primært knyttet til kvalitetsdimensjonen «Tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet» sammen med komponenten «Myndiggjorte og kompetente medarbeidere» og oppsummeres under overskriften «Organisering i team og tverrfaglig arbeid». Kvalitetsdimensjonen «Involvere brukerne og gi dem innflytelse» oppsummeres under overskriften «Brukerorienterte tjenester».

Tredje del oppsummerer erfaringer fra tildeling av tjenester til personer med ROP-lidelser.

Til slutt, en samlande oppsummering på tvers av de ulike organiseringene.

DEL 1: ERFARINGER FRA KOMMUNER MED EN SEPARAT TILDELINGSENHET

FLEKSIBILITET VS. DETALJSTYRING I VEDTAKSUTFORMING

Vedtak erfares som både utfordrende og muliggjørende for samordning, kontinuitet og myndiggjorte og kompetente medarbeidere. Vedtak synliggjør og gir en nødvendig avgrensning arbeidet som utføres. Samtidig skapes det utfordringer når vedtak er svært detaljerte og styrende, og som gir lite rom for justeringer, da mottakerne av helse- og omsorgstjenester har varierende, og raskt skiftende, behov. Mange utførere velger å bryte med det formelle vedtaket og utfører andre tjenester eller endrer tiden på oppdraget basert på sin faglige vurdering. Mange velger også å følge oppgavene og tidene for å unngå økt arbeids- og tidspress og negative reaksjoner fra kollegaer eller ledere, men unntak gjøres for å kunne fortsette i jobben. Gjennomgående i studiene er at utførerne ønsker og har behov for større fleksibilitet i rekkefølgen på oppgaver og på tiden som skal brukes til å utføre oppgaven. Saksbehandlerne er også avhengige av utførernes fleksibilitet da de også må forholde seg til at tjenestemottakeres behov endres raskt. Det er ikke alltid tjenesten som trengs eksisterer og saksbehandlerne er prisgitt at utførerensheten «kaster seg rundt».

SAMARBEID MELLOM AKTØRER

Samarbeidet mellom saksbehandlere og utførere rundt tildeling av tjenester, erfares svært ulikt på tvers av studiene. Noen beskriver et godt samarbeid der saksbehandlere og utførere blant annet diskuterer innholdet i vedtaket og at utførerne inkluderes i kartlegginger, revurderinger og beslutninger. Utførernes kompetanse verdsettes og brukes. Når utførere melder om behov for

endring, er saksbehandlerne lydhøre, og saksbehandlerne etterstreber å tildele tjenester i tråd med utføreres kapasitet. Det er stor grad av tillit mellom partene og en gjensidig forståelse av tjenestemottakers behov og hverandres ansvar og roller. Det er i liten grad behov for kontroll av den andres vurderinger. Andre beskriver det motsatte, og skisserer et mindre godt, eller tilnærmet ikke-eksisterende samarbeid. Det er interessant å se at mange av de samme temaene går igjen over disse 20 årene som publikasjonene dekker: aktørenes (u)like perspektiver, vurderinger og forståelser, (begrenset) tillit til og behov for kontroll av hverandres vurderinger, samt graden av etterlevelse og hensyntakelse av andre aktørers vurderinger.

Når det gjelder samarbeid mellom saksbehandlere ved tildelingsenheten og andre aktører, er det særlig samarbeid med sykehus som blir belyst i de inkluderte studiene, og da hovedsakelig med negative erfaringer fra saksbehandlere ved tildelingsenheten. Den utfordringen flest beskriver, er at sykehuset gir tjenestemottakere/pasienter forventninger, eller til og med lovnader, om tjenester, og at det ofte er vesentlige uenigheter mellom saksbehandlere og sykehuset i hva tjenestemottakers/pasientens behov for tjenester er.

Andre samarbeidsrelasjoner, med fysio- og ergoterapitjenestene og med pårørende, er viktig for saksbehandlerne da begge disse aktørene kan redusere behovet for hjemmetjenester og med det kan det tildeles færre eller mindre omfangsrike tjenester.

ULIKE PERSPEKTIVER OG FORSTÅELSER

Flere studier fremhever forskjeller i perspektiver, vurderinger og forståelser mellom saksbehandlere ved tildelingsenheten og utførere av tjenestene. Blant annet at saksbehandlere fokuserer på lovverket når de skal beslutte hvilke tjenester som skal tildeles, mens utførerne er mer opptatt av det tjenestemottaker faktisk har behov for og ønske om, snarere enn hva de har rett på. Det er også forskjeller i vurderingen av eldres tjenestebehov, der saksbehandlere tildeler ut fra et kommuneperspektiv (konsekvenser for ressursbruk innenfor dette spesifikke tjenesteområde) mens utførerne er av oppfattelsen av at tildeling skal skje fra et utvidet helsetjenesteperspektiv (tjenestemottakers og pårørendes behov).

Når det gjaldt trygg og passende omsorg, er saksbehandlere villige til å ta større risiko og fokuserer mer på fysisk funksjon enn diagnose, mens utførerne mener medisinske faktorer er avgjørende for pasientsikkerheten.

MEDVIRKNING, TILGJENGELIGHET OG RETTTFERDIGHET

Kvalitetsdimensjonen «styrke brukerne» forstår vi blant annet som hvordan tjenestemottakerne mottar informasjon om tjenestene. Saksbehandlere ser det ikke nødvendigvis som sitt ansvar å informere tjenestesøkere om hvilke tjenester de kan søke på. Videre ser saksbehandlere etter muligheten til å tildele tjenester på lavest mulig nivå. Ett grep, er å informere om tjenester for egenomsorg, som trygghetsalarm og dagsenter, og ikke informere om ledig plass på sykehjem før noen etterspør, og med det gjøre tjenester på lavest mulig nivå mer tilgjengelig enn tjenester på et høyere nivå.

Erfaringer er at en bestiller-utfører modell har styrket tjenestemottakernes rettssikkerhet og muligheter til å medvirke da alle henvendelser må behandles og besvares innen en gitt tid, og at tjenestemottaker kan klage på beslutningen. I tillegg er erfaringen at bestiller-utfører modell legger til rette for likebehandling og rettferdig tildeling ved at separate tildelingsenheter muliggjør en objektiv vurdering og beslutning da avgjørelsen om tildeling av tjenester blir gjort av saksbehandlere uten personlig relasjon til tjenestemottakere og pårørende. Rutiner med faste

tildelingskriterier og tydelige tjenestebeskrivelser blir fremholdt som viktige virkemidler for å oppnå likeverdig og rettferdig tildeling.

DEL 2: ERFARINGER FRA KOMMUNER MED TILLITSMODELL

Gjennomgående tydet erfaringene på at intensjonen/målene med tillitsmodellen, ikke var lett å oppnå i praksis. Først belyser vi det ved å se på erfaringene knyttet til «Organisering i team og tverrfaglig arbeid» og deretter «Brukerorienterte tjenester».

ORGANISERING I TEAM OG TVERRFAGLIG ARBEID

Å skulle jobbe tverrfaglig og autonomt med utgangspunkt i tjenestemottakeres ønsker og behov fremfor etter et tidsskjema, er motiverende og meningsfylt, men mange erfarer at de ikke får det helt til. Organisering i tverrfaglige team er sårbart og kontinuiteten på tjenestene er truet av høy turn-over, sykefravær og gå på minimumsbemanning. En positiv erfaring er at organiseringen gir økt forståelse for hverandres oppgaver, perspektiver og arbeidsmetoder. Det er motstridende erfaringer med tanke på om arbeid i tverrfaglige team har bidratt til mer selvbestemmelse og anerkjennelse av kompetanse for de ulike medlemmene av teamet. Noen utførere mente de har fått mer selvbestemmelse i arbeidet, mens noen opplevde at de i liten grad har selvbestemmelse eller blir gitt frihet til å bruke sin kompetanse til å finne gode løsninger. Saksbehandlere beskriver flere utfordringen med samorganiseringen i tverrfaglig team, blant annet mangel på tillit og anerkjennelse av sin kompetanse, og at det er krevende å være den eneste med kompetanse i for eksempel lovverket, og skulle ta avgjørelser alene. Frykten er at det kunne gå på bekostning av rettferdig tildeling av tjenester. Og, selv om de er et team, var det svært ulike strukturer og forutsetninger for arbeidet som skal gjøres. Sykepleiere og helsefagarbeidere, i motsetning til fysio- og ergoterapeuter og saksbehandlere, har ingen grense for når eller hvor mange tjenestemottakere de skal følge opp, og har liten frihet til å kunne planlegge for å delta på tverrfaglige møter eller på andre arenaer.

Interessant var at samlokalisering ble fremholdt som viktigere enn samorganisering. Ved å være samlokalisert, er det muligheter for flere uformelle diskusjoner som er viktige for fleksibilitet og mulighet til å finne løsninger raskere, samtidig som tilhørighet til andre med samme arbeidsoppgaver og ansvar, består.

BRUKERORIENTERTE TJENESTER

Ledere erfarer at tillitsmodellen med tverrfaglige team fører til tettere kontakt med tjenestemottakerne og bedre forståelse av deres situasjon sammenlignet med bestiller-utfører modellen. Noen utførere opplever økt involvering av tjenestemottakerne, mens andre mener at intensjonen om å styrke tjenestemottakerens deltakelse ikke er lett å oppnå på grunn av økonomiske begrensninger og uendrede rammer. Utførere erfarer at overordnede retningslinjer, økonomi og personellfaktorer ofte styrer tiltakene mer enn tjenestemottakernes behov, noe som også begrenser muligheten for fleksible og individuelt tilpassede tjenester.

Det er varierende oppfattelse av om tillitsmodellen bidrar til bedre brukerorientering og tilpasning av tjenestene, nasjonale trender har styrket brukermedvirkningen uavhengig av tillitsmodellen.

DEL 3: ERFARINGER FRA TILDELING AV TJENESTER TIL PERSONER MED ROP-LIDELSER

Det er i denne gruppen av studier vi i all hovedsak får innblikk i erfaringer fra ulike former for integrerte tildelingsmodeller. Personer med ROP-lidelser ofte har «uformelle» og «vilkårlige» veier inn i tjenestene. Beslutninger om tildeling av tjenester blir ofte tatt av den enkelte tjenesteutøver eller enhetsledere, og både ledere og utførere uttrykker en lavterskelideologi. Utførerne opplever stor grad av tillit og autonomi fra ledelsen, noe som blir sett på som viktig for trivsel og faglig utvikling. I tillegg kommer mange inn i tjenestene gjennom andre tjenester de allerede mottar, men også noen via formelle søknader til tildelingsenheten (primært personer med lettere psykiske lidelser). Kommunens rammebetingelser og kortvarige prosjekter påvirker hvilke tjenester som var tilgjengelige å tildele. Tjenestetildelingen er også utfordrende på grunn av begrensede ressurser og bruk av kriterier for hvem som kan få visse tjenester og ikke, noe som fører til at mange faller mellom «alle stoler». Ledere og utførere forsøker ofte å forhandle seg ut av ansvaret for personer med ROP-lidelser på grunn av de høye kostnadene og ressursbruken som går på bekostning av andre tjenester. Spesialisthelsetjenestens utskrivelser av «ferdigbehandlede» pasienter uten at kommunene hadde klare tilbud, skaper ytterligere problemer.

Avslutningsvis; erfaringer på tvers av de organisatoriske modellene peker mot et lignende utfordrings- og mulighetsbilde når det gjelder å ha en helse- og omsorgstjeneste som tildeler og leverer samordnede tjenester preget av kontinuitet, med kompetente og myndiggjorte medarbeidere, og som styrker tjenestemottakerne.

Et av punktene som manifesterer seg er utfordringer med, men også behovet for, *mulighet for tilpasning*. Erfaringer fra kommuner med separate tildelingsenheter viser at vedtak ofte kan være svært detaljerte når det gjelder oppgaver og tidsstyring. Dette begrenser muligheten til å håndtere uforutsette hendelser og merarbeid som oppstår hos tjenestemottakerne. I tillitsmodellen, hvor tjenestene skal ytes med utgangspunkt i tjenestemottakers behov og basere seg på faglige vurderinger, oppleves det også detaljstyring og press på å levere tjenester innen gitte tidsrammer. Tjenestene må ofte tilpasses tilgjengelige ressurser som utførerne selv ikke har kontroll over. Det er gjennomgående et ønske om fleksibilitet for å kunne løse forutsette og uforutsette oppgaver på best mulig måte.

Et annet punkt er *samhandling*. I kommuner med separat tildelingsenhet er det varierende grad av samarbeid og utveksling av informasjon, samt ulike oppfatninger om hva som skal være de ulike aktørenes rolle og ansvar, og hva som skal vektlegges når tjenester tildeles. Erfaringer fra tillitsmodellen reiser spørsmålet om hvordan tverrfaglig samarbeid skal organiseres på best mulig måte. Det er behov for å jobbe tett med andre som har ulik kompetanse, rolle og ansvarsområde i prosessen med å tildele tjenester, samtidig som det er nødvendig med tilhørighet og støtte fra eget fagmiljø for ikke å bli stående alene med vanskelige avgjørelser som har store konsekvenser for kvaliteten på tildelingen (særlig «rettferdighet» og «likeverdige tjenester» ble trukket frem).

Tredje punktet er *selvbestemmelse i arbeidet*. Erfaringene på tvers av modellene viser varierende grad av opplevd selvbestemmelse og anerkjennelse av, og tillit til, kompetansen blant både saksbehandlere og utførere av tjenestene. Dette kommer til syne blant annet i kravene til registrering, rapportering, kontroll, grad av involvering i tildelingsprosessen, og hvordan forslag til endringer i for eksempel vedtak eller arbeidsplaner mottas. Det er også variasjon i tilliten til den enkeltes kompetanse og evne til å fatte gode og riktige avgjørelser når tjenester skal tildeles og leveres.

Det fjerde og siste punktet er *tjenestemottakernes medvirkning*: Både i kommuner med separat tildelingsenhet og i kommuner med tillitsmodell finnes det ulike eksempler på barrierer for å styrke tjenestemottakernes medvirkning i tildeling og ytelse av tjenester. Ulike aktører har forskjellige oppfatninger om hvordan brukermedvirkning skal se ut i praksis, og hvem som har ansvar for at tjenestesøkere får informasjon om kommunens tjenester og hva som skal informeres om. Å jobbe med utgangspunkt i spørsmålet «hva er viktig for deg (tjenestesøker eller tjenestemottaker)» oppleves som motiverende, men vanskelig å oppnå i praksis, da rammer og økonomiske forhold ofte styrer hvilke tjenester som tildeles eller hvordan de leveres, snarere enn tjenestesøkerens eller tjenestemottakerens behov og ønsker.



KAPITTEL 5: RESULTATER OG SAMMENFATTENDE DISKUSJON

I dette kapitlet følger en sammenfattende diskusjon av de tre delstudiene. Formålet med prosjektet har vært å fremskaffe forskningsbasert kunnskap om bruken av og erfaringer med tildelingsfunksjonen i kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi har derfor kombinert ulike metoder for å oppnå både bredde- og dybdekunnskap om denne funksjonen, noe som inkluderer en nasjonal spørreundersøkelse, en komparativ casestudie av fem tildelingsenheter i fem kommuner og en kunnskapsoppsummering av typen *scoping review*. Vår overordnede problemstilling lyder: Hvilke ulike organisatoriske modeller for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester identifiseres, og hvilke logikker og praksiser kjennetegner de ulike modellene? På hvilke måter former de ulike modellene arbeidsmåter som fremmer eller hemmer det å skape trygge, sammenhengende og likeverdige tjenester? Vi gjør her rede for hovedfunnene fra de tre delstudiene, analysestrategien og deretter en sammenfattende og oppsummerende diskusjon.

HOVEDFUNN FRA DE TRE DELSTUDIENE

DEN NASJONALE SPØRREUNDERSØKELSEN

Målet med spørreundersøkelsen var å fremskaffe en oversikt over hvordan kommunene i Norge organiserer tjenestetildeling av helse- og omsorgstjenester.

Tildelingsmodeller: Tjenestetildeling fra *enhet(er)* som er organisatorisk separat fra enhetene som utfører tjenestene, er i 2024 fortsatt det vanligste i norske kommuner (61 %). Det er de største kommunene som i størst grad har adskilte tildelingsenheter, mens de mindre kommunene i høyere grad har integrerte tildelingsmodeller.

Finansiering: De fleste kommunene bruker rammefinansiering for å finansiere vedtakstjenestene. Kun 4 % oppgir at de bare bruker innsatsstyrt finansiering, det vil si at enhetene som utfører tjenestene, får tildelt ressurser etter aktivitetsnivået i løpet av året.

Brukerinvolvering: Det er svært stor variasjon i hvor ofte saksbehandlerne tar direkte kontakt med brukerne for å innhente supplerende informasjon før vedtak om tjenester. Hvor ofte dette gjøres, er blant annet betinget av hvilke brukergrupper som har søkt.

Vurdering av habiliterings- og rehabiliteringspotensial: I alt 64 % av kommunene oppgir at det i stor eller svært stor grad blir foretatt kartlegging og vurdering av søkerens behov for habilitering og rehabilitering før eventuell tildeling av kompenserende tjenester.

IPLOS-kartlegging: Kun 3 % av respondentene oppgir at den lovpålagte IPLOS-kartleggingen er litt uviktig, uviktig eller svært uviktig som grunnlag for vedtaket.

Samarbeid med eksterne: Respondentene oppgir at saksbehandlerne i varierende grad samarbeider med andre yrkesgrupper og tjenester ved tildeling av tjenester. Graden varierer blant annet etter hvilken brukergruppe søkeren tilhører. Det er mest samarbeid med fastlegene. For alle de fire brukergruppene vi har skilt mellom, oppgir mer enn 8 av 10 at saksbehandlerne ofte samarbeider med fastlegene ved tildeling av tjenester.

Kompetanse hos saksbehandlere: De fleste kommunene oppgir at dem som vurderer søknader og tildeler tjenester, har formell kompetanse innen medisin/helsefag, eldreomsorg og generell forvaltning, mens færre oppgir at de har kompetanse på fagområdene barn og unge, psykisk helse og rehabilitering (6 av 10) og juss, habilitering og rus (5 av 10). Store kommuner oppgir generelt høyere formell kompetanse blant ansatte i saksbehandling. Kun 32 % av kommunene oppgir å ha en egen kompetanseplan for de ansatte som arbeider med tjenestetildeling.

DEN KOMPARATIVE CASESTUDIEN

Casestudiens mål var å undersøke hvordan ledere og ansatte ved tildelingsenheter erfarer kvalitet ved saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester, samt å sammenligne erfaringene på tvers av ulike organiseringsmodeller for tjenestetildeling. Hovedfunnene oppsummeres i tre punkter:

- 1) **Rettferdig fordelte tjenester – nærhet eller distanse til tjenestemottaker?:** Overgangen til en bestiller-utfører modell, altså en 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.
- 2) **Myndighet, autonomi og kontroll:** Ved bestiller-utfører-baserte modeller ligger vedtaks-myndigheten *kun hos saksbehandlerne*, men samarbeid og informasjonsutveksling med tjenesteutøvere vektlegges i vedtaksprosessen. Organisering i en tillitsmodell gir både saksbehandlerne og tjenesteutøverne 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.

- 3) **Velferdsregimets grenser – ulik organisering, felles utfordringer:** Økt etterspørsel etter tjenester, kombinert med begrensede ressurser, kapasitets- og personellutfordringer i kommunene, har økt presset på effektiv ressursbruk i tjenestetildeling. Dette medfører en økt oppmerksomhet på 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, SCOPING REVIEW

Målet var å kartlegge og sammenfatte eksisterende kunnskap fra forskning og grå litteratur om lederes, saksbehandleres og utføreres erfaringer med tjenestekvalitet fra ulik organisering av tildelingsfunksjonen i kommuner. Vi gjorde en oppsummering av litteraturen og brukte *scoping review* som metode. Hovedfunnene omhandlet følgende seks temaer:

- 1) **Fleksibel utforming av beslutninger:** Beslutninger om tildeling av tjenester bør være fleksible med tanke på tidslengde og innhold for å håndtere både forutsette og uforutsette oppgaver. Målet med fleksible vedtak er å sikre at tjenestene kan tilpasses individuelle behov.
- 2) **Selvbestemmelse og bruk av kompetanse:** Graden av selvbestemmelse og muligheten til å bruke egen kompetanse var hovedsakelig knyttet til utførerne i deres arbeid, men også til en viss grad saksbehandlerarbeidet. I separate og integrerte modeller er det stor variasjon i utførernes opplevelse av grad av selvbestemmelse og i hvilken grad kompetansen deres brukes og anerkjennes. Saksbehandlere beskriver mangel på tillit og anerkjennelse av sin kompetanse som en av flere utfordringer med samorganisering i tverrfaglige team (integrert modell).
- 3) **Tverrfaglig samarbeid og fagmiljø:** Deltakelse i både tverrfaglig samarbeid og spesifikke fagmiljøer er viktig for en rettferdig og riktig tildeling av tjenester.
- 4) **Tjenestemottakernes medvirkning:** Medvirkning fra tjenestemottakere i tildelingsprosessen er utfordrende med ulike oppfatninger om hva brukermedvirkning innebærer i praksis. Betyr det, for eksempel, at tjenestesøkeren faktisk skal få ta beslutninger om hva som skal tildeles, omfanget og/eller varigheten?
- 5) **Økonomiske rammer:** Økonomiske begrensninger påvirker ofte tildeling av tjenester i større grad enn tjenestesøkerens behov og ønsker. Dette gjelder i både separate og integrerte tildelingsmodeller.

ANALYSESTRATEGI

Vi har i dette kapittelet benyttet en refleksiv tematisk analysestrategi inspirert av Braun og Clarke (2006, 2019). Refleksiv tematisk analyse innebærer en seksstegstilnærming til analyser av et omfattende og komplekst empirisk materiale, som innledningsvis handler om å gjøre seg kjent med materialet, for så å starte innledende koding og til slutt lage tematiske kategorier som er områder som reflekterer hovedfunnene. Lederne av de tre delstudiene og prosjektlederen har hatt kontinuerlige møter gjennom hele oppdragsperioden. I analysefasen startet vi med å dele resultater fra de tre studiene på et eget rom i Teams og møttes digitalt for å drøfte innholdet. Prosjektlederen noterte sentrale punkter om forskjeller og likheter mellom delstudiene underveis. Deretter sendte lederne av de tre delstudiene stikkord og oppsummeringer til prosjektlederen relatert til funn på forskningsspørsmålene. Prosjektlederen organiserte tekstutdragene i en tabell for å få en oversikt over likheter og forskjeller på tvers av delstudiene. Disse ble diskutert med lederne av delstudiene. Deretter formulerte prosjektlederen tre hovedtemaer for den avsluttende analysen som er relatert til forskningsspørsmålene og teori. De tre hovedtemaene er:

1. Organisatoriske modeller for tjenestetildeling
2. Spenninger, samarbeid og kvalitet i ulike organisatoriske modeller for tjenestetildeling
3. Utfordringer på tvers av alle organisatoriske modeller for tjenestetildeling

1. ORGANISATORISKE MODELLER FOR TJENESTETILDELING

Som vi har beskrevet og identifisert gjennom denne rapporten, finnes det ulike modeller for tjenestetildeling i kommunale helse- og omsorgstjenester som har oppstått på ulike tidspunkter, og som er formet av ulike ideologiske strømninger i samfunnet. Organiseringer med integrert *tildeling* og *tildelingsnemnd* var de mest vanlige modellene da kommunale helse- og omsorgstjenester ble etablert i etterkrigstiden, og gradvis ble mer formalisert fra 1970-tallet. Det var først etter år 2000 at utviklingen skjøt fart i retning av egne adskilte tildelingsenheter på helse- og omsorgsområdet i kommunene – en trend inspirert av tankegodt fra NPM. På dette tidspunktet hadde kun 9 % av kommunene gjort vedtak om å skille forvaltning fra drift av pleie- og omsorgstjenester (Nesheim & Vathne, 2000). På starten av 2000-tallet ble utskilte tildelingsenheter ofte omtalt som «bestiller-utfører modell/organiseringer» (Kommunenes sentralforbund, 2004). Trolig økte etableringen av separate tildelingsenheter gradvis etter dette og særlig etter samhandlingsreformen i 2012. I en spørreundersøkelse til kommunale ledere i 2013 svarte 53 % at samhandlingsreformen til en viss eller stor grad har ført til at kommunen har skilt ut tildelingsfunksjonen i en egen enhet eller et kontor (Ljunggren et al., 2014).

Resultatene fra vår spørreundersøkelse viser at i 2024 er «separat(e) tildelingsenhet(er)» den vanligste måten å organisere tjenestetildeling i norske kommuner på, og vi ser at den i større grad finnes i store kommuner enn i små. I vår undersøkelse oppgir 91 % av de store kommunene (≥ 20 000 innbyggere) at de har en slik organisering. Blant mellomstore kommuner (5 000–19 999 innbyggere) oppgir 75 % å ha det, mens blant små kommuner (under 5 000 innbyggere) oppgir 36 % å ha det.

I alt 61 % av kommunene oppgir at kategorien «separat(e) tildelingsenhet(er)» beskriver best modellen som kommunen hovedsakelig benytter for tildeling av helse- og omsorgstjenester i dag.

Dette er på nivå med det (Burrell et al., under publisering) fant i en spørreundersøkelse fra 2019. Angelsen et al. (2024) fant i sin studie av mellomstore kommuner at 85 % i stor eller svært stor grad har et felles tildelingskontor. Disse ulike undersøkelsene er ikke direkte sammenlignbare fordi de har ulik begrepsbruk og ulikt utvalg. Like fullt viser alle at en separat enhet for tildeling av helse- og omsorgstjenester er den vanligste organisasjonsformen for tildelfunksjonen i norske kommuner per nå. Egenformulerte svar fra vår spørreundersøkelse der respondenter utdypet sin avkrysning av den valgt modell, tyder på at flere av kommunene med separat tildelingsenhet like fullt har et utstrakt og løpende samarbeid med de tjenesteutøvende enhetene om utformingen og innholdet i tjenestene. Altså finner vi i liten grad en klassisk bestiller-utfører modell med et klart skille og «vanntette» skott mellom forvaltning og tjenesteutøvelse. Funn fra kommunene med separat tildelingskontor fra casestudiene understøtter funnet fra spørreundersøkelsen og viser mye samarbeid mellom tildelings- og utfører enheten.

Vi har i spørreundersøkelsen også kartlagt hvilke fagfelt de som vurderer og behandler søknader og/eller tildeler tjenester, har formell kompetanse på. Større kommuner, og spesielt de største, har gjennomgående en mer bred kompetanse innenfor de ulike fagområdene blant medarbeiderne, for eksempel innen psykisk helse, rus, habilitering, rehabilitering og arbeid med barn og unge. Dette er i samsvar med funn fra andre norske kommunestudier (Tingvold & Magnussen, 2018; Sogstad et al., 2020; Rostad et al., 2020).

Mindre kommuner har færre ansatte som jobber med tjenestetildeling. Disse har som oftest ikke spesialkompetanse på så mange fagfelt i tjenestetildelingsprosessene. Samarbeid med fagpersoner på disse fagfeltene som arbeider i det tjenesteutøvende leddet, kan imidlertid bidra til å få inn manglende spesialkompetanse i saksbehandlingen. Hvis en slik spesialkompetanse skal være nyttig i arbeidet med tjenestetildeling, fordrer det i utgangspunktet et tett samarbeid med andre enheter/tjenester i kommunen som innehar denne fagkompetansen. En annen «løsning» kan imidlertid være samarbeid på tvers av kommuner, slik at en i fellesskap får dekket spesialkompetansebehovene. I alt 11 % av kommunene samarbeider i dag med andre kommuner om tjenestetildeling, og denne andelen er omtrent lik for små, mellomstore og store kommuner. Flere kommuner nevner også at de har konkrete planer om å gå over til en ny modell som innebærer samarbeid med andre kommuner.

Vi merker oss også at langt de fleste kommunene bruker rammefinansiering for å finansiere vedtakstjenestene. Svært få kommuner (4 %) oppgir at de bare bruker innsatsstyrt finansiering, det vil si at enhetene som utfører tjenestene, får tildelt ressurser etter aktivitetsnivået i løpet av året.

Når den formelle fagkompetansen er mindre i småkommuner, vil det imidlertid være viktig med videreutvikling av fagkompetansen der. Men det viser seg at bare 23 % av de små kommunene har en egen kompetanseplan for å videreutvikle den formelle kompetansen til dem som vurderer, saksbehandler og/eller tildeler tjenester. Tilsvarende tall er 32 % for de mellomstore kommunene og 50 % for de store kommunene. I casestudien hadde tre tildelingsenheter gjennomgått nylige omorganiseringer. Granvik hadde nylig gått over fra en bestiller-utfører-inspirert modell til en tillitsmodell. I Vindnes er det tildelingsnemnd i dag, men det arbeides for å gå sammen med flere andre kommuner om en felles tildelingsenhet. Sjøgløtt har de siste årene modifisert bestiller-utfører organiseringen, og Blådal har gått bort fra integrert tildeling og over til separat tildelingsenhet. Det er kun Solstad som har hatt samme modell for tjenestetildeling de siste 20 årene, og dette er en bestiller-utfører modell med separat tildelingsenhet.

Oppsummert ser vi at separate tildelingsenheter fortsatt er den vanligste tildelingsmodellen. Både casestudiene og svarene fra spørreundersøkelsen der respondentene utdypet sin avkrysning av valgt modell, tyder allikevel på at de tidligere strenge skillene mellom forvaltning og utøvende tjeneste er modifisert. Mer samarbeid på tvers kan også bidra til at spesialkompetanse fra utøvende ledd i større grad kan være en ressurs i tjenestetildelings-prosessene.

FLERE VEIER INN I TJENESTENE INNAD I SAMME KOMMUNE

I casestudien fremkom det at kommuner kan ha flere måter å tildele tjenester på, og at det ikke er alle brukergrupper som får tildelt tjenester etter den organisatoriske modellen. Ett eksempel er fra Blådal kommune, der formelle vedtak fattes av tjenestekontoret, men søknader knyttet til rus og psykiatri, blir først vurdert av utøvende i egen enhet i rus- og psykiatriavdelingen. I Granvik kommune er tjenester relatert til somatikk og rus og psykiatri samlet i ett tverrfaglig team under én enhet, og øvrige tjenester er under tre andre enheter. I intervjuene fortalte deltakerne at dette skal sikre en helhetlig vurdering av tjenestemottakere med sammensatte behov.

Funnene over understøttes også av kunnskapsoppsummeringen, der det fremkom at personer med rus- og psykiatrilidelser (ROP-lidelser) ofte hadde andre veier inn i tjenestene enn andre tjenestesøkere (for eksempel eldre personer med somatiske lidelser), og disse veiene ble benevnt som «uformelle» og «vilkårlige». Beslutninger om tildeling av tjenester ble ofte tatt i tjenesteytende enhet samt at mange kom inn i tjenestene gjennom andre tjenester de allerede mottok. I tillegg var det også noen via formelle søknader til tildelingsenheten (primært personer med lettere psykiske lidelser).

Delstudiene våre belyser derfor at det kan være hensiktsmessig for kommunene å ha flere tilnærminger/modeller for tildeling av helse- og omsorgstjenester. I kunnskapsoppsummeringen kom det frem at tildeling til personer med ROP-lidelser var utfordrende av flere grunner og foregikk på ulike måter – noen via søknad til en tildelingsenhet, noen som tok direkte kontakt med utøvende tjeneste og fikk vedtak på tjenester på den måten, eller annet. Kommunens rammebetingelser og kortvarige prosjekter påvirket hvilke tjenester som var tilgjengelige å tildele. I tillegg gjorde begrensede ressurser og bruk av kriterier for hvem som kunne få visse tjenester og ikke, at mange falt mellom «alle stoler» (Hanssen & Henriksen, 2020; Løken et al., 2022). Mange personer med ROP-lidelse kjenner ikke tilbudene i kommunene, og mange av tjenestene er ikke godt nok koordinert. Flere trenger ofte et bredt spekter av tjenester, men helsetjenesten er ikke innrettet til denne gruppen, som ikke like lett kan finne veien gjennom alle tjenestene selv (NHI, 2014). Derfor kan det være helt nødvendig at det finnes «ulike veier inn».

Dersom ansvar for tildeling av tjenester plasseres ute i tjenestene (en type integrert modell), kan det være enklere å fange opp behov for tjenester når man med spesialisert kompetanse er tett på og kan bistå pasienter med å tilegne seg informasjon, gi råd og navigere i helsetjenesten slik at de får den helsehjelpen de har krav på, uten at personen med et hjelpebehov trenger å formalisere en søknad til, for eksempel, en tildelingsenhet. I tillegg er det også kjent at personer med alvorlige ROP-lidelser, på grunn av brutte relasjoner, i mindre grad har pårørende som er tilgjengelige med støtte og hjelp, slik at de får de tjenestene de har behov for. Det kan også være at pårørende til personer med ROP-lidelser i mindre grad involveres i tjenestetildeling. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at opplysninger fra pårørende mye sjeldnere inngår i vedtaksgrunnlaget til tjenestetildeling for gruppen «rus og psykisk helse, voksne» enn for de andre brukergruppene («barn og unge», «utviklingshemming, voksne» og «somatikk, voksne»). Det kan være flere grunner til dette, for eksempel at det oppfattes som unødvendig å innhente

opplysninger, eller at brukeren ikke gir samtykke til innhenting. Direkte kontakt med brukeren var imidlertid på samme nivå for denne gruppen som for somatikk voksne (gjennomsnittstall for alle kommunene).

Oppsummert ser vi at separate tildelingsenheter fortsatt er den vanligste tildelingsmodellen. Både casestudiene og svarene fra spørreundersøkelsen der respondenter utdypet sin avkrysning av valgt modell, tyder likevel på at de tidligere strenge skillene mellom forvaltning og utøvende tjeneste er modifisert, noe også tidligere forskning viser (Wollscheid et al., 2013; Vabø, 2012; Øydgard, 2022). Mer samarbeid på tvers kan også bidra til at spesialkompetanse fra det utøvende leddet i større grad kan være en ressurs i tjenestetildelingsprosessene. Vi ser også at det finnes ulike veier inn i tjenestene, her eksemplifisert med personer med ROP-lidelse, og at det kan være hensiktsmessig for kommuner å ha differensierte og fleksible praksiser overfor ulike brukergrupper.

2. SPENNINGER, SAMARBEID OG KVALITET I ULIKE ORGANISATORISKE MODELLER FOR TJENESTETILDELING

Som skissert i innledningen, og som vist gjennom funn i de tre delstudiene, skiller de ulike organisatoriske modellene for tildeling seg fra hverandre på flere måter. Ett punkt, som avspeiler ulike logikker, gjelder hvor nært eller distansert saksbehandleren som fatter vedtak, er til tjenestesøkeren. Nærhet og distanse er i denne sammenhengen forstått som subjektive og skjønnsmessige vurderinger på den ene siden og objektive og standardiserte tilnærminger på den andre. Dette spiller igjen inn på diskusjon om kvalitet. Vi identifiserer en spenning mellom de ulike dimensjonene; tjenester skal tildeles på en rettferdig måte og samtidig være de rette for tjenestemottakeren og dennes behov. Å skille de som tildeler tjenester (bestillere) og de som utfører tjenester, skal i prinsippet bidra til å sikre rettferdig tildeling (en av de seks kvalitetsdimensjonene). Tanken er at dette best kan oppnås dersom beslutninger gjøres mest mulig objektivt og nøytralt – altså distansert – der de som tar beslutninger, ikke har en nær relasjon eller hyppig kontakt med tjenestesøkeren. Ulike farer ved subjektivitet og bruk av skjønn i moderne velferdsstater er tidligere blitt utpekt, for eksempel at subjektive vurderinger anses som en trussel mot likebehandling. Skjønnsmessige avgjørelser har også blitt betraktet som uforutsigbare og basert på tilfeldige valg, personlige preferanser eller subjektive beslutninger i stedet for klare regler, logikk eller nødvendighet (Goodin, 1986). Mens Goodin hevder at skjønn er vilkårlig siden det ikke må begrunnes, og derfor ikke er etterprøvbart, hevder Zacka (2017) at alle velferdsregimer er avhengig av bakkebyråkratenes skjønnsutøvelse for å tjenestekjeden til å fungere. På samme måte viser annen forskning at godt skjønn skaper en forbindelse mellom tjenestesøkeres unike situasjon og kunnskap på den ene siden og normer og lover på den andre (Alvsvåg & Martinsen, 2018). Det er en fare for at standardiseringer kan begrense friheten som er betrodd saksbehandlerne, og bruk av skjønn er avgjørende for holistisk omsorg (Brenne et al., 2023).

I casestudien erfarer deltakerne fra en kommune (Blådal) som har hatt en adskilt enhet for tjenestetildeling siden 2018, en mer lik tildeling av tjenester til innbyggerne uavhengig av geografi etter innføring av et separat tildelingskontor. Tidligere forskning på kommuner som har gått over fra tjenestetildeling direkte ute i de utøvende tjenestene til en organisatorisk utskilt tildelingsenhet, viser at det har blitt mer likebehandling i tjenestetildelingen innad i kommunenes distrikter, samt at en tildelingsenhet bidrar til mer nøytrale og objektive vurderinger av behov (Pedersen et al.,

2024; Sundt, 2010). Tidligere studier har påpekt utfordringer i tildeling av tjenester i mindre kommuner der «alle kjente alle» (Rød & Jakobsen, 2024).

Det påpekes imidlertid at nærhet til tjenestesøkere og god kjennskap til deres situasjoner er avgjørende for å gjøre riktige beslutninger og tilpasse tjenestene etter faktiske behov og ønsker. Dette er en årsak til at skillet mellom bestiller og utfører er blitt moderert de senere årene (Angelsen et al., 2024; Øydgard, 2022). Bestillere hadde behov for mer direkte kunnskap om tjenestesøkere, særlig når behov for tjenester endret seg, og det var nødvendig å fatte nye vedtak. I slike situasjoner var det behov for kommunikasjon og dialog med utførere som hadde mer oppdatert informasjon om tjenestemottakernes behov. I kunnskapsoppsummeringen var samarbeid og informasjonsutveksling et gjennomgående tema der nærhet og distanse ble belyst. Noen av de inkluderte studiene beskriver at saksbehandlerne stolte på utførerne, og det var tett samhandling mellom tildelingsenheten og utførerenheten til tross for et organisatorisk skille. Videre skjedde samarbeidet mellom bestillere og utførere både i kartlegging og i revurdering av behov samt utarbeidelse av vedtak (Angelsen et al., 2024; Hansen, 2022; Sundt, 2010; Thibouville, 2013). Det var avgjørende fordi avstanden mellom saksbehandlere og brukere utfordrer treffsikkerheten ved tjenestetildelingen fordi saksbehandlere ikke kjenner tjenestemottakerens situasjon like godt som utførere (Kassah & Tønnessen, 2016). Dette kunne virke inn på muligheten til å tildele tjenester som er virkningsfulle og/eller oppleves som trygge. I casestudien understreket deltakerne at god kontakt og dialog med tjenesteutøvere er essensielt for å tildele rettferdige og effektive tjenester til innbyggerne.

I en integrert tildelingsmodell er det de som utfører tjenestene, som også fatter beslutninger om mengde, type tjenester og varighet. Utførerne har hyppig kontakt med tjenestemottakerne og kan ofte følge deres helsemessige utvikling over tid. Dersom det oppstår endringer i omsorgsbehov, kan dette fanges opp nokså raskt. Det er et tilbakevendende poeng i både kunnskapsoppsummeringen og casestudien at helsesituasjonen hos en del brukere, særlig multisynke eldre personer, kan endres raskt. I modeller med integrert tildeling eller tildelingsnemnd er det kort lederspenn og mulighet for å justere tjenestetype og -mengde relativt raskt. Når beslutningene om tjenester tas av utførerne selv, tar saksbehandlingen kortere tid. Samtidig påpekes det som uheldig at det er få rutiner for saksbehandling og lite dokumentasjon knyttet til behov og utmålingen av tjenester.

I rammen av tillitsmodell fremkommer det i casestudien fra tjenestetildelingen i Granvik kommune at teambasert tjenestetildeling og diskusjoner mellom flere faggrupper bidrar til løsninger som er bedre for tjenestemottakerne enn de klarer å finne individuelt eller med kun én faggruppe. Øydgard (2022) finner lignende tendenser, men hun tematiserer det som rasjonering av tjenester gjennom samarbeid. Øydgard (2022, s. 139) drøfter hvordan samarbeid mellom aktører i tildelingsprosesser modifiserer bestiller-utfører-organisert tjenestetildeling, samt at samarbeidet bidrar til at tjenesteytere opplever større involvering i fortolkning av brukernes ønsker. I samarbeid oppstår det også muligheter for å rasjonere tjenester i form av diskusjoner om hva som er tilstrekkelige tjenester. Øydgard (2022, s. 152) hevder at presset på tjenestene fører til at hjemmetjenestene og tildelingsenhetene sammen avgrenser tjenestene. Gjennomgående beskriver tidligere studier at utførerne ønsker tillit og har behov for større fleksibilitet i rekkefølgen på oppgaver og på tiden som skal brukes til å utføre oppgavene. Saksbehandlerne er også avhengig av utførernes fleksibilitet, da også de må forholde seg til at tjenestemottakeres behov endres raskt, at tjenesten det er behov for, ikke alltid eksisterer eller faller innenfor tjenestens ansvarsområde, og de er prisgitt av utførerenheten «kaster seg rundt» (Øydgard, 2022). Noen fordeler som fremholdes med fleksibilitet (som motsetning til standardisering), er bedre

muligheter til å skreddersy tjenester, bedre kvalitet på noen områder og brukertilfredshet, raskere respons på endringer i behov, innovasjon samt bedre ressursbruk. Ulemper er at dette utfordrer likebehandling og er uforutsigbart og mer tilfeldig.

Dette illustrerer den vanskelige balansegangen mellom nærhet og distanse som både saksbehandlere og utførere står i, når det gjelder arbeidet med å tildele riktige tjenester på en rettferdig måte. En god balansegang kan ha betydning for tillit til systemet, kvalitet på tjenester (rettferdighet, virkningsfulle, trygge tjenester) og arbeidsforhold (misfornøyde tjenestemottakere og pårørende, ineffektive arbeidsprosesser). Kommuner som har en separat tildelingsenhet, opplever at dette kan være en ryddig modell, der vurderingene av behov er satt til en gruppe ansatte som har særlig kompetanse innen forvaltning, juss og helsefag.

BRUKERORIENTERT SAKSBEHANDLING

Resultatet fra vår spørreundersøkelse viser stor variasjon mellom kommunene i hvor ofte saksbehandlere tar direkte kontakt med brukere for innhenting av supplerende informasjon før vedtak om tjenestetildeling. Dette indikerer variasjon i brukerinvolvering i tjenestetildeling. I mange kommuner er slik kontakt svært vanlig; saksbehandlerne tar kontakt med brukerne i nær 100 % av sakene. Men i en del kommuner gjør saksbehandlerne det bare i rundt halvparten av sakene. Og andelen saker det blir gjort i, varierer faktisk fra 100 % til helt ned til 0 % mellom de ulike kommunene. Direkte kontakt med brukerne er vanligere for somatikk voksne (i snitt 82 %) og rus og psykisk helse voksne (84 %) enn for barn og unge (62 %) og utviklingshemmede voksne (62 %). Hvor ofte det tas direkte kontakt for å innhente supplerende informasjon, er altså betinget av hvilken brukergruppe søkeren tilhører.

Innholdet i søknadsskjemaet er grunnleggende viktig for både søkerne og saksbehandlerne. Det skal være utformet slik at brukernes varierte behov fanges opp, og det skal danne et best mulig grunnlag for kommunens vurderinger og vedtak. I casestudiene i dette prosjektet ble det etterspurt hvilke dokumenter som kommunene legger åpent ut på nettet til informasjon til innbyggerne, og mer interne prosedyrer og dokumenter som saksbehandlerne anvender i sin kartlegging og tildeling av tjenester, men det har falt utenfor vårt oppdrag å evaluere disse dokumentene.

Fra kunnskapsoppsummeringen fremkommer det at både i kommuner med separat tildelingsenhet og i kommuner med integrert tildelingsfunksjon (tillitsmodell) finnes det eksempler på barrierer for å styrke tjenestemottakernes medvirkning i tildeling og ytelse av tjenester. Ulike aktører har forskjellige oppfatninger om hvordan brukermedvirkning skal se ut i saksbehandlingen, hvem som har ansvar for at tjenestesøkere får informasjon om kommunens tjenester, og hva som skal informeres om. Å jobbe med utgangspunkt i spørsmålet «hva er viktig for deg (tjenestesøker eller tjenestemottaker)», oppleves som motiverende, men vanskelig i praksis, da rammer og økonomiske forhold ofte styrer hvilke tjenester som tildeles, eller hvordan de leveres, snarere enn tjenestesøkerens eller tjenestemottakerens behov og ønsker.

3. UTFORDRINGER PÅ TVERS AV ALLE ORGANISATORISKE MODELLER FOR TJENESTETILDELING

Innledningsvis i denne rapporten presenterte vi ulike knutepunkter i tjenestekjeden (Glynos et al., 2015) som kan hjelpe oss med å forstå kompleksiteten i prosessen med å tildele helse- og omsorgstjenester. Det som skjer lokalt når tjenester skal tildeles, formes av mange faktorer. Samhandling, kommunikasjon og internt samarbeidsmiljø mellom de som jobber der, former

arbeidskultur og arbeidsmiljø og danner rammen rundt hvordan arbeidet med tjenestetildeling foregår. Saksbehandlerne forvalter et stort ansvar med å vurdere behov og fatte beslutninger som kan ha store implikasjoner for tjenestesøkere og deres pårørende.

Arbeidets art i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er viktig å forstå for hvilke dynamikker som er involvert i arbeidsprosesser med tildeling. Arbeidet i helse- og omsorgstjenester har både materielle og immaterielle aspekter. Det har materielle aspekter i form av produksjon av konkrete «ting» som skriftlige vedtak og levering av konkrete tjenester, men også immaterielle aspekter som produserer og reproducerer relasjoner mellom velferdsregimet og borgerne. De immaterielle aspektene inkluderer med andre ord emosjonelt (affektivt) arbeid der hovedproduktet er effekten dette arbeidet har på brukeren (Lazar, 2023, s. 96). Affektivt arbeid, både lønnet og ulønnet, utføres i størst grad av kvinner, og i Norge utgjør kvinner om lag 70 % av arbeidsstokken i offentlig sektor (Wagner & Teigen, 2021). Affektivt arbeid kan analytisk konstrueres som feminisert og som arbeid tilhørende den sosialt reproduktive polen i samfunnet. Arbeid ved den sosialt reproduktive polen er ofte rammet inn i velferdsstaten som en «utgiftspost», til tross for at arbeid her danner grunnlaget for at det kan utføres arbeid ved produksjonspolen. Arbeid ved produksjonspolen blir rammet inn som inntektsbringende for samfunnet og blir av den grunn verdsatt høyere (Fraser, 2022).

Saksbehandlerne er underlagt lover, regler og offentlige styringssignaler (*governance*) som de er satt til å iverksette. Når myndighetene utformer nye styringssignaler som for eksempel *Felleskap og meistring – Bu trygt heime* (Meld. St. 24 (2022–2023)), er det politikk som saksbehandlere skal sette ut i praksis. At eldre mennesker skal bo lengst mulig hjemme, er noe saksbehandlerne forsøker å legge opp til ved å økte hjemmetjenester når tjenestemottakere faller (Pedersen et al., 2024a). De kan også kombinere økte hjemmetjenester med dagtilbud, tilby matombringing, praktisk bistand og trygghetsalarm. Samtidig skal saksbehandlerne forholde seg til lover og regler, og de skal vurdere forsvarlighet i de beslutningene de tar. Slike vurderinger kan ofte være svært krevende å stå i, særlig når det gjelder eldre mennesker med høy sykkelighet, der helsetilstanden kan endre seg raskt. Saksbehandlere kan oppleve at eldre personer i tillegg til å ha høy sykkelighet også er utrygge i sine egne hjem. Saksbehandlerne må benytte skjønn for å vurdere om behovene gir rett til tjenester på høyere omsorgsnivå, og de må vurdere hva som er legitime grunner for å få tjenester eller ikke. De kan også oppleve at tjenestene de ønsker å innvilge, ikke finnes (for eksempel at det er ikke ledig plass i sykehjem), eller at det ikke er personell til å bemanne et tjenestetilbud i tjenestemottakerens eget hjem (barn/unge med alvorlig sykdom). Det vi setter søkelyset på her, er de sammenhengene eller «knutepunktene» som tildeling av tjenester inngår i.

Disse sammenhengene berører aktiviteten ved tildeling av tjenester uavhengig av type organisatorisk modell, og det er derfor viktig å se utover de organisatoriske modellene når vi diskuterer erfaringer med og bruken av tildelingskontor. Når det skjer endringer eller handlinger i ett knutepunkt (f.eks. myndigheter/governance), berører det forutsetninger i et annet knutepunkt (f.eks. tildelingskontoret). Når det strammes til med mindre ressurser, eller at terskelen for å få kommunale helse- og omsorgstjenester høynes, settes saksbehandlere i et stadig større press mellom å ivareta tjenestesøkere på den ene siden (og forsvarlighetskravet) og å innfri politiske idealer og retningslinjer på den andre siden innenfor kommunens trange økonomiske ramme.

Et annet knutepunkt i tjenestekjeden er «distribusjon» (Glynos, 2015), som omfatter de instansene som saksbehandlerne samarbeider med. Dette kan være en rekke instanser som Nav, barnevernet, spesialisthelsetjenesten, fastlege for å nevne noen. Vi har sett både i kunnskapsoppsummeringen og i casestudien at dette samarbeidet er nødvendig for en stor andel av

tjenestesøkerne. De samarbeidende instansene kan imidlertid ha andre oppfatninger enn saksbehandlerne om hvilke tjenestebehov en innbygger har, noe som igjen kan skape forventninger hos tjenestesøkere som saksbehandlere ikke kan innfri. Ett eksempel på dette er fastleger som sier til pasienter at de mener de har rett til plass på sykehjem, eller leger på sykehus som formidler at pasienten skal inn på korttidsplass etter utskrivning fra sykehuset. Slike lovnader skaper forventninger hos tjenestemottakere, og i møte med saksbehandlere kan det være vanskelig å forstå at slike forespeilede tilbud ikke kan innfris eller blir vurdert annerledes. Saksbehandlerne kan være uenig i det foreslåtte tjenestenivået, men det kan også mangle ledige plasser i sykehjem eller på korttidsavdelinger på det aktuelle tidspunktet. Om saksbehandlerne er enige i behovet for plass i institusjon, men ikke har en fysisk plass å tildele, må de improvisere og sy sammen et tilbud med det de har, ofte til stor fortvilelse hos tjenestesøkeren og dennes pårørende. Denne typen dissonans mellom de ulike «knutepunktene» i tjenestekjeden oppleves som utfordrende. Samarbeidende instanser kan for eksempel være styrt av andre logikker. Det klassiske eksempelet er utskrivning av eldre pasienter fra sykehus på ettermiddagstid. Saksbehandlere i kommunal forvaltning får beskjed om utskrivningen idet de er i ferd med å avslutte sin arbeidsdag, og må kaste seg rundt for å koble på hjemmetjenesten for å ivareta den nyopererte eldre pasienten, som kommer hjem til kaldt hus og tomt kjøleskap.

Arbeidet som saksbehandlerne gjør, er emosjonelt. I knutepunktet «leveranse» favnes forbindelsen mellom saksbehandlere og tjenestemottakere i ulike grupper. Saksbehandlere forholder seg til mennesker i sårbare livssituasjoner, som er preget av sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykososiale utfordringer. Saksbehandlerne må håndtere både andres og sine egne følelser, samtidig som de skal opprettholde en profesjonell standard. Det krever empati å lytte til brukernes bekymringer og behov og å formidle støtte på en respektfull og forståelsesfull måte. De må også balansere profesjonell distanse med menneskelig varme for å skape tillit og gi brukerne en opplevelse av å bli sett og hørt. Saksbehandlerne står ofte i dilemmaer der de ønsker å imøtekomme brukernes ønsker, men må forholde seg til juridiske, økonomiske og praktiske begrensninger (Pedersen et al., 2024b; Fagertun & Tingvold, 2024). Å formidle avslag eller begrensninger i tjenester kan være emosjonelt krevende for saksbehandlerne fordi det kan føre til skuffelse eller motstand fra brukerne. Å skulle omsette et behov til vedtak kan være komplisert og krevende arbeid, og saksbehandlere driver behovsfortolkende politikk. En tjenestesøker kan oppleve å ha behov som tjenestene ikke kan imøtekomme, eller det kan være uenighet mellom ulike instanser om hvilke behov en tjenestesøker har, og hvilke tjenester som passer.

I arbeidet med saksbehandling merker vi oss at en leder i Sjøgløtt kommune sier at de har valgt å organisere saksbehandlerne i team nettopp fordi de da blir mindre sårbare ved fravær av saksbehandlere. Ved å jobbe i team kan de lettere omfordele ressursene internt ved fravær. Også tidligere studier har vist at sykefravær hos saksbehandlere løses dynamisk internt, da det tar lang tid å lære opp personer i denne rollen. Kunnskapen som saksbehandlerne besitter, kan ikke erstattes med innleie. Kompetansen er sammensatt av av helsefaglige kvalifikasjoner, innsikt i juss og økonomi, men også taus kunnskap om tildelingspraksis og vurderingskompetanse som er opparbeidet i fellesskap med andre saksbehandlere.

Flere saksbehandlere i casestudien ga uttrykk for at de står i krevende vurderingssituasjoner, og at det er tjenestesøkere med større og mer kompliserte omsorgsbehov som søker tjenester nå enn for noen år tilbake. Det er gjennomgående blitt en høyere terskel for å få tjenester, og deltakerne nevner spesifikt høyere terskel for å få plass i heldøgnbemannet omsorgsbolig eller på sykehjem. Dette har ført til økt press på hjemmetjenestene, som må gi tjenester til personer som er på

forsvarlighetsgrensen for å kunne bo hjemme. Saksbehandlerne opplever at de både skal ivareta kommunale økonomiske interesser og handle i tråd med flere statlige styringssignaler: En leder som deltok i casestudien, uttrykte dette slik: *«Vi skal jo jobbe med å holde tjenestebehovet nede, vi skal holde brukerne nede i omsorgstrappen, akkurat der de hører hjemme før de går opp på neste trinn, og det føler jeg at en blir veldig alene om, da.»*

Denne lederen satte ord på det krysspresset som hun opplever i arbeidet, og hun pekte også på at pårørende og tjenestesøkere har større forventninger til hva de kan få hjelp til, og hvor mye. En deltaker fra Vindnes uttrykte at dette presset særlig kan komme fra pasienter med sammensatte og langvarige behov, og at man må være robust for å jobbe som saksbehandler: *«Jeg vil egentlig si det sann at de som jobber på tildeling – du skal ha ganske mye skinn på nesa, altså. Det er ikke for de som er sarte. Du får mye kjeft og påtrykk fra mange kanter.»* I tillegg handler dette også om innbyggernes forventninger til tjenestenivået, og at det kan kollidere med hvilke tjenester saksbehandlere faktisk kan tilby, som igjen er formet av kommunens omsorgspolitik. I forbindelse med omsorgspolitik og samarbeid med andre tjenester opplever lederen i Sjøgløtt at de som jobber med tildeling av tjenester, blir veldig alene. Gjennom skjønnsvurderinger blir det saksbehandlere og deres ledes ansvar å utvikle tjenester i henhold til økt etterspørsel for å kunne sikre trygge og forsvarlige tjenester til innbyggerne. Saksbehandlerne bruk av skjønn blir fremsatt som helt nødvendig for å håndtere komplekse situasjoner (Fagertun & Tingvold, 2024).

REFERANSER

- Alvsvåg, H., & Martinsen K.M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215-22.
- Angelsen, V., Hartviksen, T., Solbakken, R., & Holm, S. (2024). Tildelingsfunksjonens rolle i prioritering av kommunale tjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning* (2), 195-218.
- Aspøy, A. (2016). Tillitsreform i Skandinavia. *Stat & styring*, 26(3), 14-16.
- Björnsdóttir, K., Ceci, C., & Purkis, M. E. (2015). The 'right' place to care for older people: home or institution? *Nursing inquiry*, 22(1), 64-73.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Brenne B. A., Hedlund M. & Ingstad, K. (2024). Nurses professional discretion in the purchaser-provider split in home-care in Norway. *Journal of advanced nursing*, 80(2), 612-627.
- Brock, K. L. (2020). Government and non-profit collaboration in times of deliverology, policy innovation laboratories and hubs, and new public governance. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 31(2), 257-270.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre: om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt*. Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H., Mjøset, L., Mordhorst, M., & Petersen, K. (2022). *The making and circulation of Nordic models, ideas and images*. Taylor & Francis.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2001). New Public Management: The effects of contractualism and devolution on political control. *Public Management Review*, 3(1), 73-94.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Deloitte (2012). Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører modellen. <https://www.ks.no/fou-sok/2012/000044/>
- Dworkin, R. (2013). *Taking rights seriously*. Universal Law Publ.
- Eide, T., Gullslett, M. K., Eide, H., Dugstad, J. H., McCormack, B., & Nilsen, E. R. (2022). Trust-based service innovation of municipal home care: a longitudinal mixed methods study. *BMC health services research*, 22(1), 1250.
- Eide, T., Gullslett, M. K., Nilsen, E. R., Dugstad, J. H., & Eide, H. (2018). *Tillitsmodellen – hovedpiloting i Oslo kommune 2017-18* (1472-6963). USN/Vitensenteret Helse og Teknologi. <http://hdl.handle.net/11250/2583361>

- Eide, T., Nilsen, E., Gullslett, M. K., Aaberge, A. H., & Eide, H. (2017). Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune (2464-3505). Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge, Issue.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.
- Fagertun, A. (2021). Absorbing care through precarious labour. The shifting boundaries of politics in Norwegian healthcare. I H. Haukanes, & F. Pine (red.), *Intimacy and mobility in an era of hardening borders*. Manchester University Press. <https://doi.org/10.7765/9781526150226.00020>
- Fagertun, A., & Tingvold, L. (2024). Aktiveringspolitikk og prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre: Tjenestetildelingens «fortjenestefullhet». *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 10(2), 176–194. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.12>
- Fagertun, A., Vike, H., & Haukelien, H. (2024). *The Political Economy of Care: Welfare state capitalism, universalism, and social reproduction*. Scandinavian University Press.
- Flyvbjerg, B., Delamont, S., Atkinson, P., Delamont, S., & Atkinson, P. (2010). Five Misunderstandings about Case-Study Research. I *The Sage handbook of qualitative research* (Vol. 4, s. III99). SAGE Publications.
- Forskrift om IPLOS-registeret. (2006). *Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk* (FOR-2006-02-17-204). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204>
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-1967-02-10). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>
- Fraser, N. (2022). *Cannibal capitalism: How our system is devouring democracy, care, and the Planet and what we can do about it*. Verso Books.
- Fylling, I., Henriksen, Ø., & Vannebo, B.I. (2020). Sammenfattende analyse: Sammenligninger på tvers av delstudiene og helhetlig tilstandsbeskrivelse. I C.H. Anvik, J.T. Sandvin, J.P. Breimo, & Ø. Henriksen (red.), *Velferdstjenestenes vilkår: Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 236–256). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020>
- Førland, O. (2024). Conceptualizing needs when allocating public long-term care services in the welfare state. I A. Fagertun, H. Vike, & H. Haukelien (red.), *The political economy of care: Welfare state capitalism, universalism, and social reproduction* (s. 231–251). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215057880-24>
- Førland, O., Ambugo, E. A., Døhl, Ø., Folkestad, B., Rostad, H. M., & Sundsbø, A. O. (2020). *Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere* (Rapportserie nr. 1-2020). Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2658156>

- Førland, O., Skutle, O., Alvsvåg, H., & Hjelle, K. M. (2021). Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse- og omsorgstjenester – En casestudie fra tre norske kommuner. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4), 19-34. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02>
- Gjerde, I., Torsteinsen, H., & Aarseth, T. (2016). Tildelingskontoret – En innovasjon i norske kommuner? I J. Amdam, R. Bergem, & F. O. Båtevik (red.), *Offentlig sektor i endring: Fjordantologien 2016* (s. 48-64). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215027722-2016-05>
- Glynos, J., Speed, E., & West, K. (2015). Logics of marginalisation in health and social care reform: Integration, choice, and provider-blind provision. *Critical Social Policy*, 35(1), 45-68. <https://doi.org/10.1177/0261018314545599>
- Goodin, R. E. (1986). Welfare, rights and discretion. *Oxford journal of legal studies*, 6(2), 232-261. <https://doi.org/10.1093/ojls/6.2.232>
- Goodin, R. E. (1988). *Reasons for welfare: The political theory of the welfare state*. Princeton University Press.
- Grimen, H. (2009). Skjønn som resonneringsform. I T. Skauge (red.), *Profesjonsledelse og kunnskapsorganisering*. FORPRO.
- Hansen, G. V., Kirchhoff, J., & Ramsdal, H. (2009). Bestiller/utførermodellen – økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten? I T. Claussen & J. C. Karlsson (red.), *Den sköra balansen: arbetslivet och flexibilitetens tvetydigheter* (s. 147-162). Växjö universitet.
- Hansen, H. C. (2022). Fra tillitspolicy til praksis: Styringsrelasjoner i hjemmetjenestens førstelinje. *Norsk sosiologisk tidsskrift* (4), 1-13.
- Hanssen, J. K., & Henriksen, Ø. (2020). Politikk og tjenester innen rusomsorg. I C. H. Anvik, J. T. Sandvin, J. P. Breimo & Ø. Henriksen (red.), *Velferdstjenestenes vilkår: Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 130-150). Universitetsforlaget.
- Haukelien, H. (2013). *Omsorg og styring: Kjønn, arbeid, og makt i velferdskommunen*. [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen. https://www.researchgate.net/publication/290107122_Omsorg_og_styring_Kjonn_arbeid_og_makt_i_velferdskommunen
- Haukelien, H. (2021). Aldring, eldreomsorg og den nye velferdsstaten. *Norsk antropologisk tidsskrift* (3-4), 179-195.
- Haukelien, H., & Aaltvedt, V. (2024). En nødvendighet uten alternativer? En teoretisk analyse av mekanismer for prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 10(2), 15-27. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.3>
- Heggstad, A. K. T., & Førde, R. (2020). Is allocation of nursing home placement in Norway just? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 871-879.

- Hellesø, R., Rostad, H. M., Fagertun, A., Førland, O., Skinner, M. S., Sundsbø, A. O., Burrell, L. V., & Sogstad, M. (2024). Prioriteringslandskapet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i et velferdsstatsperspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 10(2), 46-64. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.5>
- Helsebiblioteket. (udat.). Kvalitetsforbedring. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder for saksbehandling*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven/Veileder%20for%20saksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf/>
- Helsedirektoratet. (2018). *Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester#de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet>
- Helsedirektoratet. (2023). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (Nasjonal veileder). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>
- Holm, S. G., Mathisen, T. A., Sæterstrand, T. M., & Brinchmann, B. S. (2017). Allocation of home care services by municipalities in Norway: a document analysis. *BMC health services research*, 17, 1-10.
- Jakobsen, R., Killie, P. A. V., Engen Sørensen, K., & Debesay, J. (2022). Informasjonsflyt ved overføring av pasienter fra sykehus til kommunale tjenester: Erfaringer fra saksbehandlere ved forvaltningsleddet tildelingskontor (TK). *Nordisk tidsskrift for helseforskning*.
- Jenhaug, L. M. (2018). Myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(1), 39-58. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-03>
- Kassah, B. L., & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(4), 342-358. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04>
- Kjøs, B. Ø., & Havig, A. K. (2015). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes—a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 330-339.
- Kjøs, B. Ø., Botten, G., Gjevjon, E. R., & Romøren, T. I. (2010). Quality work in long-term care: the role of first-line leaders. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 351-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq035>

- Kommunenes sentralforbund. (2004). Bestiller-utfører organisering i pleie og omsorgssektoren - en veileder. Agenda Utredning & Utvikling AS. https://www.ks.no/contentassets/9832e64a70e24b228f5dd21c86fa69b2/2344_034022_samlet-webutgave-veileder-bum-rev270404.pdf
- Kringlebotten, M., & Langørgen, A. (2020). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2020* (nr. 2020/48). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/gruppering-av-kommuner-etter-folkemengde-og-okonomiske-rammebetingelser-2020>
- Lazar, S. (2023). *How We Struggle: a political anthropology of labour*. Pluto Press.
- Liljegren, A. (2012). Pragmatic professionalism: micro-level discourse in social work. *European journal of social work*, 15(3), 295–312. <https://doi.org/10.1080/13691457.2010.543888>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Sage.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation.
- Ljunggren, B., Haugset, A., & Solbakk, N. (2014). *Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013*. Sintef. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1134537/>
- Lunde, B.V., & Otterlei, J.B. (2020). Tjenester til hjemmeboende eldre: –tilstand og utfordringer. I C.H. Anvik, J.T. Sandvin, J.P. Breimo & Ø. Henriksen (red.), *Velferdstjenestenes vilkår: Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 151–170). Universitetsforlaget.
- Løken, T. D., Helgesen, M. K., Vike, H., & Bjørkquist, C. (2022). Being bound and tied by the ropes of frugality: a case study on public management values and service integration. *Journal of Health Organization and Management*, 36(9), 95–111.
- Melby, L., Obstfelder, A., & Hellesø, R. (2018). “We tie up the loose ends”: Homecare nursing in a changing health care landscape. *Global Qualitative Nursing Research*, 5.
- Meld. St. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

- Meld. St. 11 (2020–2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/>
- Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>
- Meld. St. 24 (2022–2023). *Fellesskap og meistring — Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan for 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Molander, A., Grimen, H., & Eriksen, E. O. (2012). Professional discretion and accountability in the welfare state. *Journal of Applied Philosophy*, 29(3), 214–230.
- Nesheim, T., & Vathne, K. (2000). Konkurranseutsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner. SNF- prosjekt nr.: 6185. Kommunenes sentralforbund. https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/bitstream/handle/11250/164751/R59_00.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- NHI. (2014). *Mange med ROP-lidelse får ikke nok hjelp*. <https://nhi.no/forskning-og-intervju/mange-med-rop-lidelse-far-ikke-nok-hjelp>
- NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, A. K. B., Skinner, M. S., & Sogstad, M. (2024a). Needs assessment in long-term care: expression of national principles for priority setting in service allocation. *BMC Health Serv Res*, 24(1), 530. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10889-1>
- Pedersen, A. K. B., Skinner, M. S., & Sogstad, M. (2024b). Service Allocators' Experiences of Ethical Dilemmas and Strategies in Long-Term Care: A Qualitative Study. *Health Services Insights*, 17, 1–10. <https://doi.org/10.1177/11786329241238883>
- Peters, M. D., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB1 evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126.

- Pollock, D., Peters, M. D., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., de Moraes, É. B., Godfrey, C. M., & Pieper, D. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBHI evidence synthesis*, 21(3), 520–532.
- Rostad, H. M. (2012). *Samarbeid og tjenesteutøvelse i en bestiller-utfører-organisert kommunehelsetjeneste: En kvantitativ studie om vurderinger av samarbeid og vedtak, samt hvordan vedtak har betydning for tjenesteutøvelsen*. [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Rostad, H. M., Skinner, M. S., Hellesø, R., & Sogstad, M. K. R. (2020). Towards specialised and differentiated long-term care services: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 20, 1–9.
- Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T., & Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people – Still equal? *Eur J Ageing*, 19(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4>
- Rothstein, B. (1998). *Just institutions matter: The moral and political logic of the universal welfare state*. Cambridge university press.
- Rød, D. A. V., & Jakobsen, M. D. (2024). *Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge. En oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning. https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/3126828/Geografiske%20forskjeller_Oppsummering392024.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Røhnebæk, M. T., & Løberg, I. B. (2021). Kontroll eller samhandling? –bakkebyråkratenes autonomi i det digitaliserte NAV. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 38(1–02), 73–85.
- Schanche, P., Aagestad, C., Askestad, H., Værnor, K., & Brochmann, M. (2022). *Evalueringsmodell i hjemmetjenesten i Oslo*. Agenda Kaupang.
- Siverbo, S. (2004). The purchaser-provider split in principle and practice: experiences from Sweden. *Financial Accountability & Management*, 20(4), 401–420.
- Slåtsveen, R.-E., Wibe, T., Halvorsrud, L., & Lund, A. (2023). Interdisciplinary frontline teams in home-based healthcare services—paradoxes between organisational work structures and the trust model: a qualitative study. *BMC health services research*, 23(1), 715. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12913-023-09695-y.pdf>
- Slåtsveen, R.-E., Wibe, T., Halvorsrud, L., & Lund, A. (2024). Balancing between dual belongings when organised into interdisciplinary teams, with the trust model as the context: A qualitative study. *BMC Primary Care*, 25(1), 314. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11344355/pdf/12875_2024_Article_2554.pdf
- Sogstad, M., Hellesø, R., & Skinner, M. S. (2020). The development of a new care service landscape in Norway. *Health services insights*, 13. <https://doi.org/10.1177/1178632920922221>

- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). «...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten». IS 1162. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- STAMI. (2024). *Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024*. STAMI-rapport, 25(7). Statens arbeidsmiljøinstitutt. <https://noa.stami.no/wp-content/uploads/2024/09/Faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2024.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Sentralindeksen*. <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/sentralitetsindeksen>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). *Sentralindeksen. Oppdatering med 2020-2024-kommuner*. <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/sentralitetsindeksen>
- Statistisk sentralbyrå. (2024). 11342: *Areal og befolkning i kommuner, fylker og hele landet (K) 2007 - 2024* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/11342>
- Statistisk sentralbyrå. (udat.). *Statistikkbanken: Befolkning*. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>
- Sundsbo, A. O. (2024). «Vi er ingen selskapsdamer»: Førstelinjeansattes legitimering av nedprioritering av omsorg i hjemmetjenestene. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (2), 156-175.
- Sundt, S. (2010). *Bestiller-utførermodell som styringssystem i verdibaserte tjenester: utfordringer og dilemmaer*. [Masteroppgave]. Universitetet i Stavanger.
- Syse, A., Øien, H., Solheim, M. B., & Jakobsson, N. (2015). Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse- og omsorgstjenester til eldre. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(3), 211-233. https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/3148/jacobsson_variasjon.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Thibouville, A.-M. (2013). *Sykepleiere på akkord. En studie av hjemmesykepleiernes erfaringer*. [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.
- Tingvold, L., & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem: Hvordan løses dette i ulike kommunale kontekster? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 153-164. 10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., & Weeks, L. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473.
- Ursin, G. (2005). *Bestiller-utførerorganisering og brukermedvirkning. En evalueringsstudie av Bodø kommunes organisering av kommunale hjemmetjenester*. [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd: Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. [Doktorgradsavhandling]. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Vabø, M. (2011). Changing governance, changing needs interpretations: Implications for universalism. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3/4), 197–208. <https://doi.org/10.1108/0144333111120618>
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition—heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health & social care in the community*, 20(3), 283–291.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I S. I. Vabø & M. Vabø (red.), *Velferdens organisering* (s. 11–28). Universitetsforlaget.
- Vabø, M., Engelstad, F., & Hagelund, A. (2015). Changing Welfare Institutions as Sites of Contestation. I *Cooperation and Conflict the Nordic Way* (s. 242–261). Warsaw, Poland: De Gruyter Open. <https://doi.org/10.1515/9783110436891-014>
- Van Griensven, H., Moore, A. P., & Hall, V. (2014). Mixed methods research – The best of both worlds? *Manual therapy*, 19(5), 367–371.
- Vike, H. (2018). Street-level bureaucracy and crosscutting cleavages in municipal worlds. In *Bureaucracy and Society in Transition*. Emerald Publishing Limited.
- Vike, H., Debesay, J., & Haukelien, H. (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten: politikk, styring og tjenester*. Gyldendal akademisk.
- Vike, H., Fagertun, A., & Haukelien, H. (2024). Introduction: Welfare State Capitalism, Universalism, and Social Reproduction in Scandinavia. I A. Fagertun, H. Vike & H. Haukelien (red.), *The Political Economy of Care: Welfare state capitalism, universalism, and social reproduction* (s. 9–40).
- Vold, H. G., Kirchhoff, J. W., & Ramsdal, H. (2009). Bestiller / utfører-modellen - økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten. I T. Claussen & J. C. Karlsson (red.), *Den sköra balansen: arbetslivet mellan flexibilitet och stabilitet* (vol. 2009:4, s. 147–162). Växjö universitet.
- Wagner, I., & Teigen, M. (2022). Egalitarian inequality: Gender equality and pattern bargaining. *Gender, Work & Organization*, 29(2), 486–501. <https://doi.org/10.1111/gwao.12774>
- Wollscheid, S., Eriksen, J., & Hallvik, J. (2013). Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 414–421.
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zacka, B. (2017). *When the State Meets the Street: Public Service and Moral Agency*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674981423>
- Øydgard, G. (2018a). Hjemmetjenesten som alliert, rådgiver og forventningsregulator: Om hjemmetjenestens betydning for pårørende til personer med demens' søknadspraksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(3), 193–207.

- Øydgard, G. (2018b). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(01), 27-39.
- Øydgard, G. (2022). Sammen i omsorgens ressursdilemma? Betydning av samarbeidsrelasjoner i bestiller–utfører-modeller. I C. Lo, C. H. Anvik, J. P. Breimo, & E. Olesen (red.), *Mot bedre samarbeid?: Betragtninger fra studier av norske velferdstjenester* (s. 138-155). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215045030-2022>
- Øydgard, G.W., Moen, H. B., & Sjøfjell, L. (2020). Psykisk helsearbeid i kommunene. I C. H. Anvik, J.T. Sandvin, J.P. Breimo & Ø. Henriksen (red.), *Velferdstjenestenes vilkår: Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 109-129). Universitetsforlaget.
- Aagestad, C., Askestad, H., Værnor, K., Brochmann, M., & Schanche, P. (2022). *Evalueringsmodell av tillitsmodellen i hjemmetjenestene*. Byrådsavdeling for helse.

OVERSIKT OVER SPØRRESKJEMAET

Her er en oversikt over spørreskjemaet med skjermbilder som viser hvordan det fremstod for respondentene. De fleste spørsmålene var gjort obligatoriske, dvs. at en ikke kunne gå videre til neste side før en hadde besvart alle spørsmålene.

Skjemaet starter med en presentasjon av kartleggingen:



The screenshot shows the introduction screen of a survey. At the top left is the logo for 'Høgskulen på Vestlandet'. The main title is 'Nasjonal kartlegging av organisering av tjenestetildeling i kommunene'. Below the title, there is a paragraph explaining the survey's purpose: 'Denne kartleggingen handler om hvordan kommunene behandler og gjør skriftlige vedtak (enkeltvedtak) etter søknader/meldinger om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven for innbyggere i alle aldrer. Vi ber deg svare på hvordan din kommune organiserer dette arbeidet.' Below this, it says 'Trykk Neste for å gå videre til spørsmålene.' At the bottom, there are two buttons: 'FORRIGE' (disabled) and 'NESTE' (active). To the right of the buttons is a progress bar showing 6% completion.

Høgskulen
på Vestlandet

Nasjonal kartlegging av organisering av tjenestetildeling i kommunene

Denne kartleggingen handler om hvordan kommunene behandler og gjør **skriftlige vedtak** (enkeltvedtak) etter søknader/meldinger om **tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven** for **innbyggere i alle aldrer**. Vi ber deg svare på hvordan din kommune organiserer dette arbeidet.

Trykk **Neste** for å gå videre til spørsmålene.

FORRIGE NESTE

6%

Så kommer noen spørsmål om dagens modell og ev. ny modell i fremtiden:



Organisatorisk modell

Hvilket alternativ **beskriver best** modellen kommunen **hovedsakelig** bruker for tildeling av helse- og omsorgstjenester **i dag**?

(Med *hovedsakelig* mener vi tildeling for **de fleste** helse- og omsorgstjenestene.)

- ☐ Separat(e) tildelingsenhet(er): tildeling blir gjort i én eller flere enheter («tildelingskontor») som er organisatorisk separat fra enhetene som har ansvar for å utføre tjenestene
- ☐ Integrert tildeling: tildeling blir gjort i enhetene som utfører tjenestene
- ☐ Tildeling fra fagteam/nemnd e.l.: tildeling blir gjort i ulike utvalg, nemnder, tildelingsråd, kollegiale tildelingsmøter e.l.
- ☐ Flere av modellene ovenfor passer like bra (spesifiser hvilke):
- ☐ Annen modell (spesifiser):

Eventuelle utdypende kommentarer om tildelingsmodellen i din kommune:

Har kommunen **konkrete planer** om å gå over til ny **type** modell i **fremtiden**? I så fall, hvilken?

(Dersom kommunen har planer om å gjøre **endringer i eksisterende modell**, men ikke om å gå over til ny **type modell**, svar første alternativ, «Har ikke konkrete planer om å gå over til ny type modell».)

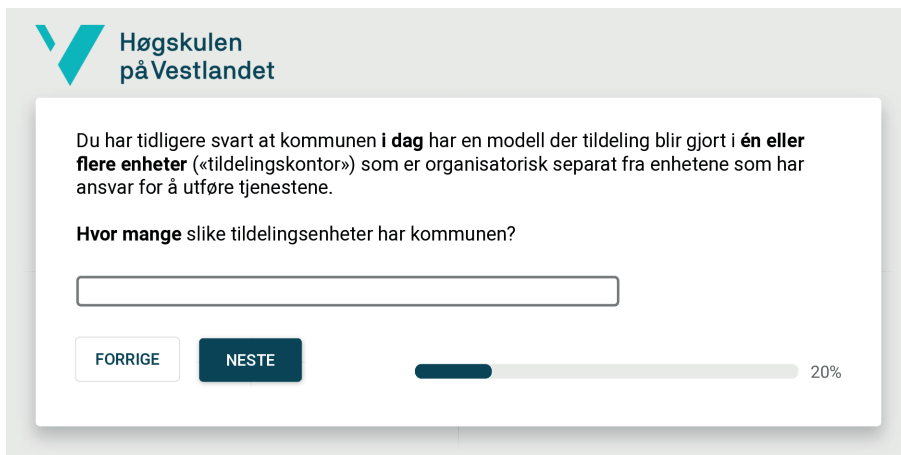
- ☐ Har ikke konkrete planer om å gå over til ny type modell
- ☐ Separat(e) tildelingsenhet(er)
- ☐ Integrert tildeling
- ☐ Tildeling fra fagteam/nemnd e.l.
- ☐ En kombinasjon av modeller (spesifiser hvilke):
- ☐ Annen modell (spesifiser):

FORRIGE

NESTE

13%

De som har svart at de har separat(e) tildelingsenhet(er), får et spørsmål om hvor mange slike enheter de har:



Høgskulen på Vestlandet

Du har tidligere svart at kommunen **i dag** har en modell der tildeling blir gjort i **én eller flere enheter** («tildelingskontor») som er organisatorisk separat fra enhetene som har ansvar for å utføre tjenestene.

Hvor mange slike tildelingsenheter har kommunen?

FORRIGE **NESTE**

20%

Alle får så spørsmål om plassering og innhold av enheter med ansvar for tildeling. Spørsmålet om antall årsverk er gjort ikke-obligatorisk.



Plassering og innhold

Hvor i den kommunale organisasjonen er enheten(e) med ansvar for tildeling plassert?
(Kan krysse av for flere.)

- ☐ På nivå 1: i stab hos rådmann/kommunedirektør
- ☐ På nivå 2: i stab hos leder for helse, omsorg, sosial e.l.
- ☐ På nivå 3: i utøvende helse- og omsorgstjeneste (i resultatenheten)

Samarbeider kommunen med andre kommuner om tjenestetildelingen?

- ☐ Nei
- ☐ Ja

Hvor mange årsverk har kommunen avsatt til saksbehandling av søknader om helse- og omsorgstjenester?
(Kan skrive desimaltall, eks. 3,2. Er du usikker på svaret, skriv omtrentlig tall. Vet du ikke svaret, kan du la feltet stå tomt.)

Hvilken **hovedmodell** benytter kommunen for å **finansiere** vedtakstjenestene?

- ☐ Rammefinansiering: enhetene som utfører tjenestene, har en fast ramme per år bestemt av et årsbudsjett
- ☐ Innsatsstyrt finansiering: enhetene som utfører tjenestene, får tildelt ressurser etter aktivitetsnivået i løpet av året
- ☐ Blanding av ramme- og innsatsstyrt finansiering
- ☐ Vet ikke

FORRIGE

NESTE



26%

Alle får så spørsmål om tidspunkt for IPLOS-/KPR-kartlegging:

 Høgskulen
på Vestlandet

Tildelingsprosesser og -verktøy

Utføres første IPLOS-/KPR-kartlegging **vanligvis** før eller etter vedtaket?

☐ Utføres vanligvis før vedtaket
☐ Utføres vanligvis etter vedtaket
☐ Annet (spesifiser):

FORRIGE NESTE

 33%

De som svarer at kartleggingen vanligvis utføres før vedtaket, får et ekstraspørsmål om hvor viktig kartleggingen er for grunnlag for vedtaket:

 Høgskulen
på Vestlandet

Hvor **viktig** er IPLOS-/KPR-kartleggingen som grunnlag for vedtaket?

☐ Svært uviktig
 ☐ Uviktig
 ☐ Litt uviktig
 ☐ Både og
 ☐ Litt viktig
 ☐ Viktig
 ☐ Svært viktig
 ☐ Vet ikke 

FORRIGE NESTE

 40%

Alle får så spørsmål om grunnlag for vedtak om tildeling. Her har vi definert fire brukergrupper. Spørsmålene er teknisk sett obligatoriske, men det er mulig å svare «Vet ikke».


**Høgskulen
på Vestlandet**

Nå kommer noen spørsmål om hva som i tillegg til den skriftlige søknaden blir brukt som grunnlag for vedtak om tildeling.

Svar for **hver av de fire gruppene** med brukere/tjenester nevnt nedenfor.
(Hvis du ikke har kjennskap til tjenestetildelingen for en gruppe, svar «Vet ikke».)

Hvilke typer data inngår vanligvis i grunnlaget for vedtak om tildeling? (Kan krysse av for flere.)

	Vurdering fra annet team / enhet / person i kommunen	Helseopplys- ninger fra fastlege	Helseopplys- ninger fra sykehus / spesialist- helse- tjenesten	Opplysninger fra pårørende	Kartlegging gjennom hjemme- besøk	Telefon- kontakt med bruker*	Telefon- kontakt med pårørende	Ingen av disse typene data	Vet ikke
Barn og unge*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rus og psykisk helse, voksne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utviklingshemming, voksne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Somatikk, voksne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

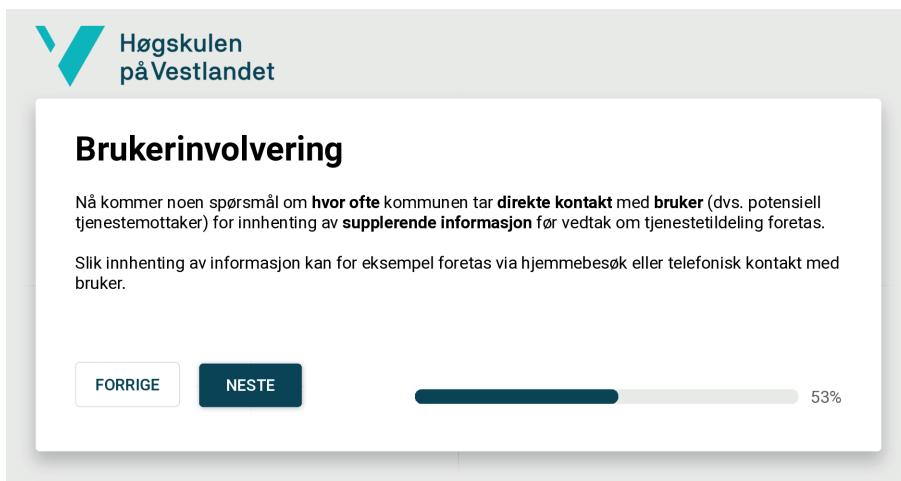
* For alternativet «Telefonkontakt med bruker» for gruppen «Barn og unge», anta at brukeren er over helserettsslig myndighetsalder / i stand til å danne seg egne synspunkter.

Hvis det er **andre viktige kilder** (dvs. i tillegg til de ovenfor) som blir brukt som grunnlag for vedtak, kan du skrive dem inn her:

FORRIGE
NESTE

46%

Senere spørsmål om brukerinvolvering blir så presentert:



Høgskulen på Vestlandet

Brukerinvolvering

Nå kommer noen spørsmål om **hvor ofte** kommunen tar **direkte kontakt** med **bruker** (dvs. potensiell tjenestemottaker) for innhenting av **supplerende informasjon** før vedtak om tjenestetildeling foretas.

Slik innhenting av informasjon kan for eksempel foretas via hjemmebesøk eller telefonisk kontakt med bruker.

53%

Hver av de følgende fire spørsmålssidene blir bare vist dersom brukeren ikke har svart «Vet ikke» på tilhørende tidligere spørsmål om tildelingsgrunnlag for den aktuelle brukergruppen. Brukerne kan altså få 0, 1, 2, 3 eller 4 spørsmål. Spørsmålene er i tillegg ikke-obligatoriske.



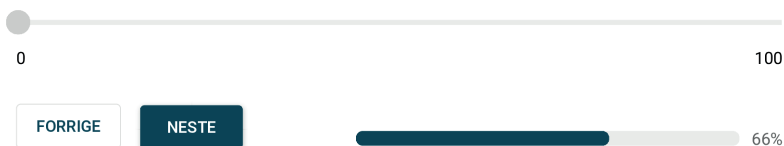
For brukere i gruppen «barn og unge» og der brukeren (barnet) er **over helseerettslig myndighetsalder / i stand til å danne seg egne synspunkter**:
Angitt i prosent, i **cirka hvor stor andel** av sakene tar saksbehandler **direkte kontakt med bruker** for innhenting av supplerende informasjon?

Dra markøren til ønskt verdi (også hvis svaret er 0).
(Hvis du ikke kan svare, hopp over spørsmålet uten å røre markøren, og trykk så **Neste**.)



For brukere i gruppen «**rus og psykisk helse, voksne**»:
Angitt i prosent, i **cirka hvor stor andel** av sakene tar saksbehandler **direkte kontakt med bruker** for innhenting av supplerende informasjon?

Dra markøren til ønskt verdi (også hvis svaret er 0).
(Hvis du ikke kan svare, hopp over spørsmålet uten å røre markøren, og trykk så **Neste**.)





Høgskulen
på Vestlandet

For brukere i gruppen «**utviklingshemming, voksne**»:

Angitt i prosent, i **cirka hvor stor andel** av sakene tar saksbehandler **direkte kontakt med bruker** for innhenting av supplerende informasjon?

Dra markøren til ønskt verdi (også hvis svaret er 0).

*(Hvis du ikke kan svare, hopp over spørsmålet uten å røre markøren, og trykk så **Neste**.)*



Høgskulen
på Vestlandet

For brukere i gruppen «**somatikk, voksne**»:

Angitt i prosent, i **cirka hvor stor andel** av sakene tar saksbehandler **direkte kontakt med bruker** for innhenting av supplerende informasjon?

Dra markøren til ønskt verdi (også hvis svaret er 0).

*(Hvis du ikke kan svare, hopp over spørsmålet uten å røre markøren, og trykk så **Neste**.)*



Alle får så spørsmål om samarbeid med andre enheter/tjenester:


Høgskulen
på Vestlandet

Samarbeid

Nå kommer noen spørsmål om hvem saksbehandlerne **samarbeider** med **ved tildeling av tjenester**.

Svar for **hver av de fire gruppene** med brukere/tjenester nevnt nedenfor.
(Hvis du ikke har kjennskap til hvem saksbehandlerne samarbeider med, svar «Vet ikke».)

Hvilke tjenester/enheter/yrkesgrupper samarbeider saksbehandlerne som tildeler tjenester, **ofte** med?

	Hjemme- tjenester	Koordi- nerende enhet	Fastleger	Habili- terings- tjenester	Rehabili- terings- tjenester	Spesialist- helse- tjenesten	NAV og andre sosiale tjenester	Fore- byggende tjenester (eks. friskliv og mestring)	Ingen av disse	Vet ikke
Barn og unge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rus og psykisk helse, voksne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utviklingshemming, voksne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Somatikk, voksne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

I hvilken grad blir søkerens **behov for habilitering og rehabilitering kartlagt og vurdert** i forbindelse med søknadsbehandlingen (for kompenserende tjenester ev. blir tildelt)?

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
Barn og unge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rus og psykisk helse, voksne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utviklingshemming, voksne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Somatikk, voksne	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FORRIGE
NESTE

86%

Så følger noen spørsmål om medarbeiderkompetanse:

**Høgskulen
på Vestlandet**

Medarbeiderkompetanse

Innen hvilke fagfelt har dem som vurderer, saksbehandler og/eller tildeler tjenestene, **formell** kompetanse (dvs. utdanning, videreutdanning eller kurs med kursbevis)? *(Kan krysse av for flere.)*

- ☐ Forvaltning
- ☐ Juss
- ☐ Medisin/helsefag (somatikk)
- ☐ Eldreomsorg
- ☐ Arbeid med barn og unge
- ☐ Habilitering
- ☐ Rehabilitering
- ☐ Psykisk helse
- ☐ Rus
- ☐ (Ingen fagfelt)
- ☐ Annet fagfelt (spesifiser):

Har kommunen en **egen kompetanseplan** for videreutvikling av **formell** kompetanse hos dem som **vurderer, saksbehandler og/eller tildeler** helse- og omsorgstjenester?

☐ Nei

☐ Ja

FORRIGE

NESTE

93%

Og til slutt spør vi om stillingen til respondenten. Vedkommende kan også komme med kommentarer til spørreskjemaet (ikke-obligatorisk).

 Høgskulen
på Vestlandet

Til slutt

Hvilken stilling i kommunen har du som svarer på denne spørreundersøkelsen?

☐ Øverste leder for hele enheten for helse og omsorg e.l.

☐ Leder for tildelingsenhet e.l.

☐ Annen stilling (spesifiser):

Har du kommentarer til spørreskjemaet eller annet du vil dele med oss?

Enten du har eller ikke har kommentarer, trykk nå på **Avslutt** nedenfor for å sende inn skjemaet.
(Du kan komme tilbake og redigere svarene dine senere ved å bruk lenken du fikk tilsendt.)

FORRIGE

AVSLUTT

100%

INTERVJUGUIDE FOR LEDERE

Personalia

Stilling i dag:

Utdanning:

Kjønn/Alder:

Ansiennitet med tildeling av tjenester i denne kommunen:

Samlet ansiennitet i de kommunale- helse og omsorgstjenestene:

Annen arbeidserfaring (kort):

Om tildelingskontorets tilblivelse, organisering og myndighet

1. Hvordan omtaler dere enheten du arbeider ved? (Tidelingsnemnd, forvalterkontor, tildelingskontor, koordinerende enhet, vedtakskontor, annet?).
2. Beskriv organiseringen og funksjoner. Hvem rapporterer du til ang økonomi?
3. Hvor lenge har dere hatt denne organiseringen, og hva har dere hatt tidligere? Hvorfor ble det ev. foretatt endringer?
4. Foreligger det planer for endringer i organiseringen av tjenestetildelingen i nær fremtid? Ev. begrunnelser for dette?
5. Dersom tjenestetildelingen er inndelt i flere soner eller seksjoner; hvilke inndelinger og oppgaver har de enkelte soner/seksjoner? (Er inndelingen etter brukergrupper, geografisk område eller er det samme enhet for alle som trenger et tilbud innen kommunale helse- og omsorgstjenester?)
6. Har dere i kommunen innsatsteam/mestringsteam/hverdagsrehabiliteringsteam som er inne og vurderer behov før det fattes vedtak? Hvor lenge har dere hatt dette? Ev. kan du dele noen erfaringer på godt og vondt?
7. Hvilken beslutningsmyndighet har deres enhet som arbeider med tjeneste tildeling? (Autonome, avhengig av andre). Dersom du/enheten din ikke har/har liten beslutningsmyndighet – hvem må de som arbeider med tjenestetildeling konferere med?

Samarbeid og tillit

8. Hvilke samarbeidsmøter har dere i kommunen/og i enheten du leder i forhold til tjenestetildeling? Hvordan fungerer samarbeidet? Kan du gi et eksempel på godt og mindre godt samarbeid?
9. Opplever du å ha tillit som leder hos ansatte som jobber med tildeling av tjenester? Har du noen refleksjoner/erfaringer å dele å godt eller vondt?

10. Opplever du å ha tillit som leder hos brukere? Har du noen refleksjoner/erfaringer å dele å godt eller vondt?
11. Opplever du å ha tillit som leder hos pårørende? Har du noen refleksjoner/erfaringer å dele å godt eller vondt?
12. Opplever du å ha tillitt som leder hos andre ledere på samme nivå/nivå over deg i kommunen? Har du noen refleksjoner/erfaringer å dele å godt eller vondt?

Etterspørsel etter tjenester og budsjett/prioriteringer

13. Kan du si noe om etterspørsel av tjenester i dag? Er det noen endringer når du ser tilbake i tid? (I for eksempel type tjenester, brukergrupper?)
14. Er det foretatt budsjettmessige justeringer som berører: a) tjenestetilbudet? b) bemanningen som arbeider med tildeling av tjenester?
15. Opplever du noen ganger prioriteringsdilemma i forhold til hvilke brukere som skal få tjenester, ev. hvilke tjenestetilbud som skal prioriteres fremfor andre? Ev. hvilke/hvordan?

Måloppnåelse

16. Opplever du at...
 - a. Brukerne får de tjenestene de har behov for ? Kan du begrunne svaret ditt?
 - b. Tjenestene sikrer brukernes trygghet? Kan du begrunne svaret ditt?
 - c. Tjenestene er godt samordnet (gir stabilitet og forutsigbarhet) for brukere? Kan du begrunne svaret ditt?
 - d. Det er god ressursutnyttelse (slik at pasienten og samfunnet får mest mulig gevinst)? Kan du begrunne svaret ditt?
 - e. Tjenestene er tilgjengelig og rettferdig fordelt? (Hdir: at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle brukere og pasienter har mulighet til å få god behandling). Kan du begrunne svaret ditt?)
17. Hvordan legger tjenestene til rette for brukerinvolvering (Ivaretas brukernes autonomi/erfaringer)? Er det noen styrker eller svakheter i dette arbeidet du kan fortelle om?
18. Noe du ønsker å formidle, som vi ikke har spurt om?

Takk -

INTERVJUGUIDE FOR ANSATTE

Personalia

Stilling i dag:

Utdanning:

Kjønn/Alder:

Ansiennitet med tildeling av tjenester i denne kommunen:

Ansiennitet i den kommunale- helse og omsorgstjenesten:

Annen arbeidserfaring (kort):

Arbeidsdagen med tildeling av tjenester

1. Hvordan arbeider dere med tjenestetildeling i din enhet? Fortell om en vanlig arbeidsdag med tildeling av tjenester.
2. Hvilke brukergrupper og typer tjenester er du særlig kjent med å tildele?
(Hjemmebaserte tjenester, institusjonstjenester og barn/habilitering, rus/psykiatri, PU, flyktninger, ev. annet)
3. Kan du si noe om etterspørsel av tjenester i dag? Er det noen endringer når du ser tilbake i tid? (I for eksempel type tjenester, brukergrupper?)
4. Hvordan trives du med jobben? Hva er bra/mindre bra?

Vedtak

5. Hvilke lover, regler og materiale støtter du deg på ved tildeling av tjenester? (NB: spørre etter dokumenter ev. på forhånd, jf. listen vi har utarbeidet)
6. Fattes vedtak individuelt av ansatte med tildeler funksjon/saksbehandler, ev. hvilke møtepunkter eller samarbeid har dere internt?
7. Kan du fortelle litt om gangen i en søknad om tjenester fra du mottar søknaden til vedtak/avslag? (Hvilke vurderinger gjøres, hvem involveres i vurderinger, hvilke kartleggingsverktøy benyttes)
8. Fortell om gangen i et lett/ukomplisert SAK/vedtak? (få frem vurderinger gjerne knyttet til nytte, ressurs, alvorlighet)
9. Fortell om gangen i et komplisert SAK/vedtak? (få frem vurderinger gjerne knyttet til nytte, ressurs, alvorlighet)
10. Når en tjeneste blir vedtatt, hvordan følges behovet for disse tjenestene opp? Finnes det evalueringspunkter? Hvilke prosesser går for å endre vedtak om tjenester?

Samarbeid og tillit

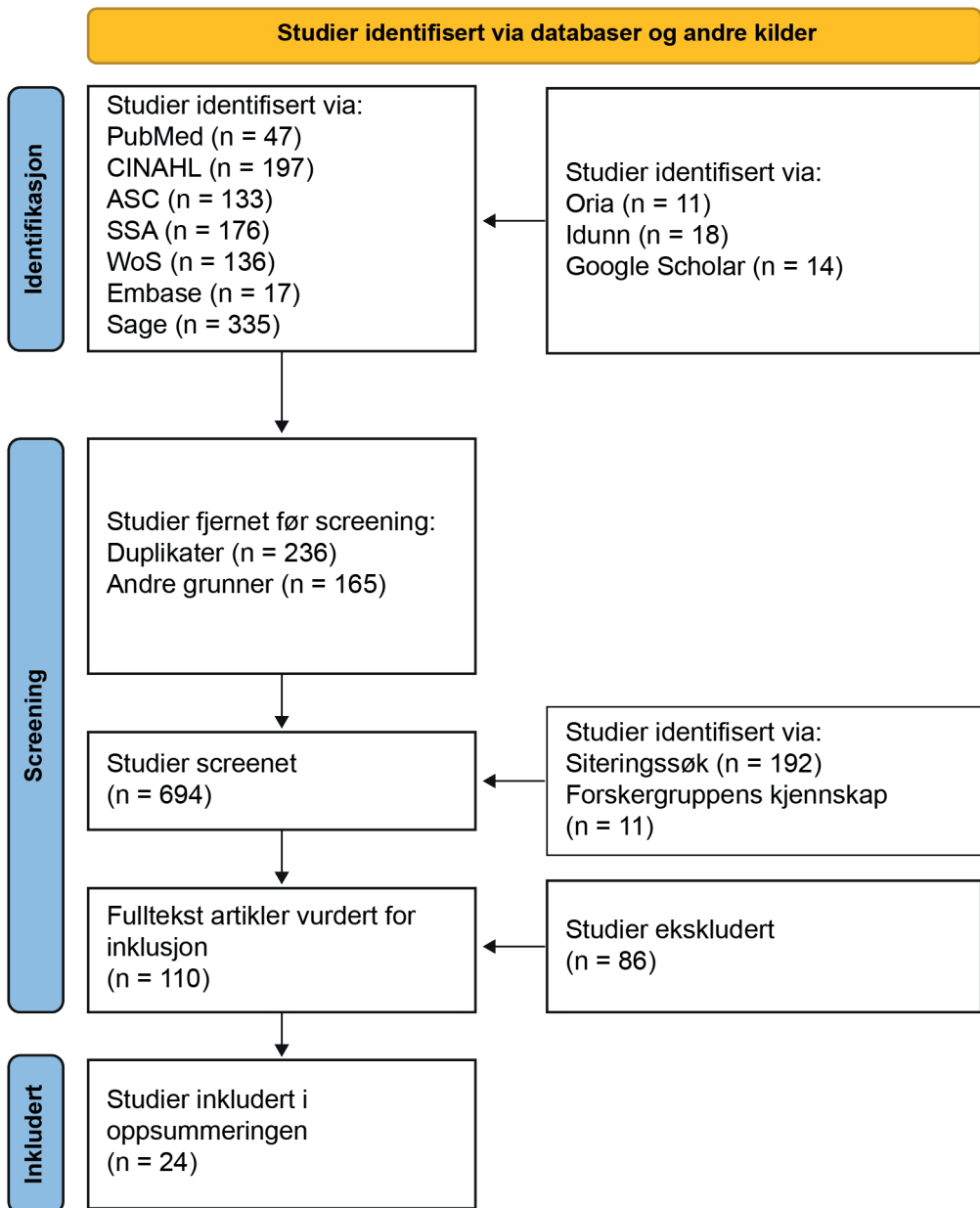
11. Hvordan opplever du kontakten og samarbeidet med brukere? Hvordan medvirker brukere i de ulike fasene i en tildeling (ivaretas brukeres autonomi og erfaringer)? Evt. et møte/opplevelse du kan dele som har gjort inntrykk på deg på godt eller vondt?
12. Hvordan opplever du kontakten og samarbeidet med pårørende? Evt. et møte/opplevelse du kan dele som har gjort inntrykk på deg på godt eller vondt?
13. Kan du fortelle litt om hvordan samarbeidet er med kollegaer? Hvor ofte har dere møter om tildeling av tjenester? Er dere oftest enige om beslutninger, eller kan oppstår uenigheter og ulike vurderinger? Ev. vil du dele eksempel på en sak?
14. Kan du fortelle litt om samarbeidet med leder/ledelsen? Deltar leder i møter der søknader om tjenester drøftes? Legger ledelsen føringer på dine beslutninger om tildeling av tjenester? Har du et eksempel, noe du vil dele?
15. Kan du fortelle litt om hvordan samarbeidet ditt er med de som utfører kommunale omsorgsoppgaver etter vedtak? Hva fungerer bra, og når er det ev. uenigheter? Har du et eksempel?

Måloppnåelse

16. Opplever du at:
 - a. Brukerne får de tjenestene som de har behov for? Kan du begrunne svaret ditt?
 - b. Tjenestene sikrer brukerne trygghet? Kan du begrunne svaret ditt?
 - c. Tjenestene er godt samordnet (gir stabilitet og forutsigbarhet) for brukere? Kan du begrunne svaret ditt?
 - d. Det er god ressursutnyttelse (slik at pasienten og samfunnet får mest mulig gevinst)? Kan du begrunne svaret ditt?
 - e. Tjenestene er tilgjengelig og rettferdig fordelt? (Hdir: at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle brukere og pasienter har mulighet til å få god behandling). Kan du begrunne svaret ditt?)
17. Noe du ønsker å formidle, som vi ikke har spurt om?

Takk

FLYTSKJEMA



TABELL DATAUTTREKK

Førsteforfatter (årstall), type publikasjon	Hensikt eller forskningsspørsmål	Metode ^a	Utvalg ^b (data fra «år»)	Organisering av tildelingsfunksjonen	Funn inkludert i kunnskapsoppsummeringen
Angelsen (2024), vitenskapelig artikkel	Bidra til økt kunnskap og forståelse av det organisatoriske land-skapet som prioriteringer på faglig nivå ved tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer innenfor, og hvordan dette er i endring.	Kvantitative og kvalitative elementer fra spørreundersøkelse	Øverste leder for helse- og omsorgstjenesten i 123 kommuner (én fra hver kommune). (2022–2023)	Tildelingskontor og team	Tett samhandling mellom saksbehandlerne og utøvende tjeneste, både i kartlegging av behov og i utarbeidelse av vedtak. Krevende samhandling med sykehus: de skaper forventninger og legger føringer på tildeling. Argument for separat tildelingsenhet: likeverdig behandling av brukerne og det ivaretar deres rettssikkerhet i saksbehandlingen. Et viktig virkemiddel for å oppnå dette er tydelige rutiner med både faste tildelingskriterier og tydelige tjenestebeskrivelser.
Brenne (2024), vitenskapelig artikkel	Utforsk hvordan sykepleieres profesjonelle skjønn operasjonaliseres i hjemmetjenester som har en bestiller-utfører organisering.	Intervju	15 sykepleiere i hjemmetjenestene i fire kommuner (to landkommuner, en liten bykommune og en stor bykommune). (2020)	Bestiller-utfører modell	Utførerne endrer rekkefølge og tiden på vedtakene. Ønsker å vite hvilke oppgaver som skal gjøres, men at vedtakene skal være fleksible for frihet med tanke på rekkefølge og tider, for å kunne planlegging og håndtere uforutsette hendelser og merarbeid.
Eide (2018), rapport	Undersøke erfaringene med hovedpilotingen av tillitsmodellen med tanke på mest mulig hensiktsmessig implementering i alle bydeler. Den overordnede problemstillingen er hva som vil hemme og fremme implementering av	En kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder: spørreundersøkelse r og intervjuer	Teamledere, sykepleier, helsefagarbeider, saksbehandlere, fysioterapeut, ergoterapeut, fire bydeler i Oslo. (2017–2018)	Tillitsmodell	Ledere om bestiller-utførere-modellen: kunne være stor avstand mellom det bruker hadde fått vedtak om og det brukeren hadde behov for, og at det ikke alltid lot seg justere. Med tillitsmodellen, mente leder at mer ansvar til teamene reduserte avstanden til brukerne og deres situasjon. Utførere: mener de involverer brukerne mer enn

	Tillitsmodellen som ny forvaltningsmodell.				før tillitsmodellen. Store variasjoner i hvorvidt de opplever mer tillit fra sine ledere enn før. Opplever i mindre grad at de har selvbestemmelse i jobben, at forslag til endringer i mindre grad blir tatt godt imot og at de i mindre grad har frihet til å finne gode løsninger. Journalsystemet ikke var tilpasset tillitsmodellen. Det hemmer i overgangen til ny modell. Samarbeid i team om hva som er viktig for brukerne opplevdes motiverende og meningsfylt, men vanskelig å gjennomføre i praksis da økonomiske hensyn ofte var viktigere for hvilke tiltak som ble gjort snarere enn brukernes behov og ønsker.
Hansen (2009), bokkapittel	Undersøke i hvilke grad bestiller-utfører modellen gir økt fleksibilitet for kommunene, de ansatte og brukerne.	Intervju og observasjon	Ansatte i administrative funksjoner og i direkte tjenesteyting i to kommuner. (Ikke oppgitt)	Bestiller-utfører modell	"Hard" kommune (teoritro): hvorvidt utfører enheten har ressurser til å effektivt vedta, tas ikke med i vurderingen. Vedtaket utformes uten å diskuteres med utførerne for å unngå diskusjoner. Svært detaljerte og styrende vedtak fungerer ikke, da tjenestemottakers behov endres raskt. Utførerne følger ikke vedtakene. «Myk» kommune: ingen vedtak fattes før innholdet er diskutert med utfører enheten slik at de hadde anledning til å definere innholdet i bestillingen.
Hansen (2022), vitenskapelig artikkel	Belyse hvordan tillitspolicy oversettes til praksis i hjemmetjenestens førstelinje og hvordan dette er innvevd i institusjonelle prosesser, herunder hvordan ulike styringsrelasjoner kommer i	Intervju og observasjon	Helsefagarbeidere og sykepleiere i én bydel. (2019–2020)	Tillitsmodell	Utgangspunktet skal være brukernes behov og basere seg på faglige vurderinger fremfor tidsskjemaer, men individene og teamene holdes ansvarlig for å få arbeidsdagen til å gå opp, arbeidslistene må avstemmes etter tilgjengelige personalressursene som teamet ikke har kontroll over.

	spill gjennom hvordan de ansatte				
Hanssen (2020), bokkapittel	Å beskrive hvordan tjenester innen den kommunale rusomsorgen utføres.	Intervju	Seks ledere og 14 utførere i to kommuner (stor og én mindre). (Ikke oppgitt)	Tildeling fra utførere i en kommune og i overgang til bestiller-utfører organisering i den andre	Vanskelig å få et klart bilde av hvordan tjenesten var organisert da «kart og terreng ikke stemte» (funksjoner som ble beskrevet, var ikke å gjenfinne i organisasjonskartet). Beslutningene om tildeling av tjenester ble ofte tatt av den enkelte tjenesteutøver, lavterskelideologi. Utførerne opplevde tillit fra ledelsen og stor grad av autonomi, både når det gjaldt oppgaver og tid. Kommunens rammebetingelser var avgjørende for hvilke tjenester som kunne tilbys personer med rusmiddelidelse og ble i stor grad styrt av politiske satstinger. Svært mange tjenester etablert gjennom midlertidige prosjekter.
Heggstad (2020), vitenskapelig artikkel	Utforsk hvilke kriterier og verdier tildelingen av sykehjemsplasser er basert på, og om prosessen er rettferdig.	Intervju og observasjon	Fem saksbehandlere, 11 utførere (sykepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter) på korttidsavdeling på sykehjem i fire kommuner (én stor, to middels, én liten). (Ikke oppgitt)	Tildelingskontor	Utførerne la mer vekt på medisinske situasjoner, mens saksbehandlerne var mer opptatt av pasientens fysiske funksjon, uavhengig av diagnose. Utførere mente at for lite vekt på medisinske faktorer kunne være en trussel mot pasientenes sikkerhet. Uoverensstemmelse mellom saksbehandlere og utførere i hva de vurderte som trygg og passende omsorg. Saksbehandlere var villige til å ta større risikoer når de vurderte hva som ble sett på som trygg og passende omsorg. Pårørende burde ikke ha noe å si i tildelingen av en sykehjemsplass, men viljesterke pårørende hadde faktisk en avgjørende rolle i tildelingsprosessen. Tildeling av sykehjemsplass påvirkes av mengden ressurser som trengs og er tilgjengelige i hjemmebasert omsorg.

					Forskjeller mellom kommuner og distrikter når det gjaldt hvor lett det var å få en sykehjemsplass.
Jakobsen (2022), vitenskapelig artikkel	Å belyse informasjonsflyt i overføring av pasient fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenester med utgangspunkt i erfaringer fra saksbehandlere ved forvaltningsleddet tildelingskontor.	Intervju	Syv saksbehandlere og fire ledere ved tildelingskontor i syv mellomstore eller mindre kommuner. (Ikke oppgitt)	Bestiller-utfører modell med eget tildelingskontor	Samhandlingen med sykehuset er «noe hektisk og til tider kaotisk». Sykehuset la føringer for beslutning og tjenestetilbud enn det de skal. Rapporter fra sykehuset kan virke forstyrrende på tildelingsprosessen. Tidsfrister brytes og erfares som lite respektfull overfor kommunen. Hurtige avgjørelser knyttet til korte tidsfrister i utskrivelsesprosessen. Det kan være vanskelig å få opplysninger tidnok til å bestemme tjenestetilbud.
Kassah (2016), vitenskapelig artikkel	Utvikle kunnskap om hjemmesykepleieres erfaring med samhandling med tildelingskontor, fastleger og legevakt.	Intervju	Syv sykepleiere i to kommuner. (Ikke oppgitt)	Bestiller-utfører modell	Utførere opplevde at ansatte ved tildelingskontoret ikke kjente tjenestemottakerne like godt som de selv gjorde og ønsket innflytelse over hvilke tjenester tjenestemottaker skulle tildeles.
Lunde (2020), bokkapittel	Undersøke hvordan tjenesteytere i omsorgstjenesten i en større og en mindre kommune opplever tilstand og utfordringer ved kommunal eldreomsorg til hjemmeboende eldre.	Intervju	20 ansatte fra omsorgstjenesten (stor og én mindre). (Ikke oppgitt)	Bestiller-utfører modell med egen tildelingsenhet	Tjenesteyterne gjør det som trengs, uten å gå veien om formelle vedtak. De strekker seg lenger enn vedtakene gir rom for, dersom de mener at det er nødvendig. Dette ser ledelsen gjennom fingrene med så lenge det ikke går ut over annet arbeid. Bestillingene kunne variere med hensyn til hvor detaljerte de var. Ofte var det rom for tolkninger, små justeringer. Vedtak fra tildelingskontoret også sett på som en synliggjøring av arbeidet. Gir politikerne et bedre bilde av hva som gjøres.
Løken (2022), vitenskapelig artikkel	Utforsk betingelsene for tjenesteintegrasjon i kommunale helse- og	Intervju og observasjon	17 personer som var sykepleiere eller ledere i	Uklart	På grunn av både kriterier og for å få tjenester (f.eks. få boligmuligheter for personer med rusmismiddellidelse) ble

	sosialtjenester ved å studere hvordan verdier innen offentlig forvaltning påvirker organisatoriske og økonomiske strukturer samt profesjonelle praksiser.		tre kommuner (liten, middels og stor). (2019)		tjenestemottakere kastet frem og tilbake i systemet, og opplevde flere avslag. Forskjellige måter å få tilgang til tjenestene på, personer med ROP-lidelser mottok ofte tjenester på en vilkårlig måte. Opplevde sjelden at personer med rusmiddellidelse søkte om tjenester. Ble plukket opp via andre tjenester eller tverretatlige møter. Når spesialisthelsetjenesten erklærte noen for ferdigbehandlet, så faller ansvaret på kommunene som ikke kan si nei. Personer med ROP-lidelser har ofte behov for omfattende tjenester, noe som genererer høye kostnader. Et velbalansert budsjett var et nøkkelmål for suksess - lederne og de utførere prøver å forhandle seg ut av å ta ansvar, og dermed beskytte økonomien.
Pedersen (2024), vitenskapelig artikkel	Utforsk de etiske dilemmaene som helsepersonell opplever når de tildeler langtidspleietjenester til eldre voksne, og strategiene som brukes for å håndtere etiske dilemmaer.	Intervju og observasjon	13 saksbehandlere i tre kommuner. (Ikke oppgitt)	Bestiller-utfører modell (i én av kommunene, jobbet saksbehandlerne halve stillingen i utøvende tjeneste)	Saksbehandlere beskrev ulike perspektiver mellom seg selv og utførere når de vurderte eldres tjenestebehov. Utførerne var primært opptatt av individuelle behovene mens saksbehandlerne har et bredere perspektiv, og vurderte helheten av behovene i kommunen. Bestiller-utfører modellen ble sett på som en måte å sikre en mer rettferdig fordeling av tjenester, da det sikret avstand mellom beslutningstaking og operativ gren. Saksbehandlerne så på seg selv som mer nøytrale sammenlignet med tjenesteytere, som ble sett på som mer subjektive og individorienterte. Saksbehandlere hadde begrenset tid til å identifisere eldres faktiske behov og begrenset tillit til tjenesteyternes vurderinger av eldre behov. Separat

					tildelingsenhet muliggjorde en mer nøytral vurdering av behov fordi saksbehandlerne kunne opprettholde avstand til tjenestemottakere - unngikk å danne personlige relasjoner med tjenestemottakere, noe som bidro til økt objektivitet og rettferdighet i vurderingene og tildelingene. I den tredje kommunen (der saksbehandlerne også jobbet i utøvende tjeneste) opplevde de å bli påvirket av sine personlige relasjoner med tjenestemottakere når de tok tildelingsbeslutninger.
Rostad (2012), masteroppgave	Beskrive hvordan utførerne i hjemmesykepleien og ansatte i bestillerenheten vurderer samarbeidet med hverandre, samt hvordan utførerne vurderer vedtakene de jobber ut ifra og hvilken betydning dette arbeidsverktøyet (vedtakene) har for tjenesteutøvelsen.	Spørreskjema	12 saksbehandlere, 100 utførere i én kommune og én bydel i Oslo. (2011)	Bestiller-utfører modell	Rundt en tredjedel av utførere svarte at vedtak kunne være utdaterte eller utydelige. Halvparten at vedtakene ikke stemmer med av tjenestemottakers faktiske behov eller gir rom for justeringer og omprioriteringen. Fire av fem utførere utfører ofte andre tjenester enn det som er vedtatt, eller endrer tiden som var avtalt for oppdraget. Omtrent halvparten av utførerne oppga at de var «lite fornøyd» med det generelle samarbeidet med tildelingsenheten. I motsetning svarte nær alle saksbehandlere at de var fornøyde med samarbeidet med utførerenheten.
Schanche (2022), rapport	Vurdere tillitsmodellen i hjemmetjenesten etter seks evalueringskriterier: Organisering og formålseffektivitet, Bemannings-effektivitet, Styring og styrbarhet, Arbeidsmiljø, Brukerorientering og Måloppnåelse.	Intervjuer	Ledere, ansatte i hjemmetjenesten og saksbehandlere i syv bydeler i Oslo. (2016–2021)	Tillitsmodell	I hvilken grad tillitsmodellen har bidratt til mer brukerorienterte tjenester: resultatene er sprikende. Utførere indikerer at brukermedvirkning har blitt styrket siste årene av nasjonale trender, men at tillitsmodellen også kan ha bidratt til dette. Nærhet mellom de som utøver tjenestene og de som forvalter dem, bidrar til bedre brukerorientering og bedre tilpasning av

					tjenestene. Tettere dialog, samhandling og tillit mellom saksbehandlere og tjenesteutøverne. Utførere opplever ikke å ha fått vesentlig mer autonomi eller selvbestemmelse i arbeide og opplever høyere styringstrykk knyttet til registrering, rapportering og detaljstyring. Målsettingen om mindre detaljstyring er så langt ikke er nådd. Splitting av saksbehandlere gir en risiko for forvitring av fagmiljøer, det kan være sårbart og gå på bekostning av likebehandling av brukere.
Slåtsveen (2023), vitenskapelig artikkel	Utforske, hvordan organisatoriske arbeidsstrukturer påvirker leveringen av tverrfaglige hjemmebaserte helsetjenester.	Intervju og observasjon	Sykepleiere, (team)ledere, saksbehandlere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, helsefagarbeidere i én kommune. (2021–2022)	Tillitsmodell	Tidsrammer som begrenser var et tilbakevendende tema. Mange føler press for å levere tjenester innen en gitt tidsramme. Å bruke lenger eller kortere tid enn avtalt, kan få konsekvenser: permanent kutting av tid eller at noen må vente eller få mindre enn de de egentlig skal ha. Det er ikke alltid brukernes behov som styrer tiltakene, snarere overordnede retningslinjer, som de som er relatert til økonomi og personell. Begrenset tid og ressurser begrenset evnen til å håndtere uforutsette hendelser og påvirker mulighetene for faglig utvikling, og jobbe tverrfaglig. Sykepleiere og helsefagarbeidere må kontinuerlig håndtere brukernes skiftende behov og inntaket av nye brukere. De har ingen venteliste ellers grense for antall brukere de kan ha (i motsetning til terapeutene). Terapeutene og saksbehandlere kunne planlegge dagene sine selv og tilpasse oppgavene

					sine for å delta på møter og andre arrangementer.
Slåtsveen (2024), vitenskapelig artikkel	Utforske praksis og erfaringer til frontlinjearbeidere som jobber i tverrfaglige team i henhold til tillitsmodellens mål.	Intervju og observasjon	Sykepleiere, teamledere, saksbehandlere, ergoterapeuter, helsefagarbeidere, fysioterapeuter i én kommune. (2021–2022)	Tillitsmodell	Samlokalisert viktigere enn å være samorganisert. Ved å være samlokalisert, kunne teammedlemmene ha uformelle diskusjoner og gi hverandre løpende oppdateringer, noe som skapte fleksibilitet og mulighet til å finne løsninger raskere. Samorganisering bød på utfordringer, særlig for saksbehandlere og fysio- og ergoterapeuter. De hadde behov for å møte og diskutere med andre i samme funksjon da det, for eksempel, var svært krevende og sårbart å skulle være den eneste som jobbet med lovverket og måtte ta avgjørelser alene. Muligheten til å stryke tjenestemottakerne opplevdes ikke bedre enn hvordan det var før tillitsmodellen
Sundsbo (2024), vitenskapelig artikkel	Undersøke hvordan ansatte i hjemmetjenestene selv er med på å utøve og forme prioriteringspraksiser gjennom sitt daglige arbeid.	Samtaler og observasjon	Om lag 40 ansatte i utøvende tjenesteledd i tre kommuner (land, tettsted, by). (2016)	Bestiller-utfører modell, tverrfaglige team, tildeling fra utøvende tjeneste	I prinsippet kunne rekkefølgen på hvordan brukerne var satt opp på arbeidslisten, endres, men i praksis var det lite rom for dette. Antallet minutter som er oppført for å utføre de enkelte oppgavene, er omtrentlig, men opplevdes likevel som styrende og begrensende av de som skal utføre. De fleste er opptatt av å holde seg til tiden og oppgavene som er oppført, men stor variasjon i forklaringene på hvorfor: for å unngå økt arbeids- og tidspress, lojalitet overfor arbeidsgiveren og pålegg ovenfra om å spare penger, noen fryktet at de kan bli utsatt for en kollektiv, sosial avstraffelse dersom de velger å gå utenom føringene og frykt for å få sparken eller ikke få nok vakter (for de som ikke hadde fulle stillinger).

					Samtidig, unntak fra å følge listen «til punkt og prikke», er en nødvendighet for å orke å stå i jobben. Mange har sluttet å rapportere om behov for endringer med mindre de mente at de har veldig gode argumenter å stille opp med. Som regel forblir det snakk og summing om at tiden som er satt opp eller innholdet i oppdraget, er tilstrekkelig, og konkrete krav eller forespørsler om endringer sjelden forekommer.
Sundt (2010), masteroppgave	Hvordan fungerer en bestiller-utfører modell i en verdibasert omsorgstjeneste?	Intervju og sekundæranalyse av medarbeiderundersøkelse	Ledere i én kommune. (2009)	Bestiller-utfører modell	Bestiller-utførermodellen hadde gitt bedre saksbehandling, sikring av likebehandling og fordeling av ressursene. De med størst behov fikk mest tjenester. Konflikter og svekket legitimitet hadde ført til endring av bestiller-utfører-modellens intensjoner som objektive forhandlingspartnere og det måtte etableres samarbeidsfora for bestiller- og utførerenhetene. I tillegg var utførere gitt innflytelse på vedtakets innhold gjennom innføring av endringsmeldinger som åpnet mulighet for dialog mellom bestiller og utfører om brukers behov. Det var en forutsetning for at modellen skulle fungere. Saksbehandlere erfarte at systemer for å kontrollere om tjenestene ble utført som bestilt ikke var tilstrekkelig. Om modellen hadde fått betydning for utføreres egen profesjonalitet ga respondentene ulike og motstridene svar: profesjonaliteten ble satt på prøve da oppmerksomheten var rettet mot økonomi, og å «gjøre som bestilt». På den andre siden: bestiller-utfører modellen hadde styrket det

					faglige nivået da de måtte argumentere bedre, (forhandle) og være faglig sterke overfor bestiller for å få gjennomslag for endring.
Thibouville (2013), masteroppgave	Hvilke erfaringer har hjemmesykepleiere som arbeider i en organisasjon som er organisert etter bestiller/utfører – modellen med å få gjennomslag for egne vurderinger av pasientens behov i forhold til kvalitet og tidsbruk?	Intervju	Fire sykepleiere i én kommune. (Ikke oppgitt)	Bestiller-utfører modell	Flere utførere opplevde at bestillerkontoret stolte på dem. At de hadde muligheten til å påvirke vedtakene ved enten å kunne redusere dem eller å øke dem. Vedtak gjør så tiden ikke flyter ut. Vedtakene stemte ikke alltid med virkeligheten. Stort sett så ble vedtaket endret når utførerne argumenterte for det. Alle gjorde jobben hos pasienten uavhengig av oppgavene definert eller tiden som var estimert. De gjorde det som var faglig forsvarlig og nødvendig.
Ursin (2005), masteroppgave	Hva skjer med brukermedvirkningen i bestiller-utførerorganiserte hjemmetjenester?	Intervju	Tre utførere og tre saksbehandlere i én kommune. (2004–2005)	Bestiller-utfører organisering	Ingen av saksbehandlerne gir uttrykk for at de sitter med ansvaret for å informere kommunens brukere om hvilke tjenester de kan søke på. Utførere trekker frem at eldre brukere har vanskeligere for å forstå og innhente informasjon. Dette får konsekvenser for muligheten til å medvirke. Saksbehandlere erfarer større grad av brukermedvirkning etter bestiller-utfører modellen ble innført på bakgrunn av at alle henvendelser blir behandlet innen en gitt tid. Ansatte i utførerenheten og tildelingskontoret legger ikke samme kvaliteter i begrepet "brukermedvirkning". Tildelingskontorets definisjon gir brukeren anledning til å fortelle sin historie og definere sine behov, det er lovverket som bestemmer hvilke tjenester brukerne blir tildelt. Ansatte i utførerenheten legger vekt på at

					brukerne får delta og faktisk bestemme tjenestens innhold. De ansatte på tildelingskontoret mener at brukeren har fått større medvirkning etter innføring av bestiller-utfører modellen, der medvirkning er det å kunne klage på vedtaket. Samtlige av de ansatte på tildelingskontoret mente at informasjonsflyten mellom utførerenheten og tildelingskontoret var problematisk med tanke på at det ikke er et system som sikrer at informasjon blir overført mellom de to enhetene. Saksbehandlere er opptatt av at lovverket bestemmer, mens utførerne er mer opptatt av brukerens behov enn hvilke rettigheter brukerne har. Ansatte i driftsenheten sier at tiden som er satt av ikke er tilstrekkelig for den jobben som skal gjøres. Dilemmaer oppstår når oppgavene er låst på tid. Tildelingskontoret bestemmer tiden og oppdragets art og mener at tiden de avsetter er tilstrekkelig. At det er utførerenheten som har ansvaret dersom brukerne opplever at tiden ikke er tilstrekkelig - at måten driftsenheten organiserer tjenesten på har avgjørende betydning for hvordan brukerne opplever tjenesten. Samtlige av de ansatte på tildelingskontoret legger vekt på at vedtakene skal følges enten det gjelder tid eller oppgaver. De er kjent med at driftsenheten går utover vedtaket og presiserer at utførerenheten har ansvar for å følge vedtaket. Utførere forteller at den informasjonen og kunnskapen de sitter med om brukerne sjelden blir etterspurt av
--	--	--	--	--	---

					tildelingskontoret. De får sjelden delta i vurderinger og revurderinger av brukeren. Det er i motsetning til det saksbehandlerne sier: at legges det vekt på at samarbeidet med utførerenheten har stor betydning for revurderingen av vedtak.
Øydgard (2018) individuelle behovsvurd, vitenskapelig artikkel	Utforske hvordan saksbehandlere omgjør behov til vedtak innenfor en bestiller-utfører modell.	Intervju	Syv saksbehandlere, fem kommuner. (Ikke oppgitt)	Innslag av bestiller- utfører-organisering	Tjenester som er på et lavere trinn i omsorgstrappa, som trygghetsalarm, informeres om, mens ved ledighet i sykehjem vil man vente til noen etterspør. Individuell plan tildeles heller ikke fordi, ingen etterspør det og saksbehandlerne fremhever heller ikke det i sin informasjon. Saksbehandlerne fremhever de tjenestene de anser som mest nødvendige og som vil gi et forsvarlig tilbud, men da på et lavest mulig nivå.
Øydgard (2020), bokkapittel	Diskutere tilstand og utfordringer i kommunale tjenester innen psykisk helse, sett fra et tjenesteyterperspektiv.	Intervju	13 informanter: ledere og tjenesteutøvere, fagansvarlig lege i to kommuner (by og distrikt). (Ikke oppgitt)	Tjenester blir tildelt i et ukentlig møte mellom tildelingskontoret og tjenesteyterne	Distriktpsikiatriske sentra og sykehusene kan skrive ut pasientene når de er «ferdigbehandlet» eller «behandlingsresistente», selv om kommunene opplever at de hverken har ressurser eller kompetanse til å ta imot. Pasienter kommer inn i tjenestene via henvisning fra lege eller via direkte kontakt med utfører. Tjenesteyter kartlegger, skriver vedtak, som godkjennes av dennes enhetsleder. Den formelle veien inn for brukere med lettere psykiske lidelser er via søknad til tildelingskontoret og tjenester blir tildelt i et ukentlig møte mellom tildelingskontoret og tjenesteyterne.
Øydgard (2022), bokkapittel	Hva kjennetegner samarbeidsrelasjoner mellom tildelingsenhet og samarbeidspartnere	Intervju	7 saksbehandlere i fem, geografisk spredte, kommuner. (Ikke oppgitt)	Innslag av bestiller- utfører organisering	Dialogen mellom saksbehandler og helsepersonell på sykehuset preges i stor grad av enveis informasjon, der tildelingsenheten er mottaker av

	i kommuner som er organisert med bestiller-utfører-modell?				informasjon om pasientens behov. Flere av saksbehandlerne forteller at sykehusene ikke forholder seg til kommunens beslutningsmyndighet, og at dette også får betydning for tildelingsenhetens relasjon til både pårørende og til sykehuset. Saksbehandlerne synes å oppfatte at sykehusene ofte vurderer at det er omfattende, individuelle pleie- og omsorgsbehov, mens tildelingsenheten, på sin side, er i langt større grad opptatt av hvordan enklere og mindre ressurskrevende tiltak kan bidra til at brukere og pårørende klarer mer selv. Fysio- og ergoterapitjenestens kjennskap til pasientene og til hjelpemidler kan redusere behovet for å tildele menneskelige tjenester, og bidrar til mindre ressurskrevende tjenestetilbud. Relasjonen til disse tjenestene er derfor viktige for saksbehandlerne, fordi deres bidrag gjør at andre tjenesteytere, slik som hjemmetjenesten, kan gjøre mindre. Gjør de pårørende mye, avlastes tjenestene tilsvarende. For tildelingsenheten betyr dette at de kan tildele et mindre tjenesteintensivt tilbud, og de er derfor alltid opptatt av hva de pårørende kan bidra med. Behovet for helse- og omsorgstjenester endrer seg ofte raskt, og saksbehandlerne forteller at de ofte ikke har tilgjengelig tjenestene de skulle hatt for å dekke behovene til den individuelle bruker. Saksbehandlerne er avhengig av at utøvende tjenesteytere er fleksible og villig til å dekke et behov de etter boka
--	--	--	--	--	--

					ikke har et tilbud for, eller som andre tjenesteytere eller institusjoner i utgangspunktet er tiltenkt å dekke.
Øydgard (2018) Hjemmetjenesten som alliert, vitenskapelig artikkel	Utforske hjemmetjenestens betydning når pårørende søker om tjenester for personer med demens i kommuner som har en bestiller-utfører-modell.	Intervju	Syv saksbehandlere i fem kommuner. (Ikke oppgitt)	Innslag av bestiller-utfører-organisering	Saksbehandleren henviser til prinsippet om at behovet skal vurderes adskilt fra tjenesteutøverne. Samtidig at det er behov for kunnskapen til tjenesteutøverne, de som er tett på. Dette er ikke problematisk i praksis, da hjemmetjeneste og tildelingsenhet svært ofte er enige om tjenestemottakers behov. Det motsatte gjelder for spesialisthelsetjenestens vurderinger der saksbehandlerne har et behov for å kontrollere og kartlegge behov som meldes fra spesialisthelsetjenesten. Saksbehandlere har også erfart at spesialisthelsetjenesten gir lovnader om tildeling av helse- og omsorgstjenester. Saksbehandlerne etterstreber å tildele tjenester som samsvarer med hva hjemmetjenesten kan tilby. De kan ikke tildele mer enn hva hjemmetjenesten kan klare, og dermed søker de å nedregulere forventningene til hva den hjelpetrengende kan få.

^a Noen studier baserte seg også på f.eks. statistikk og gjennomgang av sentrale dokumenter, men metode slik angitt her, er metoden brukt for å innhente de dataene vi brukte i denne kunnskapsoppsummeringen.

^b I noen studier besto utvalget også av f.eks. tjenestemottakere og pårørende, men utvalget angitt her, er utvalget som ga de dataene vi brukte i denne kunnskapsoppsummeringen.

FORFATTERNE OG DERES BIDRAG I DENNE RAPPORTEN

Navn	Arbeidssted	Bidrag
Tingvold, Laila	Førsteamanuensis, SOF øst, NTNU Gjøvik	Ledet oppdraget, ansvarlig for avtalte leveranser. Medvirket i utforming av casestudiene samt søk og utvelgelse av materiale til <i>scoping review</i> . Ledet arbeidet med rapportskrivning.
Blix, Bodil H	Professor, SOF nord, UIT	Deltok i gjennomføringen av casestudie i nord. Bidro i analyse, drøfting fremskrivning av case, rapportskrivning.
Fagertun, Anette	Professor, SOF vest, HVL	Gjennomlesning av rapport, kvalitetskontroll på analyser og utkast til rapport.
Førland, Oddvar	Professor, SOF vest, HVL	Ansvarlig for casestudie i vest og for analyse, drøfting og fremskrivning av case. Deltok i arbeidet med spørreundersøkelsen. Bidro i rapportskrivning.
Hollister, Brooke Ann	Førsteamanuensis, SOF sør, UIA	Bidro i casestudie i sør. Bidro i analyse, drøfting og fremskrivning av case, samt bidratt i rapportskrivning.
Hufthammer, Karl Ove	Førsteamanuensis, SOF vest, HVL	Ansvarlig for spørreundersøkelsen og for analyse og drøfting av resultater. Bidro i rapportskrivning.
Jeppestøl, Kristin	Førsteamanuensis, SOF sør, UIA	Ansvarlig for casestudie i sør. Bidro i analyse, drøfting og fremskrivning av case, samt bidratt i rapportskrivning.
Moholt, Jill-Marit	Førsteamanuensis, SOF nord, UIT	Ansvarlig for casestudie i nord. Rapportskrivning. Bidro i analyse, drøfting og fremskrivning av case, samt bidratt i rapportskrivning.
Nilsen, Marianne Kollerøs	Postdoktor, SOF midt, Nord Universitet	Deltok for casestudie i midt. Bidro i analyse, drøfting og fremskrivning av case, samt bidratt i rapportskrivning.
Olsen, Rose Mari	Professor, SOF midt, Nord Universitet	Deltok for casestudie i midt. Bidro i analyse, drøfting og fremskrivning av case, samt bidratt i rapportskrivning.
Pedersen, Ann Katrin Blø	Forsker/stipendiat, SOF øst, NTNU	Ansvarlig for casestudie i øst og for analyse, drøfting og fremskrivning av case, samt koordinere og skrive frem drøftelse av alle casene. Bidro med søk, utvelgelse av materiale og tekstuttrekk i <i>scoping review</i> . Bidro inn i kapittel 1, samt i analysen og sammenfattende diskusjon i rapporten.
Rostad, Hanne Marie	Førsteamanuensis, SOF øst, NTNU	Ledet arbeidet med <i>scoping review</i> . Bidro i analysen og sammenfattende drøftelser. Rapportskrivning.
Ursin, Gøril	Førsteamanuensis, SOF midt, Nord Universitet	Ansvarlig for casestudie i midt. Bidro i analyse, drøfting og fremskrivning av case, samt bidratt i rapportskrivning.

Alle forfatterne har lest igjennom og kommentert på den endelige versjonen av rapporten og godkjent innsending.



www.omsorgsforskning.no