



Tildelingsfunksjonens rolle i prioritering av kommunale tjenester

The Role of the Allocation Function in Prioritising Municipal Services

Villy Angelsen

PhD-kandidat, Handelshøyskolen, Nord Universitet

Rådgiver, Sektor Helse og mestring, Vestvågøy kommune

Cand Polit

villy.angelsen@nord.no

villy.angelsen@vestvagoy.kommune.no

Trude Hartviksen

Forskningsjef, enhet for Forskning, Utvikling og Innovasjon, Vestvågøy kommune

Forsker, Senter for omsorgsforskning Nord, UiT Norges arktiske universitet

PhD

trude.hartviksen@vestvagoy.kommune.no

Rita Solbakken

Førsteamanuensis, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

PhD

rita.solbakken@nord.no

Solrun Holm

Prosjektkoordinator, Enhet for Forskning, Utvikling og Innovasjon, Vestvågøy kommune

PhD

solrun.holm@vestvagoy.kommune.no

Sammendrag

Bakgrunn: Den demografiske utviklingen, med økt antall og andel eldre, krever strengere prioritering av ressurser innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Tildelingsfunksjonen har en viktig rolle i prioriteringen av tjenester på faglig nivå. Med utgangspunkt i teori om styringsmodeller i offentlig sektor belyser studien forskningsspørsmålet: *Innenfor hvilke organisatoriske rammer skjer prioritering ved faglig tildeling av helse- og omsorgstjenester i norske kommuner?*

Metode: Mixed methods-studie som analyserer spørreundersøkelse, med svar fra 123 kommunalsjefer i middels store norske kommuner. Den integrerer kvantitative og kvalitative elementer fra spørreundersøkelse og fra webinar i presentasjon og analyse av resultatene.

Hovedresultater: Oppsummert i fire hovedtemaer: (1) Prioritering distansert fra tjenesteutøvelse, (2) Prioritering gjøres av tjenesteutøverne, (3) Utvikling til mer samhandling i prioriteringen og (4) Kryssende hensyn skal ivaretas i prioriteringen.

Konklusjon: De organisatoriske rammene i norske kommuner antyder at en søker å løfte prioriteringene på faglig nivå fra det individuelle og implisitte til det institusjonelle (organisatoriske) og eksplisitte. Dette skjer gjennom skriftliggjøring av prinsipper for prioritering (eksempelvis i tildelingskriterier) og gjennom at det skapes rom for en prioriteringsdiskurs mellom fagfolk i kommunene (eksempelvis i team).

Nøkkelord

Prioritering, Tildeling av helse- og omsorgstjenester, Styringsmodeller, New Public Management, New Public Governance.

Abstract

Background: The demographic development, with an increased number and proportion of elderly people, requires resources in municipal healthcare services to be prioritized. The patient admission office has an important role in the prioritization of services at an individual level. Based on theories of public sector governance models, the study sheds light on the research question: Within which organizational framework does the prioritization take place in the professional admission of healthcare services in Norwegian municipalities?

Method: Mixed-method study that analyses a survey, with responses from 123 senior managers in medium-sized Norwegian municipalities. It integrates quantitative and qualitative elements from the survey and from a webinar in its presentation and analysis of the results.

Main results: Summarized into four main themes: (1) prioritization distanced from service provision; (2) prioritization done by the service providers; (3) development towards more interaction in prioritization; and (4) contradictory considerations in prioritization.

Conclusion: The organizational framework in Norwegian municipalities suggests an attempt to lift the priorities at professional level from the individual and implicit to the institutional (organizational) and explicit. This occurs through the written principles for prioritization (for example, in admission criteria), and through creating space for a prioritization discourse between professionals in the municipalities (for example, in teams).

Keywords

prioritization, allocation of healthcare services, governance models, New Public Management, New Public Governance

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Tildelingsfunksjonen har en viktig rolle i prioriteringen av helse- og omsorgstjenester på individnivå i norske kommuner, og denne rollen kan fortolkes ut fra ulike styringsmodeller i offentlig sektor.
- Sentralisert tildeling, der prioritering er skilt fra tjenesteutøvelse, er tatt i bruk i mange kommuner.

Hva tilfører denne studien?

- Analyse av tildelingsfunksjon i lys av ulike styringsmodeller, enten som hierarkisk, transaksjonsbasert, eller nettverks- og dialogbasert, basert på et bredt empirisk materiale fra norske kommuner.
- Oppdatert kunnskap om faktisk bruk av tildelingsfunksjon i norske kommuner, av samhandling mellom tildelingsfunksjon og utøvende tjeneste og forståelse av utviklingstrekk mot mer teambaserte modeller for tildeling.

Innledning

Bakgrunn

Prioritering defineres ofte som å sette noe foran noe annet, og innen kommunale helse- og omsorgstjenester vil behovet for tydeligere og strengere prioriteringer bli større de kommende årene (Bovim & Nerdrum, 2023). Den demografiske utviklingen, med økende antall og andel eldre, vil øke gapet mellom på den ene siden det som fagfolk kan yte og brukere/pårørende forventer av tjenester, og på den andre siden de tjenestene kommunene har mulighet til å yte med tilgjengelige faglige og finansielle ressurser (Røiseland & Vabo, 2016).

Prioritering innenfor helsetjenesten skjer i ulike kontekster og på flere nivå. En kan skille mellom prioritering på klinisk nivå versus overordnet nivå (Magelsen, 2018), mellom behandlingsnivå versus høyere helsepolitisk nivå (Teig & Wester, 2018) eller mellom mikro-nivå (individ og enhetsnivå), mesonivå (f.eks. helseforetak) og makronivå (myndighets- og politisk nivå) (Hofmann, 2018). Vi velger her å skille mellom politisk/administrativt nivå og faglig nivå (NOU 2018: 16, s. 142). På politisk og administrativt nivå prioriteres ressurser til ulike tjenester i kommunen. På faglig nivå prioriteres det ved tildeling av tjenester til innbyggere i kommunen og i daglige prioriteringer i utøvelsen av disse tjenestene.

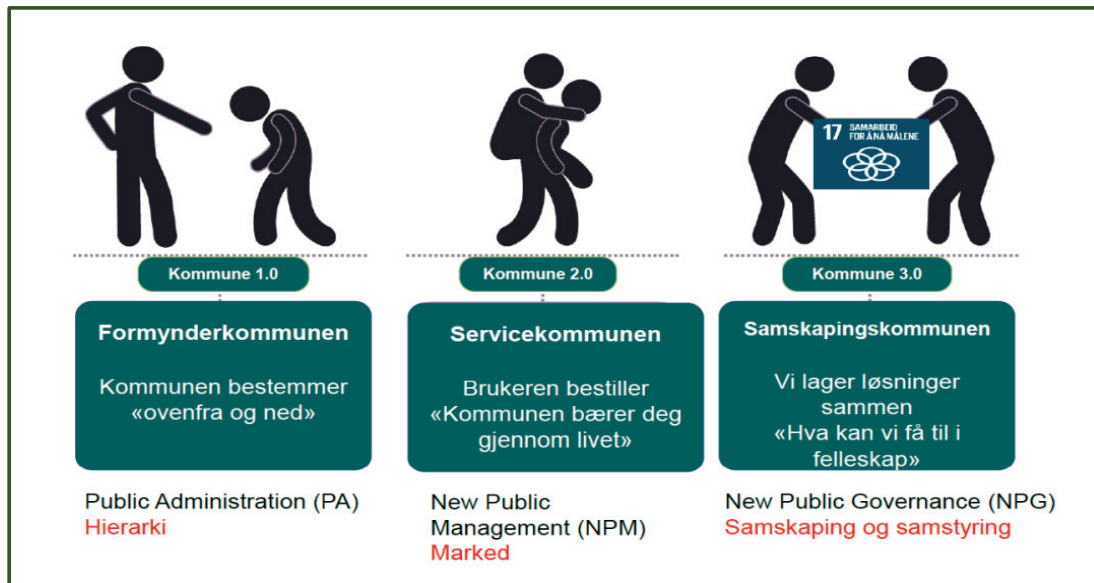
En viktig del av prioriteringen på faglig nivå skjer innenfor tildelingsfunksjonen i kommunen med ansvar for å behandle søknader om tjenester fra enkeltindivider i kommunen, utrede behov, fatte vedtak og behandle klagesaker (NOU 2018: 16; Helsedirektoratet, 2017). Begrepet tildelingsfunksjon brukes fordi dette arbeidet kan organiseres ulikt, og organisatoriske enheter kan gis ulike navn i ulike kommuner. Det institusjonelle rammeverket har betydning for prioriteringene, som Aasen et al. (2018, s. 15) beskriver: «Samspillet mellom ulike deler av helsetjenestens strukturelle utforming, som beslutningssystemer, finansiering, arbeidsdeling og maktfordeling, vil i praksis bestemme mange av de faktiske prioriteringene.»

Oppmerksomheten på tildelingsfunksjonen, og organisering av denne i egne kontor, knyttes til New Public Management (NPM) som ny styringsmodell på 1990-tallet (Hood, 1991). En tydeliggjorde der skillet mellom forvaltning og drift, ofte kalt bestiller–utførerorganisering (Kommunenenes Sentralforbund, 2004; Nesheim & Vathne, 2000). Her vektla en både generelle bestilleroppgaver, knyttet til konkurranseutsetting og anbudsstyring, og individuelle bestilleroppgaver, knyttet til enkeltvedtak om tjenester (Kommunenenes Sentralforbund, 2004; Nesheim & Vathne, 2000; Vabø, 2007). Fokuset på tildeling ble forsterket av samhandlingsreformen i 2012, som både ga kommunene økte oppgaver og satte krav om at sykehuset skulle ha et felles kontaktpunkt i kommunen (Gjerde et al., 2016).

En rekke studier, hovedsakelig kvalitative casestudier, har utforsket ulike sider ved tildelingsfunksjonen. Det gjelder eksempelvis variasjon i tildelingspraksis (Syse et al., 2015), oversettelse av behov til vedtak (Øydgard, 2018), samhandling mellom tildelingskontor og hjemmetjeneste (Kassah & Tønnessen, 2016), samhandling mellom tildelingskontor og sykehus (Jakobsen et al., 2022) og hvordan tildelingspraksis fortøner seg for både hjelpere og hjelpemottakere (Vabø, 2007). Vi har ikke funnet oppsummert forskning på temaet.

En rapport fra SNF på vegne av KS konkluderte i 2000 med at av 199 kartlagte kommuner hadde 9 % vedtatt eller iverksatt et skille mellom forvaltning og drift (Nesheim & Vathne, 2000). I 2013 viste en regional studie av tildeling i 36 kommuner at halvparten hadde etablert et sentralt tildelingskontor (Gjerde et al., 2016). En nasjonal studie i 2013 på effekter av samhandlingsreformen fikk svar fra 259 kommuner og indikerte at en tredel av kommunene i stor eller svært stor grad hadde skilt ut tildelingsfunksjon i en egen enhet eller et eget kontor, en tredel gjorde det i noen grad, og en tredel gjorde det i liten eller svært liten grad (Ljunggren et al., 2014).

Offentlige dokumenter om prioriteringer innenfor kommunale helse- og omsorgstjenestene antyder både at mange kommuner har en sentral enhet for tildeling, og at det nå er en trend mot at tildeling skjer i nærmere samarbeid mellom utøveren, brukeren / de pårørende og beslutningstakeren (NOU 2018: 16; Meld. St. 38 (2020–2021)). Det framgår derimot ikke hvilket empirisk grunnlag en har for denne beskrivelsen. Hverken disse dokumentene, nasjonal veileder til saksbehandling (Helsedirektoratet, 2017) eller utkast til ny nasjonal veileder for prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2024) gir anbefalinger om hvordan tildelingsfunksjonen kan eller bør organiseres.



Figur 1 Styringsmodeller i kommunene. Kilde: KS / Nye Asker kommune.

Innen kommunesektoren er det en økende bevissthet på hvordan samhandling mellom kommunene og innbyggerne kan og bør være. Kommunesektorens interesseorganisasjon KS bruker begrepene kommune 1.0 Formynderkommunen, kommune 2.0 Servicekommunen og kommune 3.0 Samskapingskommunen for å illustrere tre ulike styringsmodeller som er vist i figur 1. Gjennom begrepene antydes en lineær utvikling, der en ny styringsmodell erstatter den gamle (Polzer et al., 2016).

Utviklingsarbeid i kommunene de siste tiårene analyseres i artikkelen ved hjelp av disse styringsmodellene. Bestiller–utfører-organisering og aktivitetsbasert finansiering («pengene følger pasienten») ble rundt årtusenskiftet løftet fram (Kommunenes Sentralforbund, 2004) som tydelige eksempler på kommune 2.0. Senere kom vektlegging av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring (Førland & Skumsnes, 2016) og utprøving av tillitsmodellen (Eide et al., 2018) som eksempler relatert til kommune 3.0.

Den sittende regjeringen har varslet en tillitsreform der de vil «gi tilliten, tiden og makten tilbake til de som utgjør førstelinja og ryggraden i velferdsstaten, som for eksempel lærerne, sykepleierne, politibetjentene og fastlegene», gjennom kortere ansvarskjeder mellom beslutninger og utførende tjeneste, og styrket samarbeid med ansatte og brukere (Arbeiderpartiet & Senterpartiet, 2021). Dette kan legge føringer for hvordan tildelingsfunksjonen skal organiseres framover.

Oppsummert synes det å mangle oppdatert forskningsbasert kunnskap om hvordan tildelingsfunksjonen er organisert, og følgelig om det organisatoriske rammeverket som prioriteringer ved faglig tildeling av tjenester til enkeltindivider skjer innenfor. Vi har dermed lite kunnskap om hvordan ulik organisering av tildelingsfunksjonen påvirker prioriteringene som blir gjort i kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

Artikkelen har til formål å kartlegge hvordan tildelingsfunksjonen er organisert i mellomstore kommuner, og hvordan samhandlingen er mellom tildelingsfunksjon og utøvende tjeneste. Teorier om styringsmodeller i offentlig sektor vil bli anvendt til å analysere og forklare viktige utviklingstrekk og derigjennom belyse forskningsspørsmålet: *Innenfor hvilke organisatoriske rammer skjer prioritering ved faglig tildeling av helse- og omsorgstjenester i norske kommuner?*

Teoretisk rammeverk

Tildelingsfunksjonens rolle i prioriteringen av tjenester på faglig nivå kan forstås og fortolkes ulikt innen tre viktige styringsmodeller i offentlig sektor, ofte benevnt Public Administration (PA), New Public Management (NPM) og New Public Governance (NPG) (Kommunenes Sentralforbund, 2004; Gjerde et al., 2016; Osborne, 2006; Pollitt & Bouckaert, 2017) (se tabell 1). Disse utgjør da det teoretiske grunnlaget for styringsmodellene som er vist i figur 1.

Tabell 1 Styringsmodeller i offentlig sektor. Forfatterens sammenstilling.

	Public Administration (PA)	New Public Management (NPM)	New Public Governance (NPG)
Tilnærming til prioritering	Faglig og hierarkisk tilnærming.	Markeds- og transaksjonsbasert tilnærming.	Nettverks- og samskapingstilnærming.
Måling av suksess	Etterlevelse av regler og rutiner, korrekt saksbehandling.	Leverte tjenester, valgfrihet for bruker, tydelige roller (bestiller og utfører).	Oppnådde resultater (effekt), brukers opplevelse.
Syn på bruker/pasient	Innbygger, passiv mottaker. «Hva vurderer jeg at du har behov for?»	Aktiv bruker og «forbruker/kunde». «Hva vil du velge?»	Samfunnsmedlem, partner i samskaping. «Hva er viktig for deg?»
Rollen til helsepersonell	Kliniske beslutninger og faglig skjønn, tydelige profesjoner, klart hierarki med legen «på topp».	Etablere tydelig rammeverk (standard, rutine, forløp), yte tjenester innenfor dette. Klart hierarki med ledere på topp.	Partner i samskaping, på tvers av profesjoner, nivåer, enheter, og med pasienter / pårørende. Flattere struktur.

PA bygger på klassisk byråkratiteori, som vektlegger sterk fagkompetanse og tydelig hierarkisk styring¹. Saksbehandling evalueres først og fremst ut fra om lover, regler og rutiner er etterlevd. Brukerne ses på som «passive» mottakere av tjenester, og deres rettssikkerhet skal ivaretas, både når det gjelder tildelingsprosedyre og tildelt tjeneste. I dette vektlegges helsepersonellens kliniske beslutninger og faglige skjønn. Hierarkiet er tydelig ikke bare organisatorisk, men også mellom de ulike helseprofesjonene (Martin et al., 2017).

NPM brakte inn en markeds- og transaksjonsbasert tilnærming til offentlig forvaltning og tjenesteyting. Rollene er delt med en forvaltningsdel (bestiller) og en tjenestedel (utfører) (Kommunenes Sentralforbund, 2004). Tjenesten evalueres ut fra leverte tjenester, gjerne sett opp mot kostnad (produktivitet) eller sammenlignet med andre tjenesteytere («benchmarking»). Brukeren betraktes om «kunde», og valgfrihet mellom ulike offentlige og/eller private tilbydere er et ideal. Hierarkiet i organisasjonen er fremdeles tydelig, men nå er rollen som leder bygd på lederprinsipper og verktøy fra privat sektor, løftet fram (Hood, 1991).

NPG kan på mange måter ses som en motreaksjon mot «silotenking» innen NPM og brakte inn nettverk og samskaping som viktige elementer (Osborne, 2006). Tjenestene evalueres ut fra oppnådde resultater og brukernes opplevelse. Samskaping mellom brukeren, pårørende og ulike helseprofesjoner framholdes som et ideal med «Hva er viktig for deg?» som et nøkkelspørsmål (Oksavik et al., 2021). Hierarkiet tones ned; i stedet vektlegges tverrfaglighet og samarbeid bygd på gjensidig tillit (Eide et al., 2018).

1. Noen forfattere skiller klassisk byråkratiteori, «Weberian Public Administration» fra en modernisert variant de betegner som «Neo-Weberian State» (Pollitt & Bouckhart, 2017). Prinsippet om hierarkisk koordinering er lik (Gjerde, 2017), jeg velger derfor å se de to under ett i denne artikkelen.

Ut fra dette kan da tildelingsfunksjon og prioritering på faglig nivå styres gjennom hierarki og kommando (PA), transaksjoner og incentiver (NPM), forhandlinger (NPG) eller ved en kombinasjon av disse (hybrid modell) (Gjerde et al., 2016). Vi har lite systematisk kunnskap om hvilken modell, eller kombinasjon av modeller, som preger tildelingsfunksjonen i norske kommuner i dag. Gjennom å analysere data med styringsmodellene som «teoretiske briller» vil ulike sider ved organisering av tildelingsfunksjonen bli avdekket og satt inn i et bredere perspektiv. Modellene i sin «rene form» finnes ikke i praksisfeltet (Torfing et al., 2020). Vi vil derfor ha søkelys på hvordan prinsipper fra ulike modeller kombineres og veies mot hverandre.

Begrepsavklaring – prioritering og rasjonering

Prioriteringsutvalget definerer begrepet prioritering slik:

«Ordet prioritere betyr å sette noe foran noe annet. Å prioritere betyr å si nei til noe og ja til noe annet; å prioritere innebærer å rangere. Hvilke tiltak skal få ressurser til å bli gjennomført og i hvilken rekkefølge skal de prioriterte tiltakene gjennomføres? Prioritering skjer også ved at enkelte pasienter eller brukere gis forrang fremfor andre i tildelingen av helsehjelp eller andre ytelser fra helse og omsorgstjenesten» (NOU 2018: 16, s. 18).

I denne artikkelen brukes prioritering som et deskriptivt begrep når det institusjonelle og organisatoriske rammeverket for prioritering beskrives. Prioritering brukes i tillegg som et analytisk begrep når organisering av tildelingsfunksjonen, og utviklingen i denne, fortolkes i lys av teorier for styringsmodeller.

Magelsen (2018) sier at begrepet prioritering er tett knyttet til begrepet rasjonering.

«Prioritering defineres ofte som å sette noe foran noe annet. I dette kapitlet brukes en noe snovere definisjon: Prioritering innebærer at pasienten får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen, altså en rasjonering av helsehjelp» (Magelsen, 2018, s. 142).

Rasjonering foreligger når ressursene som skal fordeles, er knappe, slik at ikke alle behov kan møtes (Scott et al., 2019). Å prioritere helsetjenester til den ene pasienten vil da ha konsekvenser for tjenestene til andre pasienter (Ubel, 2015).

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å belyse organisering av tildelingsfunksjonen for kommunale helse- og omsorgstjenester og samhandling mellom tildelingsfunksjon og utøvende tjeneste. Studien vil bidra til økt kunnskap og forståelse av det organisatoriske landskapet som prioriteringene på faglig nivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skjer innenfor, og hvordan dette er i endring. Forskningsspørsmålet er formulert slik: *Innenfor hvilke organisatoriske rammer skjer prioritering ved faglig tildeling av helse- og omsorgstjenester i norske kommuner?*

Metode

For å belyse forskningsspørsmålet er det behov for både å kartlegge bredt hvilke systemer som er i bruk i kommunene, noe som krever en kvantitativ tilnærming, og å kartlegge hvordan disse systemene fungerer, noe som krever en kvalitativ tilnærming (Creswell & Creswell, 2018). Vi valgte derfor en mixed methods-studie, som er velegnet for å utforske komplekse

problemstillinger der vi mangler kunnskap om både systemer og prosesser innen helsetjenesten (Fetters et al., 2013).

For å få kunnskap om systemer og prosesser i et bredt tverrsnitt av kommunene er spørreundersøkelse valgt som metode (Creswell & Creswell, 2018). Spørreundersøkelsen kombinerer kvantitative, lukkede spørsmål og kvalitative, åpne spørsmål. I studien blir de kvantitative og de kvalitative resultatene presentert og analysert samlet. Mixed methods-studien integrerer dermed kvantitative og kvalitative elementer i både design, metode, rapportering og fortolkning (Fetters et al., 2013).

Kontekst

Kommunene i Norge står for om lag halvparten av ressursbruken innenfor helseområdet og har ansvar for et spekter av tjenester som sykehjem, boliger (eldreboliger, omsorgsboliger, boliger med heldøgns tjenester), hjemmetjenester (helsetjenester og praktisk bistand) og allmennlegetjeneste. Fram mot 2050 forventes det at antallet eldre vil mer enn fordobles, mens antallet i yrkesaktiv alder i mange kommuner forventes å gå ned. Mange kommuner sliter i dag med å rekruttere fagfolk (spesielt leger og sykepleiere), og denne utfordringen forventes å øke.

Utvalg

Norge har 357 kommuner. De spenner fra Utsira med 215 innbyggere til Oslo med 717.710². Alle forfatterne har omfattende kjennskap til kommunehelsetjenesten og hadde en forståelse av at de minste og de største kommunene har andre måter å organisere tjenestene på, og dermed andre utfordringer knyttet til tildeling. Vi valgte derfor å ekskludere de minste og de største kommunene basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) gruppering av kommunene etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser (Kringlebotten & Langørgen, 2020). Eksklusjon hadde også en pragmatisk årsak. I arbeidet med å framskaffe kontaktinformasjon til respondenter fant vi at mange av de minste kommunene ikke hadde en felles leder for helse- og omsorgstjenesten. Ut fra dette inkluderte vi i utvalget de 275 norske kommunene med mellom 2.000 og 300.000 innbyggere.

Respondenter

Med et relativt stort antall kommuner i utvalget, var det naturlig å bruke en respondent fra hver kommune. Vi valgte da øverste leder for helse- og omsorgstjenesten både ut fra faglige hensyn, ved at de sitter på relevant kunnskap for studien, og ut fra praktiske hensyn, da kontaktinformasjon var lett tilgjengelig. De fleste (68 %) har stillingstittel «kommunalsjef», og den vil bli brukt videre.

Av respondentene har 76 % helse- og sosialfaglig utdanning på bachelor- eller masternivå. 57 % har tilleggsutdanning i økonomi/ledelse. 69 % har mer enn 10 års erfaring som leder innen tjenesten, 21 % har 4–9 års erfaring, og 10 % har 0–3 års erfaring.

Datainnsamling

Spørreundersøkelsen er en del av et større doktorgradsprosjekt, der spørsmålene om tildeling var ett av fem hovedtemaer. Et utkast til spørreskjema ble utarbeidet basert på forfatterens kjennskap til området, støttet av tilgjengelig litteratur (Eide et al., 2018; Gjerde et al., 2016). Skjemaet ble pilotert av ett av KS' regionale helseledernetter samt av nåværende og tidligere kommunalsjefer i én kommune. De ble presentert undersøkelsen, besvarte denne

2. Kilde SSB KOSTRA, innbyggertall per 31.12.2023.

og ga skriftlige tilbakemeldinger før innspill ble oppsummert i et felles møte. Spørreskjema ble revidert etter piloteringen, blant annet med presiseringer i form av ledetekster til flere av spørsmålene.

Spørreskjemaet har både åpne og lukkede spørsmål. Innenfor temaet tildeling er det seks lukkede spørsmål med svaralternativer på en 5-punkts Likert-skala (fra «I svært liten grad» til «I svært stor grad»). I tillegg har det fire åpne spørsmål, både med generelle kommentarer og beskrivelser av gjennomførte og planlagte endringer. Se utdrag fra spørreskjemaet i vedlegg 1.

Undersøkelsen ble gjennomført fra 5. desember 2022 til 18. januar 2023. Invitasjon og link til Nettskjema ble sendt i e-post og fulgt opp med purringer etter én og tre uker. 123 kommunalsjefer besvarte undersøkelsen, noe som gir en svarandel på 45 %. Dette anses som tilfredsstillende (Baruch & Holtom, 2008). Tabell 2 viser svarandel for ulike kommunegrupper basert på SSBs gruppering etter innbyggertall og inntektsnivå (Kringlebotten & Langørgen, 2020). Av respondentene besvarte 78 ett eller flere av de åpne spørsmålene, noe som ga til sammen 146 tekstkommentarer om tildeling.

Tabell 2 Svarandel for ulike kommunegrupper (sammenslåtte grupper fra SSB KOSTRA).

Gruppe	Innbyggere	Frie inntekter	Kommuner (antall sendt til)	Respondenter (antall svar)	Svar-prosent
1	2.000–9.999	Lav	77	33	43 %
2	2.000–9.999	Middels	50	19	38 %
3	2.000–9.999	Høy	36	20	56 %
4	10.000–19.999		51	27	53 %
5	20.000–29.999		27	11	41 %
6	30.000–300.000		34	13	38 %
Sum			275	123	45%

For å triangulere de kvantitative og kvalitative dataene fra spørreundersøkelsen (Creswell & Creswell, 2018), ble respondentene invitert til et webinar i juni 2023 der om lag 20 kommunalsjefer deltok. Her ble foreløpige resultat presentert. Deltakerne ga uttrykk for høy grad av gjenkjennelse. Det ble også invitert til dialog, både i plenum og via Mentimeter, der flere av temaene som kom fram i spørreundersøkelsen, ble utdypet.

Dataanalyse

For å få fram deskriptiv statistikk om kvantitative resultater (svar på lukkede spørsmål) har vi brukt statistikkprogrammet SPSS. Her har vi også kjørt tester for å finne statistiske sammenhenger mellom de kvantitative resultatene og karakteristika på kommuner og respondenter.

For å gjennomføre en kvalitativ innholdsanalyse både av tekstsvarene på åpne spørsmål og transkriberte utsagn fra webinar brukte vi NVivo. Innholdsanalysen er inspirert av Gioia-metodikken (Gioia et al., 2013), der vi på nivå 1 kodet utsagn i konsepter basert på respondentenes termer, på nivå 2 sammenfattet dette i tema, som kombinerte respondentenes termer og forskernes teoretiske begreper, og på nivå 3 aggregerte dette til sammenfattede dimensjoner.

Etikk

Studien, inkludert spørreskjema, ble forhåndsgodkjent av SIKT. Alle deltakerne fikk informasjon om personvern i e-post og måtte gi informert samtykke før de kunne åpne spørreundersøkelsen.

Resultater

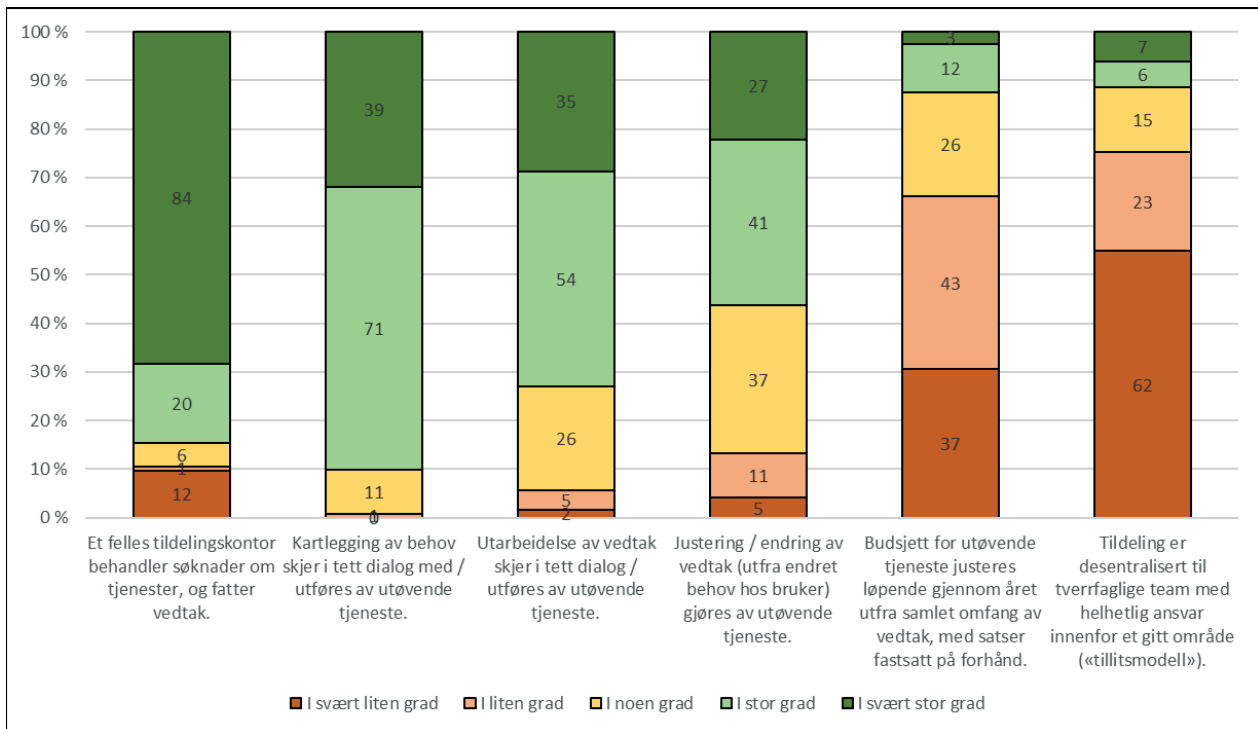
Hensikten med studien er å bidra til økt kunnskap og forståelse av det organisatoriske landskapet som prioriteringer på faglig nivå ved tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer innenfor, og hvordan dette er i endring. Først presenteres hovedtrekk i kvantitative resultat i form av deskriptiv statistikk for de lukkede spørsmålene (tabell 3) og fordeling av svarene (figur 2). Deretter oppsummeres kvalitativ innholdsanalyse av de åpne spørsmålene (figur 3) med fire hovedtemaer. Resultatene integreres og utdypes så for disse temaene, blant annet med sitater fra respondentene.

Kruskall-Wallis ikke-parametriske test for gjennomsnitt ble brukt for å se om det var systematiske forskjeller i svarene mellom ulike kommune- eller respondentkarakteristika. Vi fant ingen forskjeller hverken ut fra kommunegruppe, respondentenes utdanning eller deres ledererfaring.

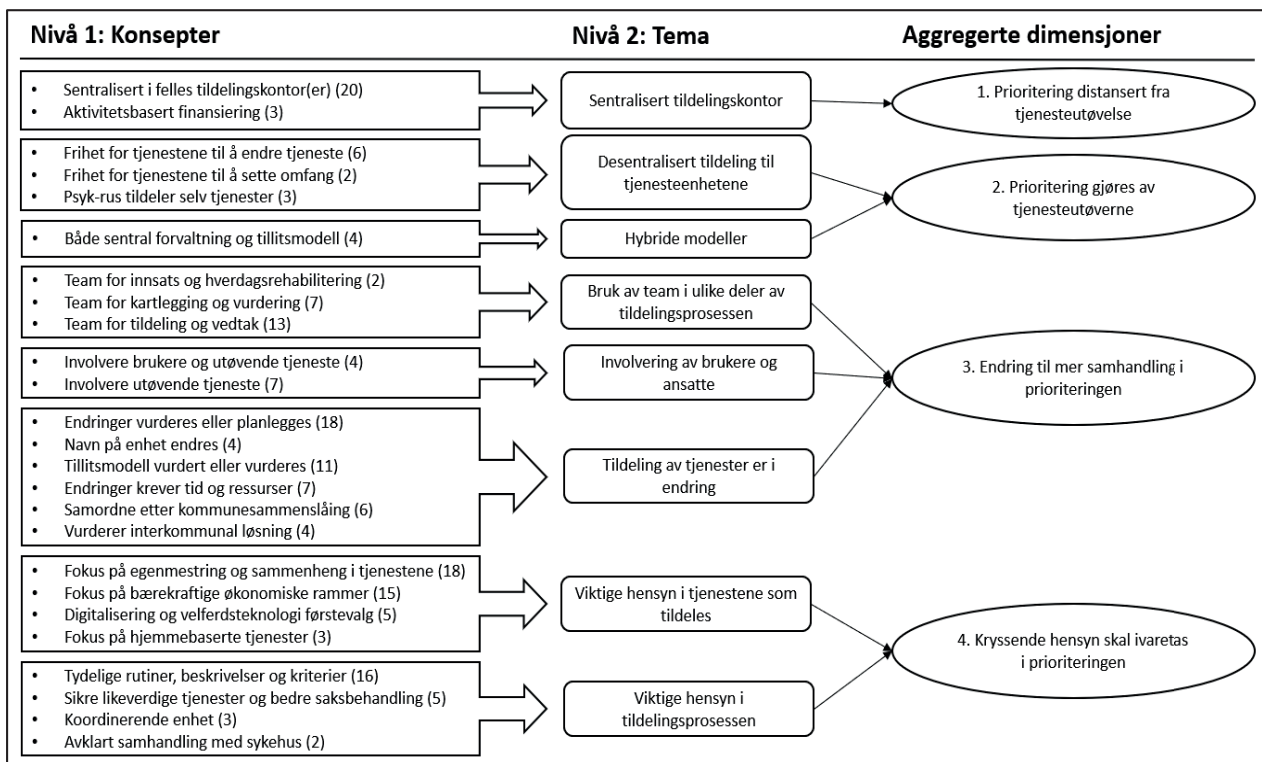
En ordinær korrelasjonsanalyse ble gjennomført og fant ikke signifikante sammenhenger mellom kommunestørrelse og utsagn om tildeling. Unntaket var for utsagn 5 om løpende justering av budsjett gjennom året (aktivitetsbasert finansiering); denne var positivt korrelert med økende kommunestørrelse. Vi testet også for korrelasjon mellom de ulike utsagnene og fant at utsagn 2, 3 og 4 om involvering av tjenesteenhetene i de ulike delene av prosessen var signifikant positivt korrelert med hverandre. Vi fant også positiv korrelasjon mellom utsagn 5 (aktivitetsbasert finansiering) og utsagn 6 (tillitsmodell).

Tabell 3 Deskriptiv statistikk, lukkede spørsmål om tildeling.

Spørsmål	Valide svar	Mangler	Gjennomsnitt	Median	Std. avvik
1: Et felles tildelingskontor behandler søknader om tjenester, og fatter vedtak.	123	0	4,33	5	1,245
2: Kartlegging av behov skjer i tett dialog med / utføres av utøvende tjeneste.	122	1	4,21	4	0,633
3: Utarbeidelse av vedtak skjer i tett dialog / utføres av utøvende tjeneste.	122	1	3,94	4	0,903
4: Justering / endring av vedtak (utfra endret behov hos bruker) gjøres av utøvende tjeneste.	121	2	3,61	4	1,060
5: Budsjett for utøvende tjeneste justeres løpende gjennom året utfra samlet omfang av vedtak, med satser fastsatt på forhånd.	121	2	2,18	2	1,057
6: Tildeling er desentralisert til tverrfaglige team med helhetlig ansvar innenfor et gitt område («tillitsmodell»).	113	10	1,88	1	1,204



Figur 2 Fordeling av svar, lukkede spørsmål om tildeling.



Figur 3 Kvalitativ innholdsanalyse, åpne spørsmål om tildeling. Tall i parentes viser antall utsagn.

De kvalitative resultatene er oppsummert i fire hovedtemaer: (1) Prioritering distansert fra tjenesteutøvelse, (2) Prioritering gjøres av tjenesteutøverne, (3) Utvikling til mer samhandling i prioriteringen og (4) Kryssende hensyn skal ivaretas i prioriteringen. I det følgende vil disse integreres med de kvantitative resultatene og utdypes med sitater.

Prioritering distansert fra tjenesteutøvelse

Svært mange kommuner (85 %) har felles tildelingskontor som behandler søknader om tjenester, og fatter vedtak (svaralternativ «I stor grad» eller «I svært stor grad»). Det synes derfor som om hovedmodellen er en sentralisert tildelingsfunksjon, der faglig prioritering i form av tildeling av tjenester på individnivå er organisatorisk distansert fra tjenesteutøvelse. Den sentrale tildelingsfunksjonen har ulike navn; tildelingskontor synes å være mest vanlig, men også forvaltningskontor og vedtakskontor er brukt.

Noen større kommuner har også flere tildelingskontorer:

«Det er etablert tre tildelingsenheter, En enhet for somatikk og koordinerende enhet, en for området Habilitering og en for Psykisk helse og rus.»

«Tildeling til barn og unge skal etableres i egen koordinerende enhet for barn og unge.»

Flere kommuner beskriver en dynamikk der nye tjenesteområder, eksempelvis tildeling av boliger, habilitering eller psykisk helse og rus, etter hvert tas inn i en etablert felles tildelingsfunksjon.

Prioritering gjøres av tjenesteutøverne

Et mindretall av kommunene (15 %) oppgir at de i noen grad har desentralisert hele eller deler av tildelingsfunksjonen til tjenesteutøverne. Hva som desentraliseres, varierer. En form for desentralisering er at utøverne av noen enkelttjenester selv gjør prioritering og tildeling. Det gjelder spesielt tjenester innenfor psykisk helse og rus.

En annen utbredt form for desentralisering synes å være at tjenestene gis fullmakt til å endre tjenester eller vedtak ut fra endrede behov hos brukeren. Over halvparten av kommunene (56 %) oppgir at dette skjer i stor eller svært stor grad. Eksempler er:

«Vi har en bestiller/utfører-modell med eget tildelingskontor. Men samtidig har tjenestene stor frihet/tillit til å gjøre endringer etter brukernes behov, men det gjelder da endringer som ikke vedvarer over veldig lang tid. Men for eksempel gjennomføres lindrende forløp i hjemmet ut fra hjemmetjenestens vurderinger uten at det fattes ekstra vedtak om dette.»

«Tjenestene justeres fortløpende av utøvende tjeneste etter faglig vurdering og brukernes behov. Større endringer og over tid medfører endret vedtak som gjøres ved Tildelingskontoret.»

En kommune beskriver at de har delt beslutning om innhold og mengde tjeneste:

«Tildelingskontoret fatter vedtak om innholdet i tjenesten. Utøvende enhet vurderer mengde (timer) tjenester på hver enkelt tjenestemottaker.»

Full desentralisering innebærer at en ikke har en sentral tildelingsfunksjon, og at all behandling av søknader om tjenester, inkludert kartlegging, vurdering, beslutning og utarbeidelse og vedtak, gjøres ute på tjenesteenhetene. Dette synes å være mindre brukt i de kommunene som er inkludert i studien.

En variant av dette er «tillitsmodellen» (Eide et al., 2018), som i spørreundersøkelsen er beskrevet slik: «Tildeling er desentralisert til tverrfaglige team med helhetlig ansvar innenfor et gitt område («tillitsmodell»)). En liten andel av kommuner (12 %) oppgir at de har implementert dette. Ut fra tekstkommentarene synes det som om respondentene har oppfattet at de tverrfaglige teamene kun har ansvar for tildeling, mens slik tillitsmodellen er beskrevet i

litteraturen, innebærer den at teamet både har ansvar for å tildele og utføre tjenestene innenfor et gitt område. Det synes derfor usikkert hvor mange kommuner som har implementert en slik form for tillitsmodell. Dette styrkes også av utsagn fra flere om at de opplever å ha en «hybrid» modell:

«Vi har en 'mellomting' mellom bestiller–utfører og ren 'tillitsmodell'.»

«Jeg mener at vi langt på vei har en tillitsmodell – selv om vi samtidig har en sentralisert forvaltning som sikrer likebehandling og rettssikkerhet.»

«Vi har ikke skille mellom tildeling og utføring av tjenester, så i praksis kan man vel si vi har en tillitsmodell. Tjenesteområdet har stor påvirkningsmulighet på innretning, omfang og prioritering/omprioritering i tildeling av tjenester.»

Utvikling til mer samhandling i prioriteringen

Selv om hoveddelen av kommunene har skilt prioritering fra tjenesteutøvelse gjennom en sentralisert tildelingsfunksjon, beskrives det en tett samhandling med utøvende tjeneste. Dette skjer både i kartlegging av behov (90 %) og i utarbeidelse av vedtak (73 %).

Mange kommuner har enten endret (43 %) eller planlegger å endre (54 %) tildelingen av tjenester, og samlet svarte to tredeler (67 %) av kommunene ja på ett eller begge av disse spørsmålene. Økt samhandling er et svært viktig element i gjennomførte og planlagte endringer.

Mange kommuner beskriver at samhandlingen skjer i form av team. Teamene har navn som antyder at de har ansvar for ulike trinn i tildelingsprosessen, enten kartleggings-, vurderings-, vedtaks- eller tildelingsteam. Sammensetning av teamene, og dermed grad av involvering, ser ut til å variere. Noen team synes å være interne innenfor tildelingsfunksjonen, noen involverer også ledere på ulike nivåer og andre bare fagfolk på tvers av organisatoriske enheter i kommunen.

«Vi har saksbehandlersteam som består av saksbehandlere innenfor alle nevnte tjenester, samt psykisk helse/rus. Saksbehandlerne jobber i noen grad utøvende eller har andre oppgaver, som turnusansvarlig, fagutvikler o.l.»

«Kommunen har et tildelingsteam bestående av saksbehandler, kommunalsjef, virksomhetsledere og fagledere. Relevante opplysninger og resultater av kartlegging ligger til grunn for vedtak.»

Kommunalsjefene vurderer bruken av team som nyttig:

«Opprettet tverrfaglig vurderingsteam som kartlegger, vurderer etc. Mange som søker en tjeneste ender med å være selvhjulpne, eventuelt med et hjelpemiddel eller velferdsteknologi. Meget vellykket.»

«Teamet har gode forutsetninger for å koordinere tjenestene. Teamet sikrer helhetlige tjenester. Samtidig er avdelingsledere med budsjettansvar med i teamet, og sikrer at normer og prinsipper legger til rette for å sikre overholdelse av tildelte budsjettammer.»

Det understrekes også at endringer er utfordrende, at de tar tid, og at det krever kompetanse og ressurser å få dette til å fungere. Flere beskriver utfordringer knyttet til samkjøring av

tildelings-prosesser etter kommunesammenslåing, og noen vurderer også interkommunalt samarbeid.

Samhandling med sykehus kan være krevende, da de overfor pasienter og pårørende kan skape forventninger og legge føringer på tildeling:

«Så har vi utfordringen med at sykehusene på en måte [...] tildeler tjenester for pasientene ut fra sykehuset og sier at 'det må du kreve' og 'det trenger du.'»

Noen nevner også involvering av brukerne i tildelingsprosessen:

«Vi er en liten kommune hvor vi har tverrfaglig kompetanse på tildelingskontoret. De er på hjemmebesøk og fagpersonene samhandler med brukeren om hvilken tjeneste som kan være rett for den enkelte. De har også kontinuerlig dialog med tjenesteutøverne og justerer tjenestnivå i takt med behov.»

«Vi ønsker å være mer fleksible ift. hva vi tilbyr av tjenester, så 'hva er viktig for deg'-perspektivet er mer førende. Dette har vist seg å ofte bli opplevd bedre kvalitet for bruker og billigere tjeneste fra kommunen.»

Kryssende hensyn skal ivaretas i prioriteringen

Kommentarene beskriver at det er en rekke hensyn som skal ivaretas når det gjelder tildelings-prosessen. En skal sikre likeverdig behandling av brukerne og ivareta deres rettssikkerhet i saksbehandlingen. Dette trekkes fram som argument både for sentral tildelingsenhet og for team-organisering:

«Opprettet tildelingsteam for å sikre likebehandling og rettferdig saksbehandling, ivareta innbyggernes rettssikkerhet. Samlet tildeling av tjenester til ett organ kontra tidligere da vedtak ble fattet svært desentralisert som gav seg utslag i store ulikheter mht. tjenestetildeling.»

«Tildelingskontor ble først opprettet i 2020, og er fremdeles under utvikling, men erfaringen er at dette gir mer likeverdige tjenester og sikrer bedre saksbehandling.»

Et viktig virkemiddel for å oppnå dette er tydelige rutiner med både faste tildelingskriterier og tydelige tjenestebeskrivelser. De kan også ha andre gevinster:

«Det blir utarbeidet tjenestebeskrivelser og rutiner for tildeling av tjenester. Dette for å avklare forventninger og skape forutsigbarhet for tjenestemottaker.»

«Det er ikke gjort endringer i selve tildelingsmodellen, men vi har strammet inn rutiner for evaluering og har en mer nøktern tildelingspraksis nå enn tidligere.»

Respondentene beskriver at det er kryssende hensyn som skal ivaretas også for de tjenestene som skal tildeles. Kommunene fokuserer på å kartlegge brukernes egne ressurser og tilrettelegge for og motivere til egenmestring.

«Bo-trygt hjemme reformen og kommunens strategi vil medføre endringer i hva som forventes at innbyggerne skal mestre selv. Dette vil ha ringvirkninger for hvilke tjenester vi kommer til å tilby.»

«Vi er i gang med å bruke strategier som helhetlig innsatstrapp bygger på, og vil framover bruke denne mer aktivt for å kunne dreie tjenestene og styrke innsats på lavest mulig nivå (LEON³ prinsippet), og for å sikre at den eldre kan bo hjemme lengst mulig.»

«Større fokus på mestring og sammenheng i tjenestene med oppbygging av nytt helse- og mestringstorg.»

Dette blir også sett opp mot de økonomiske rammebetingelsene og at tjenesten skal være bærekraftig med de demografiske endringene som kommer:

«Større fokus og medansvar for de ulike enhetenes økonomiske rammer. Årsak: vi ser at tjenestenes omfang øker i for stor hastighet, dette er ikke økonomisk bærekraftig.»

«Vi må komme på rett nivå i dag skal vi klare å møte framtidens utfordringer. Bakgrunnen er stort merforbruk innen pleie og omsorg og stort behov for vekst i budsjettet. Med en ventet vekst på 150 %, hvis vi fortsetter å yte tjenester på samme måte som i dag, styrer vi mot kommunal kollaps.»

Satsing på hjemmetjenester og velferdsteknologi beskrives som virkemidler for å oppnå dette. En av respondentene oppsummerer de kryssende forventningene til tjenestene slik:

«Faglig forsvarlig, økonomisk bærekraftig og avklarte behov hos brukere.»

Diskusjon

I det følgende vil resultatene fra denne studien bli diskutert opp mot eksisterende forskningslitteratur i lys av forskningsspørsmålet «*Innenfor hvilke organisatoriske rammer skjer prioritering ved faglig tildeling av helse- og omsorgstjenester i norske kommuner?*» Organisering av tildeling blir drøftet i lys av teorier om styringsmodeller i offentlig sektor.

Sammensmelting av ulike styringsmodeller

Studier fra 2013 viste at om lag halvparten av kommunene da hadde etablert en sentral tildelingsfunksjon (Gjerde et al., 2016; Ljunggren et al., 2014). Denne studien viser at de fleste mellomstore norske kommunene (85 %) i 2023 har sentralisert tildelingsfunksjonen med en organisatorisk enhet som behandler søknader om tjenester og fatter vedtak. Selv om de minste kommunene (< 2000 innbyggere) ikke er inkludert, kan det se ut som om andelen har økt det siste tiåret. I utvalget finner vi heller ingen signifikant sammenheng mellom sentralisering av tildeling og kommunestørrelse.

Et felles tildelingskontor begrunnes av flere respondenter med at det styrker kvaliteten på saksbehandlingen og sikrer likebehandling mellom brukergrupper – begge argumenter som hører til innenfor klassisk byråkratiteori og PA som styringsmodell.

Sentralisert tildeling ble sett som en forutsetning for «bestiller–utfører-modellen», som «oversatte» NPM inn i helse- og omsorgstjenestene (Kommunenes Sentralforbund, 2004; Vabø, 2007). Viktige prinsipper her var da:

3. LEON: Laveste Effektive OmsorgsNivå

1. Innføring av et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestiller-oppgaver) på den ene siden, og tjenesteproduksjonen (utføreropp-gaver) på den andre.
2. Etablering av kontrakter som regulerer forholdet mellom disse to rollene.
3. Etablering av system for prissetting av tjenestene med tilpassede regnskapssystemer, hvor pengene følger brukeren.

Selv om de fleste av kommunene har sentralisert tildelingsfunksjonen, er det et fåtall (12 %) som har et system der pengene følger brukeren (aktivitetsbasert finansiering), mens et annet element fra NPM, med økonomisk bærekraftige tjenester, er sterkt vektlagt. Dette er i tråd med forskning som viser at en i de nordiske landene implementerer moderniserings-elementene av NPM, mens elementene med markedsorientering og privatisering avvises (Lapsley, 2016; Pollitt & Bouckaert, 2017).

Etablering av team med ansvar for en eller flere av de ulike trinnene innen tildelingsprosessen, og vektlegging av involvering av ansatte og til dels også brukerne, er viktige elementer innenfor NPG. Team er et viktig virkemiddel for å støtte samarbeid på tvers av profesjoner, som igjen er en viktig forutsetning for kvalitetsutvikling og forbedring av tjenesten (Gadolin & Andersson, 2017). Denne studien gir ny kunnskap om stor variasjon når det gjelder hvor bredt sammensatt teamene er. Noen team beskrives som tverrfaglige team innenfor samme organisatoriske enhet, mens andre går på tvers av enheter og nivåer. En utbredt modell synes være at et bredt sammensatt team gjør vurdering og fatter beslutning, mens en tildelingsenhet på grunnlag av dette foretar saksbehandling («skriver vedtak»). På denne måten sikrer en både tverrfaglig vurdering og bred forankring (viktige NPG-elementer) og samtidig likebehandling og lovmessig kvalitet på saksbehandlingen (viktige PA-elementer).

NPG vektlegger sterkt samskaping med brukeren, der denne trekkes aktivt inn i både beslutninger og iverksettelse av tjenester (Røiseland & Vabo, 2016). Datamaterialet i denne studien viser imidlertid få spor av dette. En vektlegger egenmestring, der brukernes ressurser skal aktiveres, men om dette skjer ut fra fagfolkens vurdering eller i aktivt samspill med bruker og pårørende, kommer ikke fram.

Samlet sett framkommer det et bilde der elementer fra ulike styringsmodeller blandes og tilpasses den lokale konteksten. Nye styringsmodeller (NPM og NPG) erstatter ikke gamle (PA), men en utvikler hybride modeller, der elementer fra ulike styringsmodeller legges lagvis og implementeres i ulik grad og på ulike nivåer (Lapsley, 2016; Pollitt & Bouckaert, 2017; Polzer et al., 2016). Utviklingen synes å gå i retning av større mangfold, der arketyperne «uavhengig tildelingskontor» og «tildeling styrt av tjenesteenhetene» utfordres av en rekke hybride modeller, der tverrfaglige team med representanter for ulike faggrupper, funksjoner og nivåer gis myndighet innenfor en eller flere av delprosessene i tildelingsprosessen; som kartlegging, vurdering, beslutning, og utforming av vedtak.

Ressursfordeling, rasjonering og prioritering

Mens ressursfordeling kan referere til allokering av ressurser til ulike tjenester eller fordeling av tjenester til ulike individer, refererer rasjonering til en situasjon der ressursene som skal fordeles, er knappe, slik at ikke alle behov kan møtes (Scott et al., 2019). Det synes åpenbart at en tilstand med rasjonering allerede foreligger, og framover vil bli enda tydeligere, innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunene (Bovim & Nerdrum, 2023).

Men hva er i så fall gjenstand for prioritering? For det første er *tilgang* til helse- og omsorgstjenester rasjonert. Det vurderes om søkeren er i stand til å mestre situasjonen selv, og

om helsetilstanden etter lovens krav, kommunens praksis og tilgjengelige ressurser kvalifiserer for tildeling av tjenester. Hvis ikke gis det avslag på søknaden. Det andre som er gjenstand for rasjonering, og som henger sammen med det første, er hvilken type tjeneste søkeren skal få, i hvilket omfang og med hvilket innhold, med andre ord *kvalitet og kvantitet* på tjenesten. Og for det tredje er *endringer* i tjenesten gjenstand for rasjonering ved at fleksibilitet og tilpasning av tjenesten blir løpende vurdert, både om brukeren har behov for mer eller andre tjenester, og om tilbudet kan reduseres.

Rasjonering er et ansvar som påhviler kommunen som organisasjon, samtidig som den konkrete rasjoneringen i tildelingsprosessen gjøres av helsepersonell som er saksbehandlere. To utviklingstrekk går i retning av at rasjonering ikke bare ligger *implisitt* i det institusjonelle rammeverket, men i stedet gjøres *eksplisitt* (Scott et al., 2019). Mange kommuner utarbeider tydelige tildelingskriterier og standarder for omfang og kvalitet på tjenestene. Dermed tydeliggjøres kommunens eksplisitte rasjoneringsprinsipper, og det beskrives som et verktøy både for å sikre likebehandling (inspirert av PA) og å begrense ressursbruk (inspirert av NPM). Dette kan på den ene siden innskrenke rommet for skjønnsutøvelse og på den andre siden gi helsepersonell som er saksbehandlere en god beslutningsstøtte (Meld. St. 38 (2020–2021)).

Også utviklingen i retning av mer teambaserte tildelingsprosesser kan ses i lys av dette. Å ta beslutninger om rasjonering inn en diskurs i et tverrfaglig team kan bidra til å løfte prioriteringene fra det individuelle og implisitte og over i det organisatoriske (institusjonelle) og eksplisitte.

Samtidig kan en ikke «organisere seg bort fra» de paradoksene som ligger implisitt i helse- og omsorgstjenestene, der brukerens behov skal veies mot tilgjengelige ressurser, involvering og tilpasning skal veies mot likebehandling og rettsikkerhet, og autonomi og tillit skal veies mot styring og kontroll (Slåtsveen et al., 2023).

Behov og mestring

Pasientenes behov for helsetjenester vurderes forskjellig innenfor de ulike styringsmodellene (se tabell 1). Innen PA vurderes pasientens behov av helsepersonell ut fra deres faglige skjønn. I NPM vektlegges pasientens preferanser og valgfrihet, men valgene skjer innenfor de standardene som er definert av helsepersonell. Begge disse har et «instrumentelt» syn på behov som noe som kan objektivt eller klinisk vurderes, og ut fra det gjøres gjenstand for en prioriteringsbeslutning. Men pasientens behov er ikke en eksogent gitt faktor. Fortolket innenfor NPG er behov og preferanser formet av de institusjonelle omgivelsene (Eriksson-Zetterquist, 2009), og slik sett kan mange faktorer samspille i pasientens opplevelse av tjenestebehov, eksempelvis tilgjengelige tjenester i kommunen, bo- og husholdningsstruktur, nettverk og muligheter for privat omsorg mv.

Pasientens mestring av sin helsetilstand har stor innflytelse på behovet for helsetjenester (NOU 2018: 16), og noen kommuner vektlegger derfor egenmestring og sammenheng i tjenestene i sin tildelingspraksis. Tverrfaglig innsats i form av hverdagsmestring eller hverdagsrehabilitering har det siste tiåret blitt tatt i bruk i mange norske kommuner med mål om å forbedre brukerens funksjon, opprettholde uavhengighet og redusere behov for langsiktige tjenester (Tuntland & Ness, 2021). Gitt det fokuset som dette har hatt, og det potensialet som er beskrevet både for bedret funksjon for den enkelte brukeren og for redusert kommunal ressursinnsats (Førland & Skumsnes, 2016), er det noe overraskende at ikke flere kommuner framhever dette som et viktig verktøy i tildelingsprosessen.

Prioriteringer og organisering av tildelingsprosessen

Har det organisatoriske og institusjonelle rammeverket prioritering skjer innenfor, konsekvenser for prioriteringene på faglig nivå med tildeling av tjenester til enkeltindivider? Organisasjonsteori og institusjonell teori er klar på at institusjonelle og organisatoriske faktorer påvirker praksis i organisasjoner (Meyer & Rowan, 1977). Utredningen som startet rekken av offentlige dokumenter rundt prioritering i kommunehelsetjenesten, påpeker at ulik organisering av tjenestene kan gi ulike prioriteringsutfordringer (NOU 2018: 16, s. 38), men hverken den eller påfølgende dokumenter har problematisert organiseringen av tildelingsprosessen. Hvordan dette organiseres i eller mellom kommuner, ligger åpenbart innenfor det kommunale selvstyret, men fravær av oppmerksomhet rundt dette kan antyde en manglende bevissthet på de institusjonelle rammene prioritering og tildeling skjer innenfor. Her vil det være behov for mer forskning framover.

Metodologiske betraktninger

Styrken ved en tverrsnittsundersøkelse med god svarprosent er at en får et bredt bilde av situasjonen i en gitt kontekst (Creswell & Creswell, 2018). Studien forsøker også å få fram utviklingen gjennom spørsmål om gjennomførte og planlagte endringer. Svakheten er at spørreskjema som metode ikke gir muligheter til å utdype svarene gjennom oppfølgings-spørsmål. Presentasjon av resultat på webinar med respondenter, der det var refleksjon rundt resultatene, bidrar noe når det gjelder dette.

Vi har i undersøkelsen kun spurt kommunalsjefer. Det kan forventes at vi ville fått et mer nyansert og kanskje annet bilde om vi i tillegg hadde inkludert andre ledere, ansatte, brukere eller pårørende som respondenter. Flere studier viser at tildelingskontorets vedtak ikke nødvendigvis er avgjørende for helsepersonell daglige prioriteringer når tjenestene gis (Holm et al., 2017; Strandås et al., 2019), og at målsettinger for hvordan tildeling skal skje ikke er så enkle å implementere i praksis (Slåtsveen et al., 2023). Det kan dermed forventes at mellomledere, førstelinjeledere eller ansatte i organisasjonen vil ha en mer praksisnær tilnærming til problemstillingene.

Konklusjon

Artikkelen har belyst rammene som prioritering ved faglig tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester skjer innenfor, både knyttet til organisering av tildelingsfunksjon og samhandling med utøvende tjeneste. Teorier om styringsmodeller i offentlig sektor er brukt som «analytiske briller». Analysen er basert på en spørreundersøkelse til kommunalsjefer i mellomstore norske kommuner med både kvantitative og kvalitative svar. Studien utfyller eksisterende litteratur på tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester med en oppdatert tverrsnittsstudie og med analyse av viktige utviklingstrekk.

Organisering av tildelingsfunksjonen fortolkes som en hybridisering, der elementer av ulike styringsmodeller legges lagvis og implementeres i ulik grad og på ulike nivåer. I denne hybridiseringen finner en elementer både av en hierarkisk (PA), en transaksjonsbasert (NPM) og en relasjons- og samskappingsbasert (NPG) tilnærming. I praksisfeltet kombineres vektlegging av tydelige tildelingskriterier og høy kvalitet i saksbehandlingen (PA) med adskilte roller som bestiller og utfører (NPM) gjennom et felles tildelingskontor. En sentralisert tildelingsfunksjon (NPM) lar seg kombinere med samskaping mellom tildelingsfunksjon og utøvende tjeneste (NPG) gjennom bruk av bredt sammensatte team med ansvar for ulike faser av tildelingsprosessen.

Å fortolke dette som en «trend» bort fra en NPM-inspirert bestiller-utfører-modell

(Meld. St. 38 (2020–2021)) synes for enkelt. Elementer fra tidligere implementerte styringsmodeller fases ikke ut, men kombineres med og tilpasses til elementer fra nye modeller. Forskjeller mellom kommunene kan da forstås som at «miksen» av elementer fra de ulike styringsmodellene er forskjellig.

Kommunene søker å løfte prioriteringene på faglig nivå fra det individuelle og implisitte til det institusjonelle (organisatoriske) og eksplisitte (Scott et al., 2019). Dette skjer gjennom skriftliggjøring av prinsipper for prioritering (eksempelvis i tildelingskriterier) og gjennom at det skapes rom for en prioriteringsdiskurs mellom fagfolk i kommunene (eksempelvis i team). Denne utviklingen kan ses i lys av en sterkere grad av ressursknapphet (Bovim & Nerdrum, 2023), som medfører rasjonering både i tilgang til tjenester, i kvalitet og kvantitet på tjenestene og ved endring av tjenestene.

Det institusjonelle og juridiske rammeverket for prioriteringer synes å ha et instrumentelt og statisk syn på pasienters behov for helse- og omsorgstjenester, enten behovet er definert av helsepersonell (PA) eller av pasientenes egne preferanser (NPM), og der behovet som defineres utløser krav om «nødvendige» og «forsvarlige» helse- og omsorgstjenester⁴. Med økende grad av ressursknapphet vil en måtte fokusere på faktorer som reduserer behovet for tjenester, som forebygging, rehabilitering og egenmestring.

Dette perspektivet gjør et tydelig skille mellom tildeling og utøvelse av tjeneste vanskelig. Et lineært forløp med «søknad – vurdering – vedtak – iverksetting» bør erstattes av mer dynamiske og sykliske forløp. Her vil pasientens behov og egenmestring, nettverk og ressurser i omgivelsene, tilbud fra frivilligheten og tilbud om kommunale helse- og omsorgstjenester defineres og redefineres i en samhandlings- og samskapingsprosess mellom pasienten, pårørende, frivillighet, tjenesteutøvere mfl.

For å understøtte dette må det institusjonelle, organisatoriske og juridiske rammeverket rundt tildelingsfunksjonen utvikles videre. Det krever også en kulturendring hos både helsepersonell, pasient/pårørende og beslutningstakere, der en omstiller fra «Hva vurderer jeg at du har behov for?» (PA) via «Hva vil du velge?» (NPM) til «Hva er viktig for deg?» (NPG) (Oksavik et al., 2021).

Her er det behov for videre forskning, både med studier knyttet til utprøving av ulike rammeverk og studier av sammenheng mellom rammeverk for tildeling og de prioriteringene som gjøres.

Førsteforfatteren vil takke doktorgradsveilederne professor Anatoli Bourmistrov ved Handelshøyskolen på Nord universitet og professor Birgit Abelsen ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, for god bistand i både datainnsamling og analyse.

Doktorgradsprosjektet er finansiert av Norges forskningsråd gjennom Offentlig sektor-ph.d.-programmet, prosjektnummer 327219, og av Vestvågøy kommune.

Ingen interessekonflikter.

4. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) – Lovdata](#)

Referanser

- Arbeiderpartiet & Senterpartiet (2021). *Hurdalsplattformen*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/hurdalsplattformen.pdf>
- Baruch, Y. & Holtom, B. C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human Relations*, 61(8), 1139–1160. <https://doi.org/10.1177/0018726708094863>
- Bovim, G. & Nerdrum, L. (2023). Tid for handling i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 9(2), 116–122. <https://doi.org/doi:10.18261/tfo.9.2.10>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (5. utg.). Sage Publications, Inc.
- Eide, T., Gullslett, M., Nilsen, E., Dugstad, J. & Eide, H. (2018). *Tillitsmodellen – hovedpiloting i Oslo kommune 2017–18*. Universitetet i Sørøst-Norge – Vitensenteret helse og teknologi – Skriftserien nr. 4 2018. <http://hdl.handle.net/11250/2583361>
- Eriksson-Zetterquist, U. (2009). *Institutionell teori: idéer, moden, förändring*. Liber.
- Fetters, M. D., Curry, L. A. & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health services research*, 48(6pt2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering – En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket. <http://hdl.handle.net/11250/2412233>
- Gadolin, C. & Andersson, T. (2017). Healthcare quality improvement work: a professional employee perspective. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(5), 410–423. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-02-2016-0013>
- Gioia, D. A., Corley, K. G. & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Gjerde, I., Torsteinsen, H. & Aarseth, T. (2016). Tildelingskontoret – en innovasjon i norske kommuner? I J. Amdam, R. Bergem, & F.O. Båtevik (red.), *Offentleg sektor i endring – Fjordantologien 2016*. Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8* (IS-2442). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>
- Helsedirektoratet. (2024). *Utkast: Nasjonal veileder – Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester*.
- Hofmann, B. (2018). Teknologitemming. Om helseteknologiens uformelle føringer og hvordan disse kan tøyles. I H.S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe, & A.-M. Magnussen (red.), *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Cappelen Damm.
- 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, 673. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2623-3>
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Jakobsen, R., Killie, P.A.V., Sørensen, K. E. & Debesay, J. (2022). Informasjonsflyt ved overføring av pasienter fra sykehus til kommunale tjenester: Erfaringer fra saksbehandlere ved forvaltningsleddet tildelingskontor (TK). *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 18(1). <https://doi.org/10.7557/14.5684>
- 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>

- Kommunenes Sentralforbund. (2004). *Bestiller-utfører-organisering i pleie og omsorgssektoren – en veileder*. Rapport utarbeidet av 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*. <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/attachment/439744?ts=177cdffee70>
- Lapsley, I. (2016). Making sense of public-sector reforms: Scandinavian perspectives. I I. Lapsley & H. Knutsson (red.), *Modernizing the Public Sector* (s. 17–33). Routledge.
- Ljunggren, B., Haugset, A. & Solbakk, N. (2014). Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. *Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013*. Trøndelag Forskning og Utvikling AS (TFOU).
- Magelsen, M. (2018). Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonsetikk? I H.S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe, & A.-M. Magnussen (red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Cappelen Damm Akademisk.
- Martin, G., Currie, G., Weaver, S., Finn, R. & McDonald, R. (2017). Institutional Complexity and Individual Responses: Delineating the Boundaries of Partial Autonomy. *Organization Studies*, 38(1), 103–127. <https://doi.org/10.1177/0170840616663241>
- 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/>
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363. <https://www.jstor.org/stable/2778293>
- Nesheim, T. & Vathne, K. (2000). *Erfaringer med konkurranseutsetting og «bestiller-utførermodeller» i norske kommuner*. SNF.
- 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/?ch=1>
- Oksavik, J. D., Aarseth, T., Solbjør, M. & Kirchoff, R. (2021). ‘What matters to you?’ Normative integration of an intervention to promote participation of older patients with multi-morbidity – a qualitative case study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06106-y>
- Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377–387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform: A comparative analysis-into the age of austerity*. Oxford university press.
- Polzer, T., Meyer, R. E., Höllerer, M. A. & Seiwald, J. (2016). Institutional Hybridity in Public Sector Reform: Replacement, Blending, or Layering of Administrative Paradigms. I J. Gehman, M. Lounsbury & R. Greenwood (red.), *How Institutions Matter! (Research in the Sociology of Organizations, Vol. 48B)*, (s. 69–99). Emerald Group Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/s0733-558x201600048b003>
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring – governance på norsk* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Scott, P. A., Harvey, C., Felzmann, H., Suhonen, R., Habermann, M., Halvorsen, K., Christiansen, K., Toffoli, L. & Papastavrou, E. (2019). Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nursing ethics*, 26(5), 1528–1539. <https://doi.org/10.1177/0969733018759831>

- Slåtveit, 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://doi.org/10.1186/s12913-023-09695-y>
- Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T. (2019). Gaming the system to care for patients: a focused ethnography in Norwegian public home care. *BMC Health Services Research*, 19, 121. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3950-3>
- 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), s. 211–233. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A956672>
- Teig, I. L. & Wester, G. (2018). Styringsdilemmaer i praksis. Helsepersonells beslutninger om helsehjelp i daglig arbeid. I H.S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe, & A.-M. Magnussen (red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste* (s. 208–235). Cappelen Damm Akademisk.
- Torfinn, J., Andersen, L. B., Greve, C. & Klausen, K. K. (2020). *Public governance paradigms: Competing and co-existing*. Edward Elgar Publishing.
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2021). Hverdagsrehabilitering—ti år etter oppstart og veien videre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (3), 1–7. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-12>
- Ubel, P. A. (2015). Why it's not time for health care rationing. *Hastings Center Report*, 45(2), 15–19. <https://doi.org/10.1002/hast.427>
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd*. Universitetet i Oslo.
- Øydgard, G. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? En institusjonell etnografi om kommunale saksbehandlers oversettelse fra behov til vedtak. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 27–39. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04>
- Aasen, H. S., Bringedal, B., Bærøe, K. & Magnussen, A.-M. (2018). *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i Norsk Helsetjeneste*. Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1: Utdrag av spørreskjema

A: Bakgrunnsopplysninger

Hva er din stilling?

1. Øverste leder for helse- og omsorgstjenesten (kommunalsjef e.l.)
2. Annet

Ved annet, oppgi stillingstittel:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hva er din stilling?»

Hvilken utdanning har du? Omfatter utdanning som gir studiepoeng, ikke kurs eller opplæringsprogram.

1. Helse- og sosialfaglig utdanning (bachelor/master)
2. Helse- og sosialfaglig utdanning, tilleggsutdanning i økonomi/ledelse
3. Utdanning i økonomi/ledelse (bachelor/master)
4. Annet

Ved annet, oppgi utdanning:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hvilken utdanning har du? Omfatter utdanning som gir studiepoeng, ikke kurs eller opplæringsprogram.»

Hvor lenge har du arbeidet som leder innenfor helse- og omsorgssektoren?

Ta med erfaring som leder på alle nivå innenfor tjenesten (avdelingsleder, virksomhetsleder, kommunalsjef, mv).

1. 0–3 år
2. 4–9 år
3. Over 10 år

E: Tildeling av tjenester

Kommunene organiserer **tildeling** av helse- og omsorgstjenester på ulike måter. Med **utøvende tjenester** menes her hjemmetjeneste, Bolig/miljøtjeneste og sykehjem.

Hvor godt beskriver disse utsagnene hvordan tildeling av tjenester faktisk skjer i din kommune. Et felles tildelingskontor behandler søknader om tjenester, og fatter vedtak.

1. I svært liten grad
2. I liten grad
3. I noen grad
4. I stor grad
5. I svært stor grad
6. Vet ikke

Kartlegging av behov skjer i tett dialog med / utføres av utøvende tjeneste.

1. I svært liten grad
2. I liten grad
3. I noen grad
4. I stor grad
5. I svært stor grad
6. Vet ikke

Utarbeidelse av vedtak skjer i tett dialog / utføres av utøvende tjeneste.

1. I svært liten grad
2. I liten grad
3. I noen grad
4. I stor grad
5. I svært stor grad
6. Vet ikke

Justering/endring av vedtak (ut fra endret behov hos bruker) gjøres av utøvende tjeneste.

1. I svært liten grad
2. I liten grad
3. I noen grad
4. I stor grad
5. I svært stor grad
6. Vet ikke

Budsjett for utøvende tjeneste justeres løpende gjennom året ut fra samlet omfang av vedtak, med satser fastsatt på forhånd.

1. I svært liten grad
2. I liten grad
3. I noen grad
4. I stor grad
5. I svært stor grad
6. Vet ikke

Tildeling er desentralisert til tverrfaglige team med helhetlig ansvar innenfor et gitt område («tillitsmodell»).

1. I svært liten grad
2. I liten grad
3. I noen grad
4. I stor grad
5. I svært stor grad
6. Vet ikke

Andre opplysninger/kommentarer om tildeling av tjenester:

I en «tillitsmodell» får tverrfaglige, selvstyrende team ansvar for å tildele og yte helhetlige tjenester i et geografisk avgrenset område. Hvis din kommune har tatt i bruk en «tillitsmodell», beskriv denne nærmere:

Er det gjort endringer i tildeling av helse- og omsorgstjenester i din kommune de siste 3 årene?

1. Ja
2. Nei

Beskriv hvilke endringer som er gjort, og bakgrunnen for disse:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Er det gjort endringer i tildeling av helse- og omsorgstjenester i din kommune de siste 3 årene?»

Planlegges det endringer innenfor tildeling av helse- og omsorgstjenester i din kommune de kommende 3 årene?

1. Ja
2. Nei

Beskriv hvilke endringer som planlegges, og bakgrunnen for dette:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Planlegges det endringer innenfor tildeling av helse- og omsorgstjenester i din kommune de kommende 3 årene?»