

Tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor

En tverrsnittstudie om saksbehandlere i Østre Agder

SILJE JØNSRUD MORTVEDT OG HELENE KAASIN

VEILEDER

Ellen Dahl Gundersen

Universitetet i Agder, 2024

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Emnekode: ME-520-G

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten for vårt studie i Klinisk helsevitenskap. Vi er begge sykepleiere og ser stadig utfordringer knyttet til økt etterspørsel etter tjenester og manglende ressurser. Da temaet om tildelingskontor ble presentert for oss, satt begge igjen med en følelse av å kunne forske på noe som kunne bidra til kunnskap det var behov for. Vi har i løpet av denne prosessen lært mye, både om det aktuelle temaet, men også om forskningsprosessen. Vi har sett verdien av å kunne jobbe i team, der refleksjoner rundt prosessen og fag, har vært svært bidragsytende i denne oppgaven. Vi er begge enige i at vi har spilt hverandre gode og benyttet hverandres styrker for å kunne levere et resultat vi er stolt av.

Tusen takk til vår veileder Ellen Dahl Gundersen og kommunekontakt Kristin Jeppestøl for innspill, støtte og veiledning. Deres tilbakemeldinger og kritiske blikk har hjulpet oss å til komme i mål med denne oppgaven. Videre vil vi rette en takk til ytterligere bidragsyttere for tilbakemeldinger tilknyttet kvantitativ metode.

En stor takk rettes til respondentene og avdelingsledere i denne studien, uten deres bidrag hadde vi ikke hatt noe å formidle. Vi vil også takke saksbehandlerne som innledningsvis ga oss en tydeligere retning på oppgaven, og videre deltagerne som piloterte spørreundersøkelsen.

Til slutt vil vi takke våre familier som har støttet oss og bidratt til at vi har kunnet gjennomføre denne masteren. Uten dere hadde ikke dette gått! Nå ser vi frem til igjen å kunne ta full del i hverdagslivets herlige kaos.

Silje og Helene

Sammendrag

Tildelingskontoret er en tverrprofesjonell satsing for å gi gode og trygge tjenester til innbyggere. Det er derfor vesentlig at tildelingskontor innehar nødvendig tverrprofesjonell kompetanse for å kunne sikre kvalitet på tjenestene. Hensikten med denne studien, var å få kunnskap om tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor i Østre Agder. Med bakgrunn i dette er vår problemstilling: Hvordan beskriver saksbehandlere ved kommunale tildelingskontor tverrprofesjonell samhandling knyttet til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende?

Totalt 36 respondenter deltok i denne tverrsnittstudien, der spørreundersøkelse ble benyttet som datainnsamlingsverktøy. Utvalget besto av saksbehandlere på tildelingskontor i Østre Agders åtte kommuner.

Funnene i studien viste at respondentene var en homogen gruppe som alle ønsket å jobbe tverrprofesjonelt. Vi fant at tildelingskontorene var ulike når det kom til organisering, både med tanke på utforming, brukergruppe og fagfelt. I tillegg så vi at de store kommunene hadde bedre tilgang på yrkesbakgrunner som ble ansett som viktigst å trekke inn i en saksbehandlingsprosess. Saksbehandlere fra små kommuner gikk i større grad på hjemmebesøk. Videre fant vi at de med annen yrkesutdanning enn sykepleie oppga i større grad at tverrprofesjonell samhandling ga bedre tjenester til brukeren.

Studien indikerer at det er behov for tydeligere retningslinjer i organiseringen av tildelingskontor og at det bør legges mer til rette for tverrprofesjonell samhandling. Videre synliggjør resultatene nødvendigheten for økt fokus på hjemmebesøk som del av den tverrprofesjonelle samhandlingen. Denne studien kan bidra til å fremme kunnskap om tverrprofesjonell samhandling, som ledd i å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Nøkkelord: Tildelingskontor, tverrprofesjonell samhandling, saksbehandlere, brukerinvolvering

Abstract

The allocation office is an interprofessional commitment to provide good and safe services to homebased residents. Therefore, it is essential that the allocation office has the necessary interprofessional competence to ensure service of high quality. The aim of this study was to gain knowledge about interprofessional collaboration at the allocation offices in Østre Agder. The study was based on the following research question: How do caseworkers at municipal allocation offices describe interprofessional collaboration related to healthcare services for homebased residents?

A total of 36 responders participated in this cross-sectional study, where a survey was used as a data collecting tool. Responders were caseworkers at allocation offices in Østre Agder's eight municipalities.

Our findings indicated that the responders were a homogeneous group, who all wanted to work interprofessional. We found that the allocation offices were organized differently in terms of design, user-group and professional field. Additionally, we saw that the larger municipalities had better access to the professions that were considered most important to include in the case management process. Whereas caseworkers from small municipalities made home-visits more often. Furthermore, we found that those with a different profession than nursing, stated to a greater extent that interprofessional collaboration provided better services to the recipient.

Our study indicates that there is a need for clearer guidelines in the organization of the allocation office and that interprofessional collaboration should be better facilitated. Furthermore, the results highlight the necessity for an increased focus on home-visits as part of the interprofessional collaboration. This study can contribute to promoting knowledge about interprofessional collaboration, as a part of creating sustainable healthcare services.

Keywords: Allocation office, interprofessional collaboration, caseworkers, user-involvement

Innholdsfortegnelse

1.0. Introduksjon	1
1.1. Forskningskontekst	3
1.1.1. Østre Agder-samarbeidet	3
1.1.2. Folkehelseprofil Agder	4
1.2. Hensikt og problemformulering	5
1.3. Begrepsavklaring og definering	5
1.4. Avgrensninger i oppgaven	6
2.0. Teoretisk rammeverk	7
2.1. Rett til nødvendig helsehjelp	7
2.2. Utredning av behovet for tjenester	7
2.3. Veileder for saksbehandling	10
2.4. Behovet for tverrprofesjonell kompetanse	10
2.5. Samhandling	11
2.5.1. Tverrprofesjonell samhandling	11
2.5.2. Samhandling på tvers av systemer	12
2.6. Tverrprofesjonell praksis	13
2.6.1. Verdier og etikk for tverrprofesjonell praksis	13
2.6.2. Roller og ansvar	14
2.6.3. Tverrprofesjonell kommunikasjon	15
2.6.4. Team og samarbeid	15
2.7. Pasient- og brukerinnflytelse	16
2.8. Litteratursøk	16
2.9. Tidligere forskning	17
3.0. Metode	20
3.1. Valg av metode og forskningsdesign	20
3.2. Spørreundersøkelse	20
3.2.1. Utarbeidelse av spørreundersøkelsen	20
3.2.2. Svaralternativer	22
3.2.3. Nettbasert spørreskjema	23
3.2.4. Pilotering	24
3.3. Utvalg av respondenter	25
3.4. Datainnsamling	25
3.5. Dataanalyse	26
3.6. Forskningsetiske overveielser	27
4.0. Resultater	29
4.1. Karakteristika ved saksbehandlere i Østre Agder	29

4.1.1.	Respondentenes fagfelt og brukergruppe.....	31
4.1.2.	Kompetanseutvikling	32
4.2.	Fremstilling av tverrprofesjonell samhandling.....	33
4.2.1.	Involvering av eksterne samarbeidspartnere	35
4.2.2.	Utforming av arbeidsplassen	35
4.2.3.	Tverrprofesjonelle møter	36
4.3.	Involvering av brukeren.....	37
4.3.1.	Tverrprofesjonelle hjemmebesøk	38
4.3.2.	Avslag på tjenester og mottak av klager	39
5.0.	Drøfting	41
5.1.	Kjennetegn ved saksbehandlere i Østre Agder	41
5.2.	Tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor	43
5.3.	Involvering av brukeren i saksbehandlingsprosessen	49
5.4.	Metodediskusjon	53
6.0.	Konklusjon	59
6.1.	Forslag til videre forskning	59
	Referanseliste	61
	Vedlegg	68
	Vedlegg 1 - Spørreundersøkelsen	68
	Vedlegg 2 - Informasjon til pilotgruppen	75
	Vedlegg 3 – Informasjonsskriv	76
	Vedlegg 4 – Godkjenning Sikt.....	77
	Vedlegg 5 – Godkjenning FEK.....	79
	Vedlegg 6 – Informasjon presentert i eposten som ble sendt til respondentene	80

1.0. Introduksjon

Innen helse- og omsorgstjenester er kommunens overordnede ansvar å sørge for at alle pasient- og brukergrupper som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven - hol, 2011, § 3-1). For å sikre at disse tjenestene er forsvarlige skal det derfor gjennomføres en helse- og sosialfaglig vurdering av den enkeltes behov der brukeren skal medvirke i valg av tjenestene, så langt det lar seg gjøre (Helsedirektoratet, 2017, s. 11-12). Kommunen har ifølge Folkehelseloven § 4 (2011), blant annet ansvar for å fremme befolkningens helse og forebygge psykisk og somatisk sykdom med de virkemidler kommunen har, herunder forvaltning.

Over flere år har det pågått en endring i kommunens helse- og omsorgstjenester hvor de ansatte må løse flere oppgaver enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). Dette skyldes til dels Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009)) og en mer differensiert brukergruppe med ulike og sammensatte behov. Brukernes behov er i endring både i omfang og innhold, med sterkere vekt på brukerorientering og en økt helsekompetanse i befolkningen. Denne utviklingen stiller større og endrede krav til kompetanse og samarbeid i tildeling av tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 10, s. 20). Det pågår også en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester, til hjemmebasert behandling med vekt på hjemmerehabilitering og tidlig innsats for å bidra til å styrke og opprettholde brukerens egenmestring. Dette for at man skal kunne bli boende hjemme lengre enn tidligere.

Kommunene bør planlegge for økningen i den eldre befolkningen som man forventer frem mot 2050 (Folkehelseinstituttet, 2024, s. 2). Samtidig er nå om lag fire av ti mottakere av pleie- og omsorgstjenester, under pensjonsalder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). Dette er noe som skaper bærekraftutfordringer, hvor vi må forme fremtidens helsetjenester til å tåle mindre helsepersonell per innbygger. De siste 20 årene har tjenestebehovet til den voksende yngre brukergruppen omfattet nesten alle nye ressurser som er satt inn i omsorgstjenestene. Veksten av personer som har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester skyldes blant annet økte behandlingsmuligheter som i dag bidrar til

at flere overlever alvorlige skader og sykdom og dermed lever lenger med kronisk sykdom. Dette innebærer mennesker som har sammensatte somatiske lidelser, utviklingshemming, psykiske lidelser og rusproblematikk, som igjen stiller krav til kunnskap om faglig tilnærming, et mangfoldig tjenestetilbud og ikke minst økende grad av samhandling i det kliniske arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). Tradisjonelt har helsepersonell vært mer individorienterte i sitt arbeid, men som i andre deler av velferdstjenesten blir helsetjenesten stadig mer kompleks med økt fragmentering i form av mange ulike profesjoner med stadig nye spesialiseringer (Orvik, 2022, s. 149). Videre vil disse problemene ramme ulikt mellom kommuner og regioner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). Det sees stadig større utfordringer i distriktene på grunn av lave fødselstall, manglende tilflytting og økende fraflytting mot byene.

Som en motsats til økt fragmentering av helsetjenester ble Samhandlingsreformen presentert, hvor kommunene fikk en større rolle enn tidligere og hvor forskning og innovasjon var en del av løsningen for å kunne møte fremtidens omsorgsutfordringer (St.meld.nr. 47 (2008-2009), s. 26, s. 57). Samhandlingsreformen var en omfattende retningsreform med overordnet hensikt om å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 3). Videre hadde den som mål å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid og å fremme samhandling mellom ulike ledd i helsetjenesten. Reformen bygger på en tanke om at samhandling bidrar til sammenhengende tjenester (Orvik, 2022, s. 169). Samhandling er videre et kriterium for vellykkede offentlige tjenester. Samhandling mellom ulike instanser ble derfor en metode for å aktivere ressurser på tvers av samfunnet (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 21, s. 51). For å lykkes med denne samhandlingen kreves det deltakelse fra både brukere og eksperter, hvor fagutøverne har en tverrfaglig tilnærming (St.meld.nr. 47 (2008-2009), s. 131). I Meld.St. 26 ((2014-2015), s. 11, s. 31-32) blir det også trukket frem nødvendigheten for kompetanse i kommunene og viktigheten av tverrfaglig innsats for å kunne sikre forsvarlig tjenester og fornuftig ressursbruk, uten at det går ut over kvaliteten. Dette vil si at man må flytte tjenestene lenger ned i den såkalte innsatstrappa, med fokus på laveste effektive omsorgsnivå, der brukeren må ses på som en ressurs som kan klare seg lengre hjemme med god hjelp. En tverrprofesjonell tilnærming er derfor en viktig del av å gi et individuelt tilpasset tilbud, slik at brukeren kan mestre egen helse

og på denne måten kan man frigi ressurser i kommunen (St.meld.nr. 47 (2008-2009), s. 131, s.140).

1.1. Forskningskontekst

Dette forskningsprosjektet gjennomføres i tilknytning til kommuneforskningsprogrammet (KFP) ved Senter for omsorgsforskning, sør, (SOF), ved Universitetet i Agder (UiA). SOF, sør ble opprettet i 2008 på bakgrunn av St. meld. nr. 25 (,2005-2006), med mål om å produsere, samle og formidle kunnskap om omsorg og omsorgsarbeid i regionen (Senter for omsorgsforskning sør, u.å.-b). SOF, sør har etablert et samarbeid med masterprogrammer på UiA, der studenter presenteres for ulike prosjekter som er relatert til kommunens kunnskapsbehov, kalt KFP (Senter for omsorgsforskning sør, u.å.-a). På denne måten bidrar KFP til at masterstudenter ved UiA kan jobbe med relevant forskningsarbeid som møter kommunens behov. Vårt prosjektforslag ble utviklet i et samarbeid mellom KFP og Østre Agder-samarbeidet hvor det var ytret et ønske fra Østre Agder-samarbeidet om å få kunnskap om ansattesammensetningen på tildelingsenhetene i kommunene (Senter for omsorgsforskning sør, u.å.-c). Gjennom dette prosjektsamarbeidet får vi som studenter både oppfølging fra veileder på UiA, men også fra en kommunekontakt som har kjennskap til feltet. Dette skaper et trepartssamarbeid der vi får bistand fra både akademia og kommunen i forskningsarbeidet.

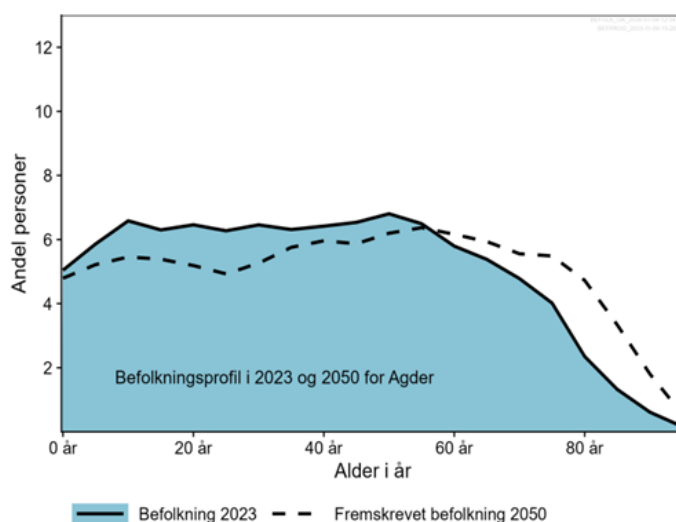
1.1.1. Østre Agder-samarbeidet

Regjeringen presenterte i 2019 en nasjonal helse- og sykehusplan som et ledd i å skape en bærekraftig helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartement, 2019). På bakgrunn av dette ble det opprettet et helsefelleskap bestående av alle de 25 kommunene i Agder, Sørlandet sykehus HF (SSHF), brukerorganisasjoner og fastlegerepresentanter (Østre Agder-samarbeidet, u.å.-a). Hensikten med Helsefelleskapet var å skape en møteplass hvor man sammen kunne planlegge og utvikle tjenestetilbudet, for å kunne gi mer effektive og riktige tjenester til befolkningen. De åtte kommunene som inngår i Østre Agder regionen, har et formelt samarbeid kalt Østre Agder-samarbeidet. Østre Agder-samarbeidet er et interkommunalt politisk råd, som er en del av Helsefelleskapet i Agder (Østre Agder-samarbeidet, u.å.-c). Samarbeidet skal fremme regionens interesse ovenfor Agder fylkeskommune, samt nasjonale myndigheter og har blant annet som mål å ta i bruk

forskningsbasert kunnskap og på den måten være i front innen utvikling av helse-, omsorg- og levekårstjenestene. Østre Agder-samarbeidet ønsker å utvikle et effektivt tjenestetilbud som er sammenhengende og av høy kvalitet, med nærhet til pasientene hvor medarbeiderne er kompetente på sine arbeidsområder (Østre Agder-samarbeidet, u.å.-b). For å bidra til dette fungerer Helse og omsorgslederforum (HLF) som et rådgivende organ i Østre Agder-samarbeidet. HLF består blant annet av helseledere fra hver av de åtte kommunene i samarbeidet, samt tillitsvalgte fra arbeidstakerorganisasjoner. I samarbeid med UiA og SSHF, har Østre Agder-samarbeidet inngått en avtale med mål om å fremme utdanning, innovasjon og forskning (Østre Agder-samarbeidet, u.å.-a).

1.1.2. Folkehelseprofil Agder

I presentasjon av Agders Folkehelseprofil for 2024 (Folkehelseinstituttet, 2024) kommer det frem at andelen unge eldre (65-79 år) i Agder er høyere enn i landet som helhet og man ser en befolkningsvekst som er større og signifikant forskjellig fra resten av landet. Denne aldersutviklingen er vist i Figur 1. Samtidig er det en økning i forventet levealder som gjør at flere vil leve til de er over 90 år, noe som medfører at flere også vil leve lenger med kroniske sykdommer. Østre Agder regionen er den nest største i Agder og ved årsskifte 2023/2024 var det 97 222 innbyggere i de åtte kommunene som inngår i Østre Agder-samarbeidet (Telemarksforskning, u.å.).



Figur 1. Aldersfordeling i Agder i 2023 og fremskrevet til 2050 (Folkehelseinstituttet, 2024, s. 2).

1.2. Hensikt og problemformulering

Hensikten med denne studien, var å få kunnskap om tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor i Østre Agder. Problemstillingen vår er som følger:

Hvordan beskriver saksbehandlere ved kommunale tildelingskontor tverrprofesjonell samhandling knyttet til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende?

Vi har videre operasjonalisert problemstillingen i følgende forskningsspørsmål:

- Hva kjennetegner saksbehandlere i Østre Agder?
- Hvordan fremstilles tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor blant saksbehandlere i Østre Agder?
- Hvordan tilstreber saksbehandlere i Østre Agder involvering av brukeren i en saksbehandlingsprosess?

1.3. Begrepsavklaring og definering

For å klargjøre hvordan vi forstår ulike begreper som brukes i oppgaven, presenteres sentrale begreper nedenfor.

Helse- og omsorgstjenester: Det finnes ikke en helt klar avgrensning på helse- og omsorgstjenester, men overordnet er det offentlige tjenester som kommunen gjennom lov har ansvar å tilby sine innbyggere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Typiske helse- og omsorgstjenester er blant annet helsetjenester i hjemmet, institusjonsopphold, brukerstyrt personlig assistent eller annen praktisk bistand. Kommunens ansvar i forhold til helse- og omsorgstjenester avgrenses av det man kan forvente innbyggeren selv kan ivareta. Videre står kommunen fritt til å forme tjenesten etter lokale forhold og behov.

Hjemmeboende: Mennesker som bor i eget hjem, herunder også omsorgsbolig.

Tildelingskontor: De kommunale enhetene som behandler og forvalter helse- og omsorgstjenester er organisert under flere ulike navn. Med bakgrunn i Veiledning for saksbehandling vil vi heretter bruke tildelingskontor om denne funksjonen (Helsedirektoratet, 2017, s. 42).

Saksbehandler: Når vi i denne oppgaven snakker om saksbehandlere, sikter vi til de ansatte på tildelingskontor, som tildeler helse- og omsorgstjenester.

Samhandling: Samarbeid, samordning og samhandling er til dels overlappende begreper, og det er derfor hensiktsmessig med en forenkling, hvor man gjør samhandling til et samlebegrep (Orvik, 2022, s. 152). Dette kan videre begrunnes ved at både samarbeid og samordning understøtter, tilrettelegger for og inngår i samhandling.

Tverrprofesjonalitet: Vi har innledningsvis brukt begrepet tverrfaglighet, da dette er et vanligere begrep for feltet vi ønsket å undersøke. Vi vil derfor veksle noe mellom tverrfaglighet og tverrprofesjonalitet videre i denne oppgaven. Begrepet tverrfaglighet utsettes for kritikk på bakgrunn av at det i utgangspunktet handler om fag og disipliner basert på fragmentert kunnskap (Orvik, 2022, s. 179). På bakgrunn av dette var det behov for et begrep som beskriver den kliniske praksisen hvor ulike profesjoner samhandler. Tverrprofesjonalitet kan beskrives som en prosess av sammenhengende praksis blant profesjonelle hvor man reflekterer over og utvikler praksisformer som har som hensikt å gi et integrert og sammenhengende tjenestetilbud (Orvik, 2022, s. 180).

1.4. Avgrensninger i oppgaven

Tildelingskontor tilbyr en rekke tjenester, hvor vi i vår studie, retter fokus mot helse- og omsorgstjenester. Vi har avgrenset studien til å omfatte saksbehandlere som tildeler helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Dette valgte vi etter å ha blitt gjort oppmerksomme på at noen saksbehandlere jobber eksplisitt med tildeling av tjenester opp mot pasienter som skrives ut fra sykehuset. Da den ansatte i disse tilfeller har et tett samarbeid med sykehuset, og tjenesten det søkes om ofte er basert på en tverrprofesjonell vurdering fra sykehusets ansatte, valgte vi å ikke inkludere disse saksbehandlerne i studien. I utgangspunktet var prosjektet formulert med et ønske om at man skulle undersøke om sammensetning av ansatte på tildelingskontor har en effekt på tjenester som tildeles (Senter for omsorgsforskning sør, u.å.-c). Vi så imidlertid at dette kunne blitt en svært omfattende oppgave og mente det derfor ville være hensiktsmessig å se nærmere på hvordan tildelingskontorene faktisk er sammensatt, og å få kunnskap om tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor. Oppgaven er på bakgrunn av forespørsel fra Østre Agder-samarbeidet, avgrenset til de åtte tildelingskontorene i Østre Agder, bestående av Arendal, Froland, Gjerstad, Grimstad, Risør, Tvedestrand, Vegårshei og Åmli.

2.0. Teoretisk rammeverk

I denne delen av oppgaven vil vi redegjøre for hva som ligger til grunn for tildeling av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Deretter vil vi trekke frem tverrprofesjonell samhandling og tverrprofesjonell praksis. Til slutt vil vi se på brukerinnflytelse innen tildelingsprosessen, samt trekke frem tidligere relevant forskning med tilhørende litteratursøk.

2.1. Rett til nødvendig helsehjelp

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-4 (2011), har kommunen på sin side, som nevnt i kapittel 1.0., et overordnet ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester og en plikt til å samordne tjenestene for å gi et helhetlig tjenestetilbud til brukeren. Tjenesten som tilbys skal også være forsvarlig ved at den er tilrettelagt for et koordinert og verdig helse- og omsorgstjenestetilbud, jf. § 4-1a- og b. Pasient og bruker har rett på nødvendig helsehjelp i samsvar med Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (2011), der kommunen skal gi den som søker om tjenester informasjon om behandling- og helsemessige opplysninger, for å kunne ivareta sin rett (Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl, 1999, § 2-1a, §3-1). Pasient og bruker har i tillegg rett til å medvirke til gjennomføring og valg av helse- og omsorgstjenesten som tilbys. Forvaltningsorganet, her ment som tildelingskontor, skal ifølge Forvaltningsloven § 17 (1967), fatte et vedtak basert på innhentede opplysninger som begrunner saken best mulig.

2.2. Utredning av behovet for tjenester

I 2015 fremmet Solberg- regjeringen en stortingsmelding der helsetjenester skulle vurderes ut ifra nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet (Meld. St. 34 (2015–2016), s. 10-12, s. 47). Jo større nytte eller jo høyere grad av alvorlighet et tiltak eller tjeneste har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. De tre prioriteringskriteriene skal da samlet sett tas med i vurderingen og den enkeltes behov skal veies opp mot fellesskapets behov. Kommunen må derfor vurdere hva slags tjeneste eller tiltak en bruker eller pasient skal få, ut ifra ressursene i kommunen, men også ta høyde for den enkeltes ønsker og synspunkter, samt vektlegge forsvarlighet. For å kunne fatte et vedtak om nødvendige helsehjelp er det ifølge Halvorsen (2004, s. 146) vesentlig å se på hvem som fyller vilkårene for en tjeneste, med andre ord, det handler om å prioritere, både på et politisk nivå, men også på et individnivå. På et politisk nivå er

det viktig å se på hvilke tjenester samfunnet anser som nødvendig for at det skal bli ansett som rettferdig og legitimt. På et individnivå vil denne prioriteringen være en vurdering av hva som er nødvendig for å møte pasientens behov for helsehjelp.

Ressurser brukt på laveste effektive omsorgsnivå, også kalt LEON-prinsippet, ble først omtalt i Meld. St. 9 (1974-75, s. 70-72). Her ble det presisert at en rasjonell utnyttelse av samfunnets ressurser vil være at pasienter blir behandlet hjemme i distriktet så lenge det er forsvarlig, fremfor å bli behandlet på sykehuset. Det tilsier at kommunen skal være utgangspunktet for de andre leddene i helsetjenesten og på den måten håndtere størstedelen av helseutfordringer i befolkningen (Braut, 2022). Samhandlingsreformen nevner også LEON-prinsippet (her kalt BEON; beste effektive omsorgsnivå), men påpeker at tiltak og tjenester som har god samfunnsmessig effekt, ofte ikke er kostnadseffektive før på lang sikt (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 102). For å kunne beskrive kommunale tjenester som et kjede av tiltak, er omsorgstrappa et verktøy som baserer seg på LEON-prinsippet (Helsedirektoratet, 2016, s. 39-40). Trappe-begrepet er brukt for at tjenestene skal kunne plasseres på ulike nivå, hvor tre hovedkriterier skal vurderes. De tre kriteriene er spesialiserte tjenester, bistandsbehov og ressursbehov. Spesialiserte tjenester sier noe om hvor tjenesten er plassert ut ifra hvor stor grad av spesialiserte tjenestene er. På bunnen av trappa ligger blant annet aktivitetstilbud og hjelpemidler, mens øverst i trappa ligger kommunenes spesialiserte tilbud. Bistandsbehov sier noe om brukerens behov for tjenester der de med mindre bistandsbehov er plassert på de første trinnene og tjenesten flytter seg oppover trappa ettersom behovet for bistand øker. Det siste kriteriet er ressursinnsats som følger brukerens behov for spesialiserte tjenester og bistandsbehov og viser til nødvendig ressursbruk per bruker.

Konsulentselskapet Agenda Kaupang videreutviklet omsorgstrappa til en innsatstrapp som brukes av flere kommuner i Norge (Agenda Kaupang, 2023). Trappa har fokus på forebygging og at de laveste trinnene skal styrkes for å unngå og/eller utsette mer ressurskrevende tjenester. Østre Agder-samarbeidet har igjen tilpasset denne trappa til bruk i alle sine kommuner, med mål om riktige, helhetlige og koordinerte tjenester (Gjerstad kommune, 2022, s. 31-32).



Eksempel på en modell
tilpasset flere sektorer fra
Østre Agder kommunene



Figur 2: Østre Agder-samarbeidets felles innsatstrapp, «Den helhetlige innsatstrappa» (Gjerstad kommune, 2022, s. 31).

Østre Agder-samarbeidet bruker dermed samme innsatstrapp, med de samme trinn og betegnelser (Tvedestrand kommune, 2023, s. 22-23). Innsatstrappa gjelder hele livet og tar utgangspunkt i tre fokusområder. Fokusområdene innebærer barnets beste, basert på blant annet FNs barnekonvensjon (FN-sambandet, 1989), bedre tverrfaglig innsats, der fokuset er samarbeid på tvers av kommuner og tjenester, og leve hele livet, som innebærer at eldre skal få ha en trygg alderdom der de får muligheten til å mestre livet lenger.

Nåværende regjering, Støre-regjeringen, la i 2021 frem Hurdalsplattformen, en politisk plattform som fokuserer på å skape et samfunn med små forskjeller og gode velferdstjenester (Hurdalsplattformen, 2021). Som en del av arbeidet med å sikre gode tjenester til brukeren, til rett tid, satt regjeringen sammen et utvalg. Utvalget startet arbeidet med en reform kalt Tillitsreformen, som skulle opprettholde tilliten til offentlig sektor (Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet, u.å.). Dette er en reform som er under arbeid, der løsninger på utfordringene knyttet opp mot offentlig sektor skal komme nedenfra og opp, blant annet fra førstelinjetjenesten. Reformen har ingen tidsfrist og skal utvikles gjennom et tett samspill med ledelse i alle store offentlige virksomheter, tillitsvalgte og brukerorganisasjoner (YS Stat, 2022).

Tillitsreformen skal ha mindre fokus på mål- og resultatstyring og mer fokus på tillitsbasert ledelse og utvikling av ansattes kompetanse. Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) var en aktørene som kom med innspill til reformen, hvor de mente at et av punktene for en vellykket tillitsreform var å minske detaljstyringen fra forvaltning (Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, 2022).

2.3. Veileder for saksbehandling

For å kunne sikre god saksbehandling og kvalitet i tildeling av tjenester, har Helsedirektoratet (2017, s. 2) utviklet et verktøy, kalt Veileder for saksbehandling. Denne veilederen gir en praktisk innføring i tildeling av tjenester og reglene som omhandler saksbehandling. Veilederen trekker frem sentrale prinsipper og lovverk, og er ment til bruk i opplæring og undervisning, samt bidra til å sikre gode helse- og omsorgstjenester i kommunen.

Veileder for saksbehandling (Helsedirektoratet, 2017, s. 32) påpeker at en tverrfaglig tilnærming i mange saker er en forutsetning for å kunne gi en riktig og forsvarlig vurdering av tjenestebehovet jf. Forvaltningsloven § 17 (1967). I all saksbehandling er forsvarlighetskravet, brukermedvirkning og objektivitet grunnleggende for å kunne ivareta brukerens behov (Helsedirektoratet, 2017, s. 5). Ifølge Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste § 4-1 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) er en tjeneste forsvarlig dersom den er helhetlig og koordinert, gir et verdig tjenestetilbud, at de som utfører tjenesten er egnet og at det er tilstrekkelig faglig kompetanse i tjenesten.

2.4. Behovet for tverrprofesjonell kompetanse

Kommunen har plikt til å sikre faglig bredde for å kunne ha god nok kompetanse til å møte brukere og pasienter med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2018). For å sikre kvalitet på tjenestene er det derfor vesentlig at tildelingskontorene innehar nødvendig, tverrprofesjonell kompetanse, noe som gjelder i både store og små kommuner (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 86-87). Regjeringen har i den sammenheng, nylig varslet om at tverrfagligheten i omsorgstjenestene må styrkes. For å kunne nå målet om tverrprofesjonell kompetanse, mener Kommunesektorens organisasjon (KS) (2018) at det er nødvendig for virksomheter med kompetanseplanlegging. Nasjonal helse- og samhandlingsplan (Meld. St. 9 (2023-

2024), s. 90) understreker at personell i helse- og omsorgstjenester må forberede seg på at det vil være behov for at de er i en kontinuerlig kunnskapsutviklingsprosess. Dette er kompetanse som skal kunne dokumenteres, enten ved studiepoeng eller av de som gjennomfører internopplæring, hvor fagfolk får et faglig løft. Dette er også et viktig tiltak for å kunne rekruttere og beholde personell. Det sees en stadig økning av personell med spesialisering, men helse- og omsorgstjenestene har også behov for personell med generalist- og breddekompetanse (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 86-87). For å kunne imøtekomme den økende etterspørselen av helse- og omsorgstjenester må tjenestene organiseres på en måte hvor de støtter opp under og utløser de ressursene som ligger hos brukerne, pårørende og organisasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 37). Dette er noe som i årene fremover stiller store krav til innovasjon og endring i tjenestene, hvor det er behov for kunnskap om blant annet tjenesteinnhold og kvalitet, organisering, effekt av arbeidsformer og faglig tilnærming (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 21).

2.5. Samhandling

Forutsetningen for samhandling er et gjensidig forpliktende samspill basert på tillit, ansvar og likeverd, der fagpersoner koordinerer sine handlinger og tilpasser seg hverandre (Orvik, 2022, s. 150). Denne «gi og få» orienteringen danner grunnlaget for å lykkes med samhandling, særlig i tverrprofesjonell sammenheng. Det finnes mange ulike uttrykk for å beskrive hvordan helsepersonell arbeider sammen og kommuniserer over profesjongrensene. Organisert samhandling kan fremstilles som et spekter med en rekke modeller hvor ytterpunktene er autonomi og fusjon (Orvik, 2022, s. 162-163). Forenklet kan man dele dette inn i flerfaglig-, tverrprofesjonell- og fellesfaglig samhandling, hvor forskjellen mellom de tre måtene for samhandling er graden av involvering og forpliktelse i hverandres arbeid (Orvik, 2022, s. 170). Flerfaglig- og tverrprofesjonell samhandling er i praksis de mest brukte formene for samhandling (Orvik, 2022, s. 172).

2.5.1. Tverrprofesjonell samhandling

Ved at samhandling foregår tverrprofesjonelt foreligger det en større forpliktelse til at de ulike faggruppene jobber interaktivt i grupper eller team, til sammenligning med flerfaglig samhandling, hvor faggruppene jobber parallelt uten særlig påvirkning på

hverandres arbeid (Orvik, 2022, s. 171). Tverrprofesjonelle team heller lenger mot fusjon på skalaen over ulike modeller for organisering av samhandling og her foreligger det derfor en større grad av organisert samhandling sammenlignet med flerfaglig samhandling (Orvik, 2022, s. 163). Her bidrar den enkelte fagperson med sin kjernekompetanse, samtidig som det finnes noe overlapp mellom rollene hvor gruppe medlemmene utveksler kompetanse (Orvik, 2022, s. 171). Deltakerne i det tverrprofesjonelle teamet vil i fellesskap identifisere problemer og sammen komme frem til løsninger, og på denne måten kunne komme frem til ny, felles kompetanse. Her er det en stor grad av involvering og felles forpliktelser blant teammedlemmene hvor kompetansen til de ulike profesjonsutøverne utfyller hverandre (Orvik, 2022, s. 163). Denne formen for samhandling krever at det tilrettelegges med møter hvor det tverrprofesjonelle teamet kan drøfte pasientforløp. En forutsetning for slik samhandling er derimot at det ikke kan overstyre legens rett til å ta medisinske beslutninger (Orvik, 2022, s. 171).

2.5.2. Samhandling på tvers av systemer

Samhandling på tvers av systemer kan foregå tverrorganisatorisk eller tverrsektorielt (Orvik, 2022, s. 183). Ved samhandling på tvers av systemer er det en forutsetning at helsepersonell samhandler flerfaglig, tverrprofesjonelt eller fellesfaglig (Orvik, 2022, s. 169). Denne type samhandling bygger på avtaler gjort på organisatorisk nivå (samordning), men det er opp til fagpersonene fra de ulike organisasjonene eller sektorene å realisere samhandlingen gjennom felles planlegging, gjennomføring og evaluering. Noe samhandling bygger på lovpålagte samarbeidsavtaler og bestemmelser, mens andre starter frivillig (Orvik, 2022, s. 183-185). I et folkehelseperspektiv er det et viktig prinsipp at det er «helse i alt vi gjør» og det er derfor av helsefremmende betydning at tiltak iverksettes der de har størst effekt. Dette kan for eksempel handle om at kulturskolen holder arrangementer på et omsorgssenter, eller at helsepersonell er med i utforming av kommuneplanlegging. Tverrorganisatorisk- og tverrsektoriell samhandling er en krevende form for samhandling hvor det kan oppstå uenigheter mellom ulike aktører og det har større forutsetninger for å lykkes dersom det er av felles interesse på tvers av organisasjon eller sektor (Orvik, 2022, s. 184-186).

2.6. Tverrprofesjonell praksis

En tverrprofesjonell tilnærming er nødvendig for at vi kan samskape tjenester og spille på ressurser på tvers av samfunnet (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 51). Videre bygger tverrprofesjonell praksis på et folkehelseperspektiv, hvor integrerte pasientforløp og overganger er en forutsetning for at den tverprofesjonelle samhandlingen skal møte behovet hos befolkningen (Orvik, 2022, s. 158, s. 180). Tverrprofesjonalitet skal favne både integrasjon mellom profesjonsutøving i den kliniske hverdagen, men også samordne de ulike nivåene i organisasjonen på et vertikalt plan. Den vertikale integreringen kan foregå som innovasjonsarbeid innenfor et profesjonsfelt på tvers av forvaltningsnivåer (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 69). Dette skjer gjerne i samarbeid med forskningsmiljøer og næringslivet, og er noe helse- og omsorgstjenestene bør legge til rette for.

Kompetansen om tverrprofesjonell samhandling bør ha plass allerede i utdanningen (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 51). Som et ledd i utdanningen av helsearbeidere, identifiserte et ekspertpanel fire kompetansedomener innen tverrprofesjonell praksis (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 3). Ekspertpanelet besto av representanter fra amerikanske profesjonsutdanninger i farmasi, folkehelsevitenskap, medisin og sykepleie (Orvik, 2022, s. 180). Målet med disse kompetansedomene var at det skulle forberede studenter av helseprofesjoner på å jobbe bedre sammen, med et felles mål om et tryggere helsevesen som har pasienten og samfunnet i fokus. Med kompetansedomene som grunnlag fant Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011, s. 7) at tverrprofesjonell samhandling gir bedre og koordinerte tjenester, hvor man har anerkjennelse for hverandres arbeid, noe som dermed styrker den tverrprofesjonelle praksisen. Disse fire domene er verdier og etikk for tverrprofesjonell praksis, roller og ansvar, tverrprofesjonell kommunikasjon og team og teamarbeid. Det er til en viss grad en flytende overgang mellom kompetansedomene, hvor de står i en avhengighet til hverandre.

2.6.1. Verdier og etikk for tverrprofesjonell praksis

Tverrprofesjonelle verdier og etikk er en viktig del av å utvikle en praksis som er pasientsentrert og samfunnsorientert (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 17). Dette bygger på følelsen av at man på tvers av

profesjoner har et felles mål om å sikre et helsevesen som er til det beste for fellesskapet, med en forpliktelse om å sammen utvikle et trygt og effektivt tjenestetilbud. Den tverrprofesjonelle samhandlingen er på denne måten verdifull for pasienten og samfunnet ved at det kan fremme helse, forebygge utvikling av sykdom og legge til rette for effektiv omsorg. En grunnleggende faktor for at den tverrprofesjonelle praksisen skal være effektiv, er gjensidig respekt og tillit på tvers av profesjoner, hvor man anerkjenner mangfoldet som gjenspeiler seg i den individuelle kompetansen hver profesjon tilfører praksisen (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 18).

2.6.2. Roller og ansvar

Å jobbe tverrprofesjonelt krever at man har en forståelse for hvordan de ulike profesjonenes roller og ansvar utfyller hverandre (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 20). For at samhandlingen skal være effektiv, er det viktig at man tydelig kan beskrive egen rolle og ansvar overfor andre profesjoner i det tverrprofesjonelle teamet. Samtidig skal man forstå andres roller og ansvar i forhold til sin egen rolle. Dette kalles gjensidighetskunnskap og innebærer at man har kunnskap om hverandres kompetanse, muligheter for handling og begrensninger (Vik, 2018, s. 129). Til grunne for gjensidighetskunnskapen ligger det en forutsetning om at man kjenner til hverandre gjennom at man har møttes og snakket med hverandre. Til tross for at noen roller og ansvar kan variere ut fra spesifikke situasjoner, kan det finnes jurisdiksjoner som kan avklare rammer for det tverrprofesjonelle teamet (Orvik, 2022, s. 176).

Et mangfold av ekspertise danner grunnlaget for tverrprofesjonell samhandling, og videre vil et mangfold av bakgrunner og kulturelle forskjeller også tilføre ressurser til samhandlingen (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 20). Tverrprofesjonalitet innebærer kontinuerlig kunnskapsdeling hvor ulikheter og motstridende synspunkter mellom profesjoner kan forekomme i arbeidet med å forsøke å løse eller utforske utfordringer (Jacobsen, 2022, s. 180). I slike tilfeller kan det oppstå konflikter mellom ulike profesjoner, noe som er svært uheldig for samhandlingen (Orvik, 2022, s. 174). Til tross for at noen profesjoner kan ha myndighet over andre, er likeverd mellom deltakerne i det tverrprofesjonelle teamet gullstandarden for god tverrprofesjonell praksis. Det oppstår gjerne konkurranse om

kontroll over arbeidsoppgaver dersom enkelte profesjonsutøvere er sterkt personlig involvert, hvor kritikk av behandling oppleves som kritikk av den som har utført behandlingen. Konflikter kan også bunne i ulike interesser og verdier innad i profesjonen (Orvik, 2022, s. 177).

2.6.3. Tverrprofesjonell kommunikasjon

Å ha kommunikasjonskompetanse er viktig for å få til en god tverrprofesjonell samhandling. Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter finner som regel plass i profesjonsutdanningen, men helseprofesjonsstudenter får ofte lite innføring eller erfaring i tverrprofesjonell kommunikasjon (Interprofesjonal Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 22). For å få til en god tverrprofesjonell kommunikasjon, er det viktig at man er tilgjengelig både i tid og sted. Videre er en ansikt-til-ansikt-relasjon noe som beskrives i sammenheng med vellykket samhandling (Vik, 2018, s. 132). Samtidig må man være mottakelig for kommunikasjonen, ved å vise interesse og bidra i diskusjon. Kommunikasjon i den tverrprofesjonelle samhandlingen kan også kreve at man mestrer ulike teknologier for å kunne kommunisere på tvers av kontorer, organisasjoner eller sektorer (Interprofesjonal Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 22).

Det er viktig med et felles språk blant medlemmene av det tverrprofesjonelle teamet, og man bør ha som mål at kommunikasjonen er tydelig og lettfattelig (Interprofesjonal Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 22). Dette gjelder informasjon til både andre profesjoner, men også til bruker og/eller pårørende. Videre kan også et hierarki blant medlemmene av det tverrprofesjonelle teamet bidra til dysfunksjonell kommunikasjon, hvor resultatet kan bli at noen lar være å dele deres kompetanse. Det oppfordres derfor til likeverd mellom alle medlemmene av det tverrprofesjonelle teamet, hvor man kan si ifra på en konstruktiv måte om man er uenig i, eller har bekymringer knyttet til, kvaliteten på tjenestene.

2.6.4. Team og teamarbeid

Når man er en del av et tverrprofesjonelt team, må man være en god lagspiller (Interprofesjonal Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 24). Det å jobbe i et tverrprofesjonelt team, innebærer at man blir en del av et lite og komplekst system som sammen har ansvar for å utvikle et trygt og effektivt tjenestetilbud. For å få til

dette på en god måte må man ha forståelse for hvordan teamet fungerer og vite når det vil være av verdi å inkludere annen profesjonell ekspertise.

Et mangfold av profesjoner og ekspertiser kan by på konflikter i et team (Interprofesjonal Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 24). Om man klarer å holde fokuset på pasienten og håndtere konflikten på en åpen og konstruktiv måte gjennom felles problemløsning, vil dette være med på å styrke teamet. Ved å jobbe i et tverrprofesjonelt team deler man på sin ekspertise og man må til en viss grad gi avkall på den profesjonelle autonomien for å oppnå best utfall av den tverrprofesjonelle samhandlingen. Det at man er sammen om ansvar, problemløsning og avgjørelser er kjennetegn på et effektivt og velfungerende tverrprofesjonelt team.

2.7. Pasient- og brukerinnflytelse

Den tverrprofesjonelle praksisen aktualiserer et større handlingsrom for samhandling, som innebærer at pasienter og brukere får en mer aktiv rolle i utredning, behandling og oppfølging (Orvik, 2022, s.181-182). Denne medvirkningen er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) hvor det blant annet fremkommer at pasienter og brukere har rett til medvirkning når det kommer til undersøkelses- og behandlingsmetoder og at det skal legges stor vekt på pasientens og brukeres meninger under utforming av tjenestetilbud. Samhandling trekker inn brukere, pårørende, ansatte og eksperter som sammen bidrar til felles problemløsning, men det krever at de ansatte har kompetanse om en tverrprofesjonell samhandling (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 51). Pasientmedvirkningen forutsetter en form for veiledning av helsepersonell for at pasienten får mulighet til å ta informerte valg når det gjelder beslutninger for egen utredning, behandling og oppfølging (Orvik, 2022, s.181-182).

2.8. Litteratursøk

For å finne relevant forskning og litteratur har vi benyttet oss av et usystematisk litteratursøk. At søket er usystematisk innebærer at det ikke eksplisitt nevnes kriterier for inklusjon og eksklusjon av litteratur, noe som gjør at litteratursøket i stor grad ikke er etterprøvbart (Jacobsen, 2022, s. 80). Vi søkte etter forskning publisert i bøker, rapporter og tidsskrifter i elektroniske databaser tilknyttet vårt universitet, UiA. Vi fikk god hjelp fra bibliotekar Ellen Sejersted ved UiA til å finne relevante søkeord på både norsk og engelsk. Vi søkte i UiA sine databaser under søkemotoren EBSCOhost og

Google Scholar, med hovedfokus på søkeordene; tildelingskontor (service assignment, allocation), tverrfaglighet/tverrprofesjonell praksis/samhandling (interdisciplinary, interprofessional collaboration) og hjemmeboende (home, homebound, dwelling, homebased, homecare, homehealth). Vi brukte ulike versjoner av søkeordene og trunkering (*) for å ikke gå glipp av aktuell litteratur. Etter dette startet arbeidet med å se over treffene og lese nøyere gjennom funnene som virket interessante, noe som var tidkrevende, men nødvendig for studiets faglige diskurs (Jacobsen, 2022, s. 81). Deretter så vi på litteraturlisten til de interessante funnene, og fant på denne måten tidligere forskning ved å søke "tilbake i tid". Vi så videre igjennom artikler som var sitert for å finne tidligere forskning (Polit & Beck, 2022, s. 90-92). Dette gjorde vi i Google Scholar ved å søke opp de aktuelle funnene og bruke funksjonen "sitert av", som gjorde at vi fikk en oversikt over all litteratur som hadde sitert det opprinnelige funnet. På denne måten ble det gjennomført søk "framover i tid" som gir mulighet til å se utviklingen i feltet, fra den aktuelle litteraturen ble publisert (Jacobsen, 2022, s. 81). Generelt fant vi lite forskning på ansattgruppen på tildelingskontor og deres erfaring med tverrprofesjonell samhandling, noe som bekreftet at dette var et kunnskapshull, med behov for mer forskning.

2.9. Tidligere forskning

I en kartlegging av kompetanseforskjeller mellom kommunene utført på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet, ble det utført analyser basert på 346 000 kommunalt ansattes registreringsopplysninger og intervjuer av 40 kommunale ledere (AGENDA Utredning & Utvikling AS, 2006, s. 3, s. 67-69). Her kom det fram at flere kommuner har kompetanseutfordringer i helse- og omsorgssektoren i form av knapphet eller lite tilgang på bestemte typer fagutdanninger. Videre pekes det på at det er en utfordring å sikre tilstrekkelig kapasitet til saksbehandling, da kravene til tjenester øker og flere etterspør enkeltvedtak.

For å få innsikt i variasjonen i tildelingsvurderinger i den kommunale omsorgstjenesten i Norge, gjennomførte Syse et al. (2015, s. 211) en vignettstudie hvor ansatte ved tildelingstjenestene i 261 norske kommuner ble bedt om å vurdere en fiktiv kasus. Syse et al. (2015, s. 218) fant med unntak av institusjonsopphold, en stor variasjonsbredde i tildeling av alle tjenester, hvor lavest tildelte tid var 0 minutter og høyest tildeling av tid var på 4240 minutter totalt per uke. Dette er en stor forskjell

i vurdering, spesielt når alle respondentene i studien har vurdert en identisk kasus og også har svart ja på at vignetten minner om saker de normalt vurderer. Imidlertid fant man ingen klare kjennetegn blant saksbehandlerne eller kommunene, som kunne forklare den store variasjonen i tildeling av tjenester.

I en dokumentanalyse av 833 vedtak til personer som er tildelt tjenester i hjemmet i to kommuner i Nord-Norge, fant man indikasjoner på at tildelingen av tjenester ikke var rettferdig på grunn av manglende prosedyrer, blant annet for å revidere enkeltvedtak (Holm et al., 2017, s. 7). Det ble også trukket frem at bosted og spredning i kommunen kunne ha betydning for omfanget av tjenestene som ble tildelt. De fant at de som bodde inntil 20 minutter unna hjemmetjenestekontoret mottok i snitt syv timer i uken på støttekontakt, mens de som bodde mer enn 20 minutter unna hjemmetjenestekontoret mottok i snitt 4 timer eller mindre av denne tjenesten. Studien fant også at begge kommunene tildelte mange tjenester uten sluttdato (41% i kommune A og 85% i kommune B). Videre viste studien at 25% av enkeltvedtakene i kommune A og 7% av enkeltvedtakene i kommune B var utgått, men brukerne mottok fortsatt tjenestene. Dette var noe som kunne tyde på at de som utfører tjenestene ikke var enige i beslutningene som ble tatt av de som tildelte tjenestene.

I en studie av Øydgard (2018, s. 34) ble syv saksbehandlere av helse- og omsorgstjenester i fem norske kommuner intervjuet. Her oppga saksbehandlerne at vurderingene som ble gjort ved tildelingsenheten i stor grad var skjønnsbasert. Samtidig foregikk det en kontinuerlig forhandling om hvor lavt i innsatstrappa tjenester kunne tilbys, og saksbehandlerne hadde dermed utviklet en spesiell kompetanse i disse vurderingene. Likevel opplevde saksbehandlerne det som trygt å være flere som diskuterte vurderingene av hva som ble ansett som nødvendig helsehjelp. På bakgrunn av dette ble det poengtert at det var sentralt at de alltid var flere sammen for å diskutere om brukeren var berettiget tjenester for å dekke retten til nødvendig, forsvarlig helsehjelp. Dette ble fulgt opp med å ha faste møter ukentlig eller hyppigere, hvor man kunne koble på aktuelle dialogpartnere som demenskoordinator, ergoterapeuter eller enhetsleder for hjemmebaserte tjenester.

Vik (2018, s.132) har i sin litteraturstudie om helseprofesjoners samhandling, gjennomgått 243 publikasjoner som belyser samhandling i helsetjenesten, i etterkant av samhandlingsreformen. Han fant at etablering av møteplasser, ansikt-til-ansikt-

relasjoner, samarbeid, gjensidighetskunnskap og likeverdighetstankegang var faktorer som styrker tverrprofesjonell samhandling. Manglende møteplasser, manglende lokale retningslinjer og manglende kunnskap om andres profesjoner skapte utfordringer i den tverrprofesjonelle samhandlingen.

Heggestad og Førde (2020, s. 873-874) gjennomførte intervjuer av totalt 18 deltakere som enten jobbet som saksbehandler på et tildelingskontor eller på en sykehjemsavdeling, om rettferdig tildeling av sykehjemsplasser. Her fant de at innsatstrappa og LEON-prinsippet ble brukt av de som fattet vedtak av helse- og omsorgstjenester. Samtidig var det på grunn av strukturen på organisasjonen og stram økonomi, svært utfordrende å vurdere hvor lavt i innsatstrappa man kunne legge tjenestene, samtidig som de skulle dekke retten til nødvendig, forsvarlig helsehjelp (Heggestad og Førde, 2019, s. 876). Respondentene oppga at de noen ganger opplevde å balansere på kanten av hva som var trygg og tilstrekkelig pleie. I tillegg trakk de frem utilsiktede faktorer som variasjoner mellom kommuner og distriktene, variasjoner mellom de enkelte saksbehandlerne og sterke pårørende. Dette var faktorer som påvirket beslutninger og truet prinsippet om rettferdig tildeling.

3.0. Metode

Metode er den strategien man bruker for å kunne tilegne oss gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten (Jacobsen, 2022, s. 15). For at forskning skal kunne skilles fra den daglige innsamlingen av informasjon, stilles det krav til at innsamling, behandling og presentasjon av data foregår systematisk (Jacobsen, 2022, s. 16). I dette kapittelet vil vi gjøre rede for valg av forskningsdesign og metode, utforming av spørreundersøkelsen, utvalg og rekruttering av respondenter, gjennomføring av datainnsamling, analyse av datamaterialet og forskningsetiske overveielser.

3.1. Valg av metode og forskningsdesign

Med bakgrunn i utforming av problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål, samt at vi ønsket å undersøke mange enheter, så vi det som mest hensiktsmessig å benytte oss av en kvantitativ tverrsnittstudie som studiedesign. Dette er en type studiedesign som egner seg godt når man ønsker å si noe om størrelsen av et fenomen, identifisere enkeltgrupper og se på samvariasjon mellom variabler. Et tverrsnittdesign estimerer et fenomen i en gitt populasjon i et bestemt tidsrom (Jacobsen, 2022, s. 117-118). Fordelene med en tverrsnittstudie er at det gir en presis beskrivelse av et fenomen og hvilke fenomener som varierer sammen i et bestemt tidsrom og denne undersøkelsesformen brukes ofte til å uttale seg kausalt (Jacobsen, 2022, s. 119).

3.2. Spørreundersøkelse

Valg av undersøkelsesopplegg kan sees på som den overordnede strategien for å samle inn informasjon (Jacobsen, 2022, s. 137). Ved innsamling av primærdata i kvantitativ metode, er det mest brukte undersøkelsesopplegget spørreskjema med lukkede svaralternativer og det kreves et stort forarbeide å lage et godt spørreskjema (Jacobsen, 2022, s. 263-264).

3.2.1. Utarbeidelse av spørreundersøkelsen

Forespørselen om å kartlegge tildelingsenhetene, kom fra de åtte kommunene i Østre Agder-samarbeidet og vi fant lite forskning på temaet vi ønsket å undersøke. På bakgrunn av dette valgte vi å utvikle vår egen spørreundersøkelse for best mulig å kunne svare på problemstillingen (Vedlegg 1). Å utarbeide et spørreskjema på denne måten, krever stor grad av pre-strukturering med kategorisering i forkant av

datainnsamlingen (Jacobsen, 2022, s. 139). Dette er en forutsetning for den kvantitative tilnærmingen, hvor man må ha oversikt over variabler og verdier som kan standardiseres. En slik tilnærming legger sterke føringer for hva slags informasjon respondentene kan gi, da man kun kan ta stilling til forhåndsdefinerte spørsmål og svar som forskerne anser som relevant informasjon. Da ingen av oss hadde tidligere erfaring med å jobbe som saksbehandler på tildelingskontor, ønsket vi et innblikk i hvordan de ansatte jobbet og ulike innfallsvinkler vi kunne ta med oss videre i utviklingen av spørreundersøkelsen. Sammen med vår kommunekontakt gjennomførte vi et møte med to saksbehandlere ved et tildelingskontor, der vi kunne stille spørsmål om det vi lurte på. Dette møtet ga oss et bilde av det aktuelle tildelingskontoret og en forståelse av at kommuner organiserer tildelingskontor svært ulikt. De aktuelle saksbehandlerne fremsnakket tverrfaglig samarbeid i saksbehandling og så verdien av dette på sin arbeidsplass. Dette gjorde oss nysgjerrige på om fokus på tverrfaglighet på tildelingskontor var like forskjellig som hvordan de var organisert. På bakgrunn av vår forståelse av tverrprofesjonell samhandling som et verktøy for å sikre forsvarlige tjenester og fornuftig ressursbruk i kommunen, samt saksbehandlerne tilbakemelding, fikk oppgaven en tydeligere retning.

Den neste fasen av arbeidet besto deretter av intensiv jobbing med utvikling av spørreundersøkelsen, og vi fikk god veiledning fra vår veileder og kommunekontakt. Ved utforming av en spørreundersøkelse, må man konkretisere (operasjonalisere) det man ønsker å måle (Jacobsen, 2022, s. 264). Her er det en forutsetning at problemstillingen lar seg konkretisere, slik at man kan stille presise spørsmål. Fenomenet tverrprofesjonell samhandling er abstrakt og subjektivt, og kan dermed ikke måles direkte, tas eller føles på. Dette er noe som kalles en latent variabel. Når man ønsker å måle slike fenomener, må man komme frem til konkrete indikasjoner ved dem, for å gjøre begrepet operativt eller målbart (Jacobsen, 2022, s. 165). Det er vanskelig å operasjonalisere et komplekst begrep og jo mer komplekst et begrep er, jo flere spørsmål må man bruke. Dette er ofte en lang prosess, hvor man må benytte seg av tidligere kunnskap og egen fantasi (Jacobsen, 2022, s. 266-267). For å operasjonalisere tverrprofesjonell samhandling utviklet vi tre forskningsspørsmål, på bakgrunn av tidligere forskning og litteratur, tilbakemeldinger fra ansatte på tildelingskontor og våre antagelser om forhold rundt fenomenet. Disse

forskningsspørsmålene hadde alle en rekke tilhørende spørsmål i spørreundersøkelsen, som bidro til at vi kunne besvare problemstillingen.

3.2.2. Svaralternativer

Spørsmålene i spørreundersøkelsen kan sees på som instrumentet man bruker for å måle teoretiske begreper (Jacobsen, 2022, s. 268). Ved at respondentene i vår studie oppga ulike svar på spørreundersøkelsen, kunne vi bruke svaralternativene som et middel til å kategorisere enhetene i ulike grupper, for eksempel etter yrkesbakgrunn eller kommunestørrelse. På denne måten åpnet vi opp for at vi kunne sammenligne mellom gruppene.

Vi opererte med tre former for svaralternativer: Kategorisk (nominal), rangordning (ordinale) og metrisk (forholdstall) (Jacobsen, 2022, s. 269-270). *Kategorisvar* brukes for å stille respondentene et spørsmål med et klart valg mellom alternativer, for å kunne måle om noe er gjennomført eller ikke, eller om man er for eller mot noe (Medbø, 2018, s. 43). Dette brukte i vår spørreundersøkelse blant annet for å kartlegge yrkesbakgrunn, om man hadde gjennomført videreutdanning, ansettelsesform og om man hadde lest veiledende dokumenter.

Rangordnede svar måler nyanser i respondentenes svar, og rangeres etter en eller annen størrelse (Medbø, 2018, s. 44). Vi var her ute etter å se på noe mer enn om enhetene var like eller ulike, vi ønsket å kunne si noe om grader av hvor forskjellige respondentene faktisk var. Dette gjorde vi med spørsmål som måler frekvens eller hyppighet av noe, som for eksempel hvor ofte man hadde planlagte tverrfaglige møter og hvor ofte man utførte et hjemmebesøk. Videre hadde vi også rangordnede svar på spørsmål som omhandlet vurdering av intensitet, altså hvor sterkt de var for eller imot noe (Jacobsen, 2022, s. 271). Dette var spørsmål som for eksempel, i hvilken grad man opplevde at tverrfaglig samarbeid bidro til bedre tjenestetildeling for brukeren, med svaralternativer fra “ikke i det hele tatt” til “i svært stor grad”. Felles for kategoriske og rangordnede svar er at alle relevante svar må listes opp (Jacobsen, 2022, s. 273). Dette løste vi ved å enten ha et svaralternativ som het “annet” hvor man selv kunne spesifisere i tekstboks, eller et svaralternativ som het “vet ikke” og “ikke relevant”. Videre sørget vi for at svaralternativene var gjensidig lukket, som vil si at kategoriene ikke overlapper hverandre og vi balanserte de rangordnede

svaralternativene ved at det var et midtpunkt i alternativene med like stort avvik på både den positive og negative siden (Jacobsen, 2022, s. 274).

Vi hadde også to spørsmål med *metriske svaralternativer* som hvor lenge de hadde vært ansatt som saksbehandler og i hvor stor stillingsgrad de var ansatt. Vi kunne brukt denne måten å avgi svar på i forhold til alder, men på grunn av at det ville blitt svært mange svaralternativer, valgte vi å gjøre denne variabelen rangordnet ved å dele inn i alderskategorier. Problemet med denne inndelingen var imidlertid at vi reduserte informasjonen vi fikk og vi kan potensielt ha gått glipp av et interessant skille vi ikke har vært klar over ved utforming av spørreundersøkelsen (Jacobsen, 2022, s. 278).

3.2.3. Nettbasert spørreskjema

For å gjennomføre spørreundersøkelsen og samle inn data har vi benyttet oss av et nettbasert spørreskjema som vi har utarbeidet gjennom dataprogrammet SurveyXact. Dataprogrammet har tilknytning UiA, gjennom en databehandleravtale med Rambøll Management/SurveyXact (Universitet i Agder, u.å.). Dette nettbaserte programmet har funksjoner som bidrar til utforming av spørsmål og design på spørreundersøkelsen, samtidig har den direkte lagring av svarene i en database (Jacobsen, 2022, s. 289). Det finnes også flere andre fordeler med en nettbasert spørreundersøkelse som gjør at det var det mest hensiktsmessige datainnsamlingsverktøyet for vårt forskningsprosjekt. Metoden er for det første kostnadseffektiv ved at man slipper utgifter som påløper ved postutsendte spørreundersøkelser eller reiseutgifter i forbindelse med fysiske møter med respondenter. Videre er det også arbeidsbesparende ved at respondentene selv legger inn svar og innsamlede data lagres automatisk i en database hvor de er klare for analyse. Ved at data samles inn over nett, har vi heller ingen intervju-effekt som kan påvirke svarene til respondentene og respondentene opplever en sterk grad av anonymitet som fører til at man er mer villig til å dele informasjon uten at man føler seg avslørt (Jacobsen, 2022, s. 290).

Fra tidligere hadde vi ingen kjennskap til SurveyXact og deltok derfor i et introduksjonskurs i regi av universitetsbiblioteket og Rambøll Management. Her fikk vi avklart noen funksjoner i selve programmet, og fikk informasjon om hvor vi kunne finne ytterligere, nyttig informasjon. I ettertid av introduksjonskurset tok vi kontakt

med kursholder, som er konsulent i Rambøll Management Consulting Norge, da det var en aktivering i SurveyXact vi ikke fikk til som vi ønsket. Konsulenten kom med nyttige tips, og hun fikk ID-nummeret på spørreundersøkelsen for å se om vi hadde satt opp aktiveringen riktig. Konsulenten kom med tilbakemelding om at spørreskjemaet så godt ut, og tipset oss om å ha en alternativ avslutningsside for de som svarer nei på spørsmål om de jobber som saksbehandler av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (eksklusjonskriteriet). Dette er en funksjon som er en fordel med nettbaserte spørreundersøkelser, ved at man kan filtrere ut respondenter hvis spørsmål ikke er relevante for dem (Jacobsen, 2022, s. 290). Siden konsulenten fikk tilgang på den opprinnelige spørreundersøkelsen, kopierte vi spørreundersøkelsen til en ny versjon, så den fikk et nytt ID-nummer før utsendelse. Tilgang på denne spørreundersøkelsen er begrenset til kun oss to masterstudenter og veileder.

3.2.4. Pilotering

Jacobsen (2021, s. 137) poengterer at en svært viktig del av arbeidet med å ferdigstille en spørreundersøkelse er å teste skjemaet. Ved å pilotere spørreskjemaet ønsket vi å finne ut om vi med spørsmålene våre traff hensiktsmessig på målgruppen og om svarene vil hjelpe oss med å svare på problemstillingen. For å unngå bias, valgte vi i samarbeid med vår veileder å kontakte en nabokommune som ikke var en del av vårt utvalg. Pilot-deltakerne bestod av tre representanter som jobbet som saksbehandlere ved et tildelingskontor. De fikk tilsendt pilotundersøkelsen samt en oversikt over fokusområder vi ønsket at de skulle vurdere i forbindelse med gjennomføring av spørreundersøkelsen (Vedlegg 2). Vi gjennomførte et fysisk møte kort tid etter utsendelse av spørreundersøkelsen, slik at den var friskt i minnet hos de tre deltakerne. Tilbakemeldingene var positive, og de opplevde at spørsmålene var treffende for utvalget. Andre tilbakemeldinger gjaldt endring til riktig ordbruk av ulike funksjoner, hjelp til å legge til relevante svaralternativer, forslag til aktuelle tilleggsspørsmål som belyste områder vi ikke tidligere hadde tenkt på og tydeliggjøring av hva vi var ute etter. Det ble for eksempel endret fra tildeling av helse- og omsorgstjenester til tildeling av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, i etterkant av dette møtet.

3.3. Utvalg av respondenter

Ved en kvantitativ tilnærming ønsker man å få et representativt bilde av en populasjon (Jacobsen, 2022, s. 297). I en tverrsnittsundersøkelse kan man velge å studere et utvalg av en populasjon, men om populasjonen er relativt avgrenset, er det ikke noe i veien for å studere hele populasjonen (Jacobsen, 2022, s. 117-118). Vår populasjon var saksbehandlere av helse- og omsorgstjenester. For å spisse oppgaven, avgrenset vi utvalget vårt til å bestå av saksbehandlere av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Dermed ekskluderte vi saksbehandlere av helse- og omsorgstjenester til brukere som enten bor i institusjon eller søker tjenester i forbindelse med overflytting fra sykehus til eget hjem. Utvalget vårt var i tillegg begrenset ut fra et geografisk kriterium, altså ved at respondentene måtte jobbe som saksbehandler i en av kommunene i Østre Agder-samarbeidet (Jacobsen, 2022, s. 300). Dette fører til at vi ikke kan uttale oss om enheter ellers i landet (Jacobsen, 2022, s. 300).

3.4. Datainnsamling

Datainnsamling foregikk fra november til desember 2023, og i februar 2024. Vi bestemte oss for å rekruttere respondenter via avdelingslederene ved tildelingskontorene som inngikk i studien. Dette gjorde vi så vi skulle sikre anonymiteten til respondentene, da svarprosent vanligvis øker når respondentene kan sikres konfidensialitet (Jacobsen, 2022, s. 294). Vi sendte en epost med informasjonsskriv (Vedlegg 3) og lenke til spørreskjemaet til avdelingslederene. De ble deretter bedt om å videresende eposten til saksbehandlere som tildelte helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Vi presiserte at vi hadde behov for tilbakemelding fra avdelingslederene på hvor mange saksbehandlere spørreundersøkelsen ble videresendt til, for å kunne si noe om svarprosent. Vi la inn to planlagte purringer, som også ble sendt på epost til avdelingslederene. Flere oppfølginger enn dette bidrar sjelden til flere respondenter (Jacobsen, 2022, s. 293). Utvalget fikk i første omgang i overkant to uker til å svare på spørreundersøkelsen etter anbefalinger fra vår pilot-gruppe. En kort frist til å svare vil kunne gi et «press» på respondenten til å svare med en gang, slik at det ikke havner nederst i epost-bunken og deretter glemmes.

Da svarfristen for spørreundersøkelsen var gått ut etter to uker som aktiv, så vi imidlertid at vi på langt nær hadde fått så mange svar som vi innledningsvis hadde sett for oss. På bakgrunn av dette tok vi kontakt med vår veileder og kommunekontakt, for en dialog om videre progresjon for prosjektet. Vi vurderte inklusjon av ytterligere kommuner for å oppnå mer data, men etter drøfting kom vi frem til at vi ønsket å ta kontakt med de åtte kommunene, en siste gang. Vår kommunekontakt tok dette videre i HLF, både for igjen, å orientere om vårt prosjekt, men også for å fremme kommunenes deltakelse i forskning på generell basis. Vi sendte ut spørreundersøkelsen på ny, og ga en tidsfrist på en uke. Vi valgte å ikke sende purre-epost i denne omgangen av distribusjonen av spørreundersøkelsen. Vi så at dette hadde effekt, og fikk flere svar fra respondenter og avdelingsledere.

Etter gjennomgang av tilbakemeldingene fra avdelingslederne, så vi at spørreundersøkelsen ble sendt ut til totalt 44 respondenter. Vi hadde frafall av 4 respondenter som fikk tilsendt spørreundersøkelsen, men som valgte å ikke svare. Videre var det ufullstendige svar fra 2 respondenter, og disse ble ekskludert fra analysen. Ytterligere en respondent svarte nei på spørsmål om hen tilhørte den tiltenkte målgruppen, og ble derfor ekskludert fra studien, som nevnt i kapittel 3.2.3. Vi satt da igjen med svar fra 37 respondenter. Etter gjennomgang av data i SPSS, fant vi at en respondent kun hadde svart på spørsmål forbundet med demografiske bakgrunnsdata, og vi valgte derfor å inkludere svarene fra respondenten i denne delen av analysen. Vi endte opp med 36 fullstendige svar fra saksbehandlere av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Dette utgjør en svarprosent på 81%. En svarprosent på over 70 prosent, ansees som meget godt (Jacobsen, 2022, s.317).

3.5. Dataanalyse

Da innsamling av data var gjennomført, ble datamaterialet lastet ned fra SurveyXact og over i en Excel-fil, og deretter åpnet i dataprogrammet IBM SPSS Statistics versjon 29.0. Rådata ble gjennomgått, hvor vi fjernet data fra respondenter som ble ekskludert på grunn av ufullstendig utfylling av spørreundersøkelsen. Videre endret vi navn på variablene så datasettet skulle bli oversiktlig. På spørsmål hvor respondentene hadde mulighet til å avgi flere svar, laget vi nye variabler hvor vi ga hver kombinasjon av svar en verdi, for å for å samle svarene tilhørende hvert spørsmål under en variabel.

Vi utførte univariate analyser i form av frekvensfordeling av deskriptive data. Data som ble vurdert som kontinuerlig og normalfordelt, presenteres med gjennomsnitt og standardavvik (SD), mens kategoriske data presenteres i prosent og antall (n). Der det er hensiktsmessig, presenterer vi også modalprosent.

Vi laget dummyvariabler for de uavhengige variablene yrkesbakgrunn og kommunestørrelse, og gjennomførte en Spearman's korrelasjonsanalyse for å sjekke disse variablene for multikollinearitet. For å undersøke samvariasjon mellom fenomener, benyttet vi bivariat analyse. Da dataene vi analyserte var kategoriske og vi hadde et lite utvalg, brukte vi krysstabeller og Fisher's Exact test. Statistisk signifikansnivå ble satt til 5% ($p > 0.05$). Vi utførte kun analyser i de tilfeller hvor vi så det som hensiktsmessig for å besvare studiens problemstilling.

3.6. Forskningsetiske overveielser

Innledningsvis ble det søkt om prosjektgodkjenning av Sikt og fakultetets etiske komité (FEK) og datainnsamlingen startet etter at vi hadde mottatt godkjenning (Vedlegg 4 og Vedlegg 5). Respondentene mottok informasjonsskrivet, som lå i samme epost som spørreundersøkelsen. I informasjonsskrivet ble det presisert at deltakelse var frivillig, og at det vil ikke ville ha noen negative konsekvenser om man valgte å delta, ikke delta eller senere å trekke seg. Videre fikk respondentene informasjon om hvem de kunne ta kontakt med om de hadde spørsmål til studien (Vedlegg 6). Respondentene fikk informasjon om at de samtykket elektronisk til at vi kunne behandle alminnelige personopplysninger, ved at de gjennomførte og avsluttet spørreundersøkelsen. For å trekke samtykket kunne respondenten ta kontakt med prosjektansvarlig veileder eller en av oss to masterstudenter, enten per telefon eller epost. Denne informasjonen og disse kontaktopplysningene ble det også opplyst om i eposten respondentene fikk i forbindelse med invitasjon om å delta i spørreundersøkelsen.

Spørreundersøkelsen og rekruttering var lagt opp på en måte som sikret respondentens anonymitet. Det nettbaserte spørreskjemaet i SuveyXact gir ikke tilgang på IP-adresse, og det ble heller aldri spurt etter navn, epost eller lignende (Sørensen, u.å.). På bakgrunn av dette var det heller ikke mulig for oss å vite hvem som svarte på spørreundersøkelsen. Respondentene fikk informasjon om at de kunne benytte seg av sin rett til å trekke seg fra studien ved å oppgi dato og

klokkeslett for når spørreundersøkelsen ble gjennomført, slik at vi kunne slette respondentens svar på spørreundersøkelsen. Det var derimot ikke mulig å rette eller gi innsyn i innsendte svar. For å videre tilstrebe anonymisering av data, delte vi kommuner inn i to variabler avhengig av innbyggertall. Dette ble gjort på bakgrunn av inndelingen til Statistisk Sentralbyrå (2020, s.31) som definerer små kommuner som kommune med innbyggere på under 5000 og store kommuner med 20000 eller flere innbyggere. Av hensyn til anonymisering på bakgrunn av yrkesbakgrunn, delte vi i noen sammenhenger dette inn i to variabler; sykepleiere og annen yrkesbakgrunn. Dette gjorde vi for kunne ha et sammenligningsgrunnlag som samtidig bidro til anonymitet, da det var flere respondenter som var de eneste eller blant få med en annen type yrkesbakgrunn enn sykepleie.

4.0. Resultater

Vi vil i denne delen av oppgaven presentere funn fra vår studie. Vi har delt studiens resultater inn etter våre tre forskningsspørsmål. Den første delen vil omhandle demografisk bakgrunnsdata av saksbehandlere i Østre Agder (n = 37). Deretter vil vi presentere de funn som gjelder respondentenes beskrivelse av, og forhold rundt tverrprofesjonell samhandling på deres arbeidsplass (n = 36). Til slutt vil vi presentere de funn som omhandler hvordan respondentene rapporterte at de involverte brukeren i en saksbehandlingsprosess (n = 36). Noen funn belyses i forhold til samvariasjon med kommunestørrelse og/eller yrkesbakgrunn.

4.1. Karakteristika ved saksbehandlere i Østre Agder

Det var totalt 37 respondenter som hadde besvarte spørreundersøkelsen, og demografiske bakgrunnsdata presenteres i Tabell 1. Utvalget besto i hovedsak av kvinner (94,6 %, n = 35). Den aldersgruppen som var høyest representert var 40-49 år på 40,5 % (n = 15), mens den lavest representerte aldergruppen var de <30 år på 2,7% (n = 1). Utvalget var jevnt fordelt på kommestørrelse, hvorav 48,6% (n = 18) tilhørte små kommuner og 51,4% (n = 19) tilhørte store kommuner. Flertallet av respondentene var fast ansatt (94,6%, n = 35) og i full stilling (75,7%, n = 28). Den høyest representerte yrkesbakgrunnen var sykepleiere på 56,8% (n = 21), som kan ansees som en høy modalprosent da resterende 43,2% (n = 16) av respondentene fordelte seg på ni andre yrkesbakgrunner. I forhold til utdanningsnivå hadde 67,6% (n = 25) gjennomført videreutdanning, 24,3% (n = 9) hadde gjennomført utdanning på masternivå, mens 27% (n = 10) av respondentene hadde ingen pågående eller gjennomført videreutdanning. Vi fant ingen samvariasjon mellom utdanningsnivå og kommunestørrelse eller yrkesbakgrunn.

Tabell 1. Karakteristika ved respondentene som jobbet som saksbehandler av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende ved kommunale tildelingskontor, presentert med antall (n) og prosent (%). n = 37

	n	%
Kjønnsfordeling		
Kvinner	35	94,6
Menn	2	5,4

Aldersfordeling		
<30 år	1	2,7
30-39 år	11	29,7
40-49 år	15	40,5
50-59 år	5	13,5
60-69 år	5	13,5
Kommunestørrelse		
Små kommuner	18	48,6
Store kommuner	19	51,4
Yrkesbakgrunn		
Sykepleie	21	56,8
Sosialt arbeid	4	10,8
Fysioterapi	3	8,1
Vernepleie	2	5,4
Lærerutdanning	1	2,7
Helsefag/hjelpepleie	1	2,7
Juss	1	2,7
Rådgiving	1	2,7
Osteopat	1	2,7
Annet*	2	5,4
Ansettelsesform		
Fast	35	94,6
Vikariat	2	5,4
Stillingsprosent		
20	1	2,7
50	5	13,5
60	1	2,7
75	1	2,7
80	1	2,7
100	28	75,7
Utdanningsnivå**		
Gjennomført videreutdanning	25	67,6
Holder på med videreutdanning	1	2,7
Gjennomført utdanning på masternivå	9	24,3
Holder på med utdanning på masternivå	1	2,7
Ingen tilleggsutdanning	10	27

* Annet: en ukjent yrkesbakgrunn med mastergrad og en ukjent yrkesbakgrunn med fagskole

** Det var mulig å krysse av for flere svaralternativer på dette spørsmålet, og prosenten summerer seg derfor ikke til 100

Arbeidserfaring som saksbehandler, lå i gjennomsnitt på 7 år (SD 6). Totalt 8,1% (n = 3) av respondentene hadde mindre enn et års erfaring, mens høyest registrert arbeidserfaring var 25 år (2,7%, n = 1). Her manglet vi svar fra en respondent.

4.1.1. Respondentenes fagfelt og brukergruppe

Flere av respondentene jobbet med tildeling av helse- og omsorgstjenester innen ulike fagfelt, som presenteres i Tabell 2. Av totalt 37 respondenter tildelte åtte respondenter (21,6%) helse- og omsorgstjenester til alle tre fagfelt. Modalprosenten av respondentene (75,7%, n = 28) jobbet med tildeling av helse og omsorgstjenester knyttet til somatikk, mens 14 respondenter (37,8%) svarte at de kun hadde somatikk som sitt fagfelt. Videre tildelte fire respondenter (10,8%) kun tjenester innen psykiatri og rus, mens fire respondenter (10,8%) kun tildelte tjenester innen fagfeltet habilitering.

Kun seks respondenter (16,2%) oppga at de tildelte tjenester til alle tre brukergruppene. To respondenter (5,4%) jobbet kun med tildeling av tjenester til barn under 17 år og åtte respondenter (21,6%) tildelte kun tjenester til voksne i alder 18-65 år. Modalprosenten av respondentene tildelte i hovedsak kun tjenester til eldre fra og med 65 år (27%, n = 10). De resterende respondentene oppga kombinasjonene barn og voksne under 65 år (2,7%, n = 1), barn og eldre fra 65 år (5,4%, n = 2) og voksne og eldre (21,6%, n = 8). Når det kommer til hvordan respondentene oppga at de jobbet i forhold til fagfelt og brukergruppe, finner vi ingen samvariasjon med kommunestørrelse eller yrkesbakgrunn.

Tabell 2. Oversikt over hvilke fagfelt og brukergruppe saksbehandlerne tildelte tjenester til, presentert i antall (n) og prosent (%). n = 37

	n	%
Fagfelt*		
Fysisk helse/somatikk	28	75,7
Psykisk helse/rus	15	40,5
Habilitering	17	45,9
Hovedbrukergruppe*		
Barn og ungdom til og med 17 år	11	29,7
Voksne fra 18-65 år	23	62,2
Eldre fra og med 65 år	26	70,3

*Det var mulig å krysse av for flere svaralternativer, og prosenten summerer seg derfor ikke til 100

4.1.2. Kompetanseutvikling

Respondentenes kjennskap til veiledende dokumenter, deltakelse i, og gjennomføring av kurs og samlinger brukt i opplæring, er presentert i Tabell 3. Majoriteten av respondentene hadde lest «Veileder for saksbehandling» (89,2%, n = 33), deltatt på fellessamling for saksbehandlere i Østre Agder (56,8%, n = 21), gjennomført eksternt kurs i saksbehandling (70,3%, n = 26) og tatt del i saksbehandlerforum (75,7%, n = 28). I forhold til e-læringskurset «Saksbehandlingsveilederen på 1-2-3» var det 25 respondenter (67,6%) som rapporterte at de ikke hadde gjennomført kurset. Vi fant ingen samvariasjon mellom kompetanseutviklingen som er beskrevet over og kommunestørrelse eller yrkesbakgrunn.

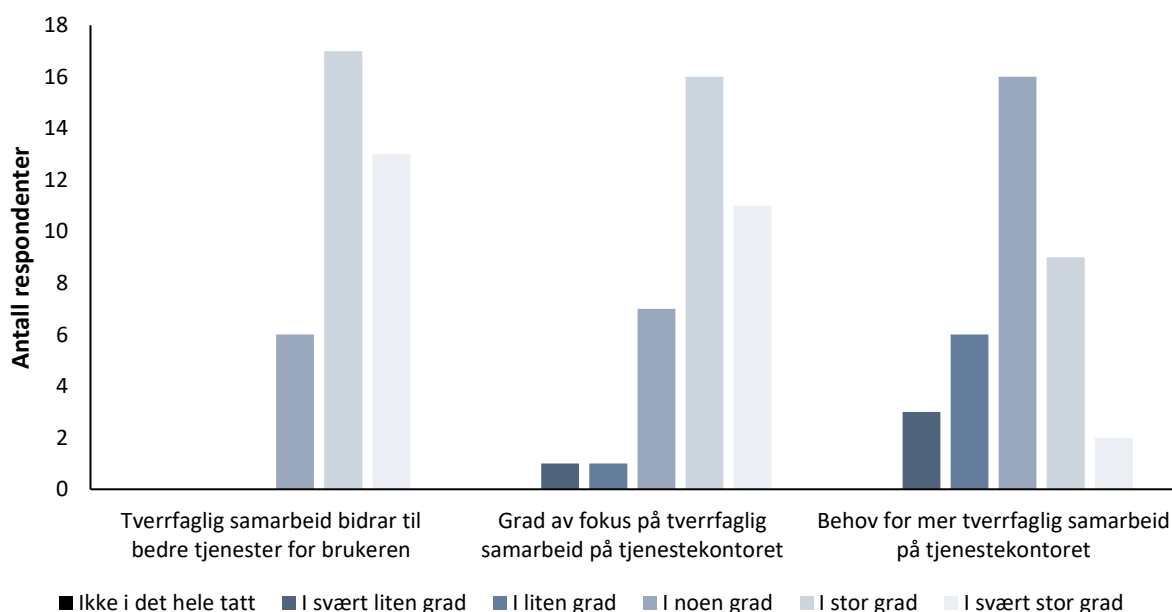
Tabell 3. Oversikt over respondentenes kjennskap til veiledende dokumenter, deltakelse i- og gjennomføring av kurs og samlinger, som ble brukt i opplæring av saksbehandlere av kommunale helse- og omsorgstjenester, presentert med antall (n) og prosent (%). n = 37

	n	%
Lest Veileder for saksbehandling		
Ja	33	89,2
Nei	1	2,7
Kun delvis	3	8,1
Gjennomført e-læringskurs «Saksbehandlingsveilederen på 1-2-3»		
Ja	8	21,6
Nei	25	67,6
Vet ikke	4	10,8
Deltatt på fellessamling for saksbehandlere i Østre Agder		
Ja	21	56,8
Nei	12	32,4
Kun delvis	3	8,1
Gjennomført eksternt kurs i saksbehandling		
Ja	26	70,3
Nei	11	29,7
Deltatt i saksbehandlerforum		
Ja	28	75,7
Nei	9	24,3

4.2. Fremstilling av tverrprofesjonell samhandling

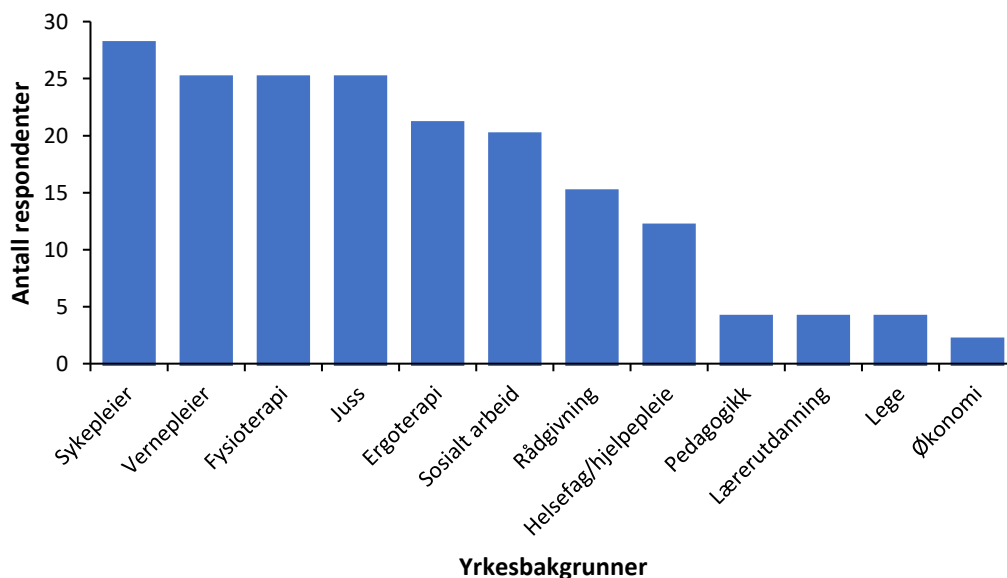
Respondentene oppga at de foretrakk å jobbe tverrprofesjonelt og monofaglig 73% (n = 27) eller kun tverrprofesjonelt 27% (n = 10). Ingen av respondentene svarte at de kun foretrakk å jobbe monofaglig. Vi fant ingen samvariasjon mellom foretrukken arbeidsform og kommunestørrelse eller yrkesbakgrunn.

Figur 3 viser fordelingen av respondentenes selvrapporterte grad av opplevelser knyttet til tverrprofesjonell samhandling. Alle respondentene oppga at tverrfaglig samarbeid i noen grad (16,7%, n = 6), i stor grad (47,2%, n = 17) eller i svært stor grad (36,1%, n = 13) bidro til bedre tjenestetildeling for brukeren. Av de 13 respondentene som mente tverrprofesjonell samhandling i svært stor grad ga bedre tjenester til brukeren, hadde ni respondenter (69,2%) annen yrkesbakgrunn enn sykepleie (p=0.017). Videre oppga 75% (n = 27) av respondentene at det i stor- eller svært stor grad var fokus på tverrfaglig samarbeid på tildelingskontoret, mens 5,6% (n = 2) oppga at det i svært liten- eller i liten grad var fokus på tverrfaglig samarbeid på tildelingskontoret. Totalt 30,6% (n = 11) av respondentene oppga at det i stor eller svært stor grad var behov for mer tverrprofesjonelt samarbeid, hvor åtte av dem hadde en annen yrkesbakgrunn enn sykepleie (p=0.025).



Figur 3. Fordeling av respondentenes selvrapporterte grad av opplevelser knyttet til tverrprofesjonell samhandling. n = 36.

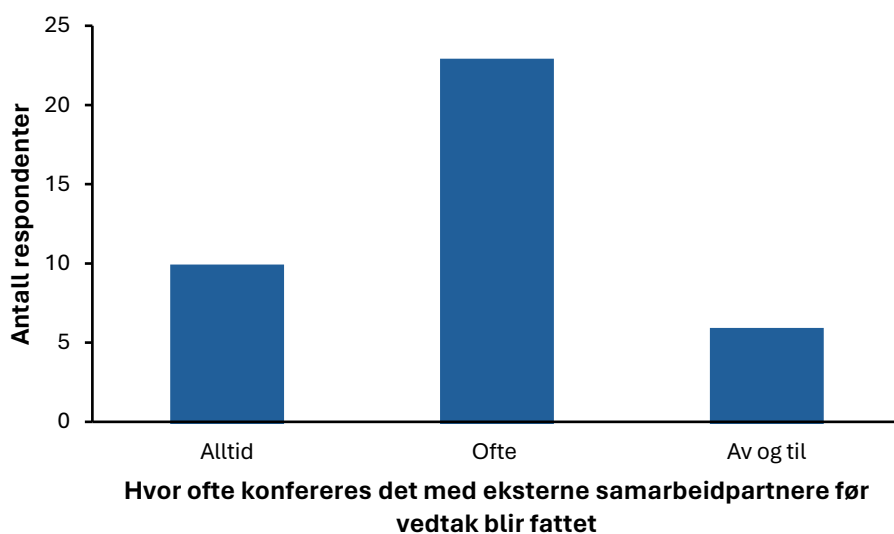
På spørsmål om hvilken yrkesbakgrunn som var viktigst å trekke inn i en saksbehandlingsprosess, ble alle svaralternativer på yrkesbakgrunner valgt (Figur 4). De yrkesbakgrunnen flest mente var viktige å trekke inn i en saksbehandlerprosess, var sykepleie (75%, n = 27), vernepleie (66,7%, n = 24), fysioterapi (66,7%, n = 24) og juss (66,7%, n = 24) og ergoterapi (55,6%, n = 20). Videre oppga respondentene sosialt arbeid (50%, n = 19), rådgivning (38,9%, n = 14) og helsefag/hjelpepleie (30,6%, n = 11). De tre yrkesbakgrunnene som færrest mente var viktige å trekke inn i en saksbehandler prosess var pedagogikk (8,3%, n = 3), lærerutdanning (8,3%, n = 3) og økonomi (2,8%, n = 1). Lege ble nevnt av tre respondenter (8,3%) i fritekst. I forhold til de fem yrkesbakgrunnene, som over halvparten av respondentene mente var viktige å trekke inn i en saksbehandlerprosess (sykepleie, vernepleie, fysioterapi, juss og ergoterapi), hadde 17 saksbehandlere (45,9%) en av disse yrkesbakgrunnene i de store kommunene. I små kommuner var det 10 saksbehandlere (27%) med en av disse yrkesbakgrunnene. Denne forskjellen var signifikant ($p=0,029$).



Figur 4. Oversikt over hvilke yrkesbakgrunner respondentene oppga var viktige å trekke inn i en saksbehandlingsprosess. Det var mulig å velge flere svaralternativer og antall svar vil derfor overstige antall respondenter. n = 37

4.2.1. Involvering av eksterne samarbeidspartnere

Som vist i Figur 5, oppga alle respondentene at de alltid (24,3%, n = 9), ofte (59,5%, n = 22) eller av og til (13,5%, n = 5) konfererte med eksterne samarbeidspartnere før de fattet en beslutning som saksbehandler. Ingen av respondentene oppga svaret sjeldent eller aldri. Av de ni respondenter som svarte at de alltid konfererte med eksterne samarbeidspartnere, hadde syv respondenter (77,8%) en annen yrkesbakgrunn enn sykepleie. Denne forskjellen var signifikant ($p=0.019$). Alle som oppga svaret av og til, tilhørte store kommuner ($p=0,047$).



Figur 5. Respondentenes rapporterte hyppighet på hvor ofte de konfererte med eksterne samarbeidspartnere før de fattet et vedtak som saksbehandler. For eksempel demenskoordinator, fastlege, spesialisthelsetjenesten eller hjemmebaserte tjenester. n = 36

4.2.2. Utforming av arbeidsplassen

Utforming av arbeidsplassen til respondentene varierte mellom enekontor (46%, n = 17) og en eller annen form for delt kontor (54%, n = 20), som vist i tabell 4. Vi finner ingen samvariasjon mellom variablene enekontor og kommunestørrelse, yrkesbakgrunn eller tilgang på de viktigste yrkene å trekke inn i en saksbehandlingsprosess. Av de respondentene som oppga å sitte i et åpent kontorlandskap, tilhørte alle store kommuner ($p<0.001$). Det er ingen som oppga hjemmekontor som sitt eneste valg, og dette ble alltid valgt i tillegg til et annet alternativ.

Tabell 4. Oversikt over hvordan saksbehandlerne oppga at kontor og arbeidsplasser var utformet, oppgitt i antall (n) og prosent (%). n = 37

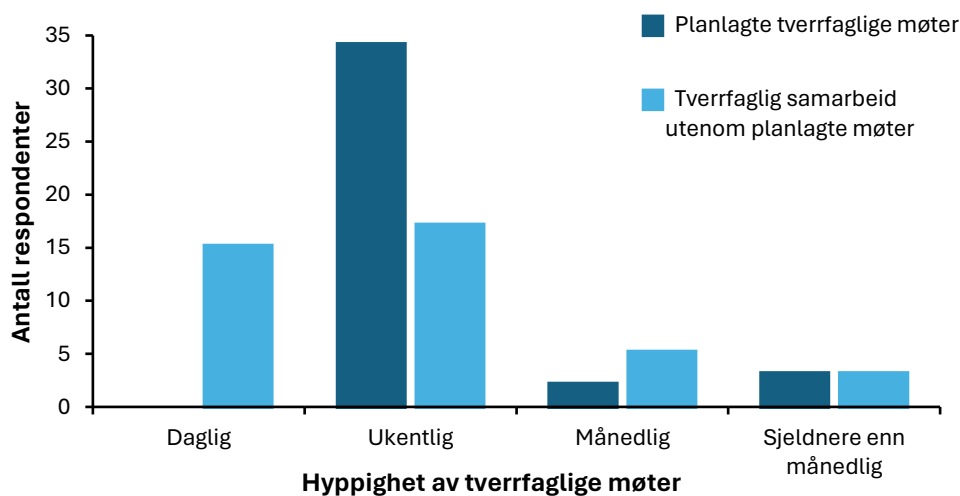
	n	%
Enekontor	17	46
Deler kontor med saksbehandler(e) eller andre ansatte med samme yrkesbakgrunn	2	5,4
Deler kontor med saksbehandler(e) eller andre ansatte med annen yrkesbakgrunn	5	13,5
Deler kontor med saksbehandlere med samme og annen yrkesbakgrunn	3	8,1
Åpent kontorlandskap med faste plasser	10	27
Hjemmekontor**	9	24,3

*Det var mulig å krysse av for flere svaralternativer på dette spørsmålet, og prosenten summerer seg derfor ikke til 100

** Det er ingen som oppga hjemmekontor som sitt eneste valg, og trekker man fra dette svaret vil prosenten summere seg til 100

4.2.3. Tverrprofesjonelle møter

Totalt 91,7% av respondentene (n = 33) oppga å ha ukentlige tverrfaglige planlagte møter. Samtidig oppga flere av respondentene at de daglig (38,9%, n = 14) og ukentlig (44,4%, n = 16) samarbeidet tverrfaglig utenom de planlagte møtene (Figur 6). Videre hadde 8,4% (n = 3) av respondentene planlagte tverrfaglige møter månedlig eller sjeldnere. Disse respondentene oppga å samarbeide tverrprofesjonelt utenom planlagte møter, daglig (2,8%, n = 1), månedlig (2,8%, n = 1) eller sjeldnere enn månedlig (2,8%, n = 1). Vi finner ingen samvariasjon mellom hyppigheten på planlagte eller uplanlagte tverrfaglige møter og utforming av kontorlandskap, yrkesbakgrunn eller kommunestørrelse.

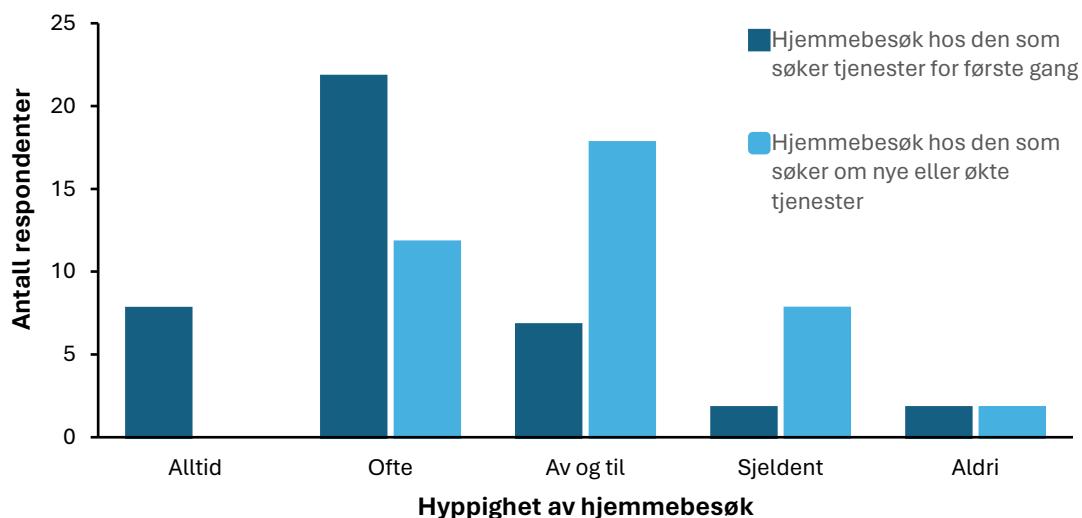


Figur 6. Respondentenes rapporterte hyppighet av planlagte tverrfaglige møter og tverrfaglig samarbeid utenom de planlagte møtene. N = 36

4.3. Involvering av brukeren

Som vist i Figur 7, oppga 19,4% (n = 7) av respondentene at de alltid utførte et hjemmebesøk hos den som søkte tjenester for første gang, før de fattet et vedtak som saksbehandler. Alle som oppga dette svaret, tilhørte små kommuner (p=0.002). Modalprosenten av respondentene (58,3%, n = 21) oppga at de ofte utførte et hjemmebesøk første gang brukeren søkte tjenester. Videre oppga 19,5% av respondentene (n = 7) at de av og til eller sjeldent utførte et hjemmebesøk første gang brukeren søkte tjenester. Vi finner ingen samvariasjon mellom kommunestørrelse eller yrkesbakgrunn og respondenter som oppga ofte, av og til eller sjeldent. En respondent oppga å aldri utføre hjemmebesøk hos den som søker tjenester, hverken første gang eller ved økte/nye tjenester.

Ingen av respondentene oppga at de alltid dro på hjemmebesøk hos den som søkte nye eller økte tjenester. De som oppga å sjeldent gå på hjemmebesøk ved søknad om nye eller økte tjenester (19,4%, n = 7) var alle sykepleiere (p=0.027).



Figur 7. Respondentenes rapporterte hyppighet av hjemmebesøk hos brukere som søkte tjenester for første gang, samt brukere som søkte om nye eller økte tjenester. n = 36

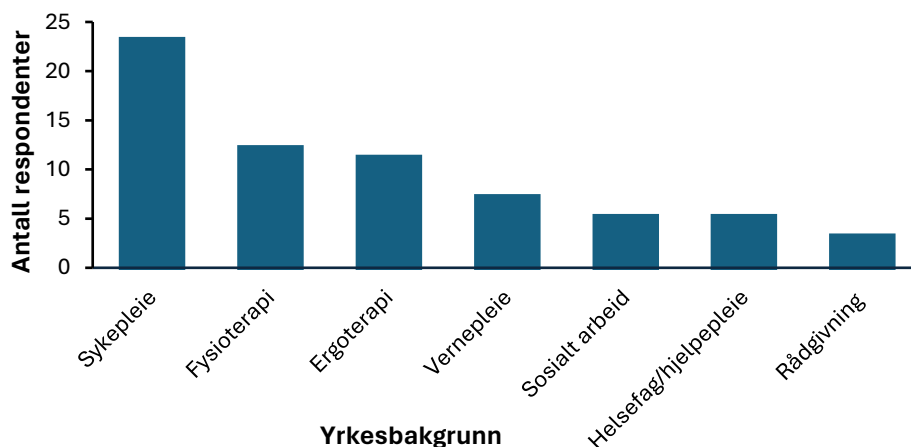
4.3.1. Tverrprofesjonelle hjemmebesøk

Ved utførelse av hjemmebesøk oppga 11,1% (n = 4) at de alltid hadde med seg en kollega av annen yrkesbakgrunn enn seg selv (Tabell 5). Videre oppga 19,4% (n = 7) at de ofte- og 50% (n = 18) at de av og til, utførte hjemmebesøk sammen med kollega av annen yrkesbakgrunn enn seg selv. Av de 19,5% (n = 7) som sjeldent eller aldri utførte et hjemmebesøk med kollega med annen yrkesbakgrunn enn seg selv, var seks respondenter sykepleiere. Vi finner dog ingen samvariasjon mellom hyppighet på tverrfaglige hjemmebesøk og yrkesbakgrunn eller kommunestørrelse.

Tabell 5. Oversikt over respondentenes rapporterte hyppighet av hjemmebesøk hos den som søkte tjenester, sammen med en kollega med en annen yrkesbakgrunn enn seg selv. Informasjonen er oppgitt i antall (n) og prosent (%). n = 36

	n	%
Alltid	4	11,1
Ofte	7	19,4
Av og til	18	50,0
Sjeldent	6	16,7
Aldri	1	2,8

Den yrkesbakgrunnen som majoriteten av respondentene oppga at de opplevde best tverrprofesjonelt samarbeid med på hjemmebesøk (Figur 8), var sykepleie (61,1%, n = 22). Av de som har avgitt dette svaret, var 12 respondenter sykepleiere. Ingen valgte svaralternativene pedagogikk, lærerutdanning, økonomi eller juss. Det var heller ingen respondenter som oppga at de ikke opplevde tverrfaglig samarbeid på hjemmebesøk som bra.



Figur 8. Oversikt over de yrkesbakgrunnene respondentene oppga å ha best tverrprofesjonelt samarbeid med på hjemmebesøk. Det var mulig å avgi flere svar, og antall svar vil derfor overstige antall respondenter. n = 36

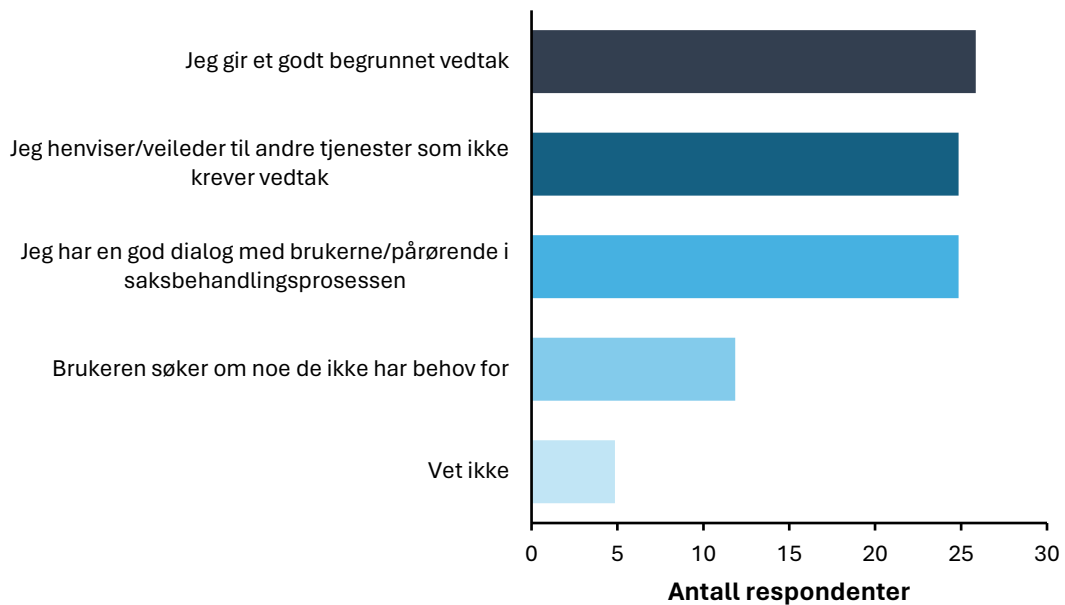
4.3.2. Avslag på tjenester og mottak av klager

Som vist i tabell 6, oppga modalprosenten av respondentene (47,2%, n = 17) at de sjeldent ga avslag på tjenester, uten å henvise til andre tjenester som ikke trenger vedtak. Totalt 33,3% (n = 12) oppga at de av og til ga avslag på tjenester uten å henvise til andre tjenester som ikke trenger vedtak. Alle seks respondentene som oppga at de aldri ga avslag uten å henvise til andre tjenester (16,7%), tilhører store kommuner (p=0.02).

Tabell 6. Oversikt over hvor ofte respondentene ga avslag på tjenester uten å henvise/veilede brukeren og/eller pårørende til andre tjenester som ikke trengte vedtak, samt hvor hyppig respondentene mottok klager (både formelle og uformelle) på vedtak de hadde gitt avslag på. Informasjonene er presentert med antall (n) og prosent (%). n = 36

	n	%
Avslag på tjenester uten å henvise til andre tjenester		
Alltid	1	2,8
Av og til	12	33,3
Sjeldent	17	47,2
Aldri	6	16,7
Mottak av klager		
Ofte	2	5,6
Av og til	15	41,7
Sjeldent	17	47,2
Aldri	2	5,6

Vi finner ingen samvariasjon mellom hyppighet på mottak av klager og kommunestørrelse eller yrkesbakgrunn. Totalt 69,4% (n = 25) av respondentene mente hovedgrunnen til at de ikke mottok flere klager på vedtak de hadde gitt avslag på, var fordi de ga et godt begrunnet vedtak (Figur 9). Videre oppga 66,7% (n = 24) at de hadde en god dialog med brukeren/pårørende i saksbehandlingsprosessen, og 66,7% (n = 24) oppga at de henviste/veiledet til andre tjenester som ikke trengte vedtak. Ytterligere 30,6% (n = 11) av respondentene oppga at de ikke mottok klager fordi brukeren søkte om noe de ikke hadde behov for. Vi finner en samvariasjon mellom de respondentene som oppga at brukeren søkte om noe de ikke hadde behov for og små kommuner (p=0.013). Tre respondenter (8,4%) oppga vet ikke som sitt eneste svar.



Figur 9. Oversikt over hva respondentene mente var hovedgrunnen til at de ikke mottok flere klager på vedtak de hadde gitt avslag på. Det var mulig å avgi flere svar og antall svar vil derfor overstige antall respondenter. n = 36.

5.0. Drøfting

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor i Østre Agder. Resultatene viste at respondentene var en homogen gruppe som alle ønsket å jobbe tverrprofesjonelt. Vi fant at tildelingskontorene var ulike når det kom til organisering, både med tanke på utforming, brukergruppe og fagfelt. I tillegg så vi at de store kommunene hadde bedre tilgang på relevante yrkesbakgrunner som ble ansett som viktigst å trekke inn i en saksbehandlingsprosess. Saksbehandlere fra små kommuner gikk i større grad på hjemmebesøk. Videre fant vi at de med annen yrkesutdanning enn sykepleie oppga i større grad, at tverrprofesjonell samhandling ga bedre tjenester til brukeren. I denne delen av oppgaven vil vi drøfte studiens funn opp mot teoretisk referanseramme, tidligere forskning og annen relevant litteratur. Vi vil til slutt diskutere studiens metode, validitet og reliabilitet.

5.1. Kjennetegn ved saksbehandlere i Østre Agder

Utvalget i studien var en homogen gruppe. I hovedsak besto respondentene av kvinner hvor den størst representerte aldersgruppen var 40-49 år. Nesten alle respondentene var fast ansatte, i full stilling og over halvparten av utvalget var sykepleiere. Det var en overvekt av respondenter som hadde gjennomført videreutdanning. Til tross for at utvalget vårt var begrenset, finner vi at det samsvarte godt med større studier, hvor det også var overvekt av kvinnelige sykepleiere med videreutdanning (Andersen, 2019, s. 6; Syse et al., 2015, s. 215). En svært homogen sammensetning av ansatte vil imidlertid naturlig utfordre et mangfold, som nettopp er så viktig i den tverrprofesjonelle samhandlingen. Ulikhetene i et tverrprofesjonelt team er ment å kunne utfylle hverandre når det kommer til ressurser og ekspertise (Interproffesional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 17-21). Videre er mangfold også viktig med tanke på etikk og verdier, hvor det er vesentlig at saksbehandlere til en viss grad kan gjenspeile samfunnets individuelle forskjeller. Blant annet viser det seg at kvinnelige saksbehandlere i snitt tildeler flere timer enn mannlige saksbehandlere, og det samme gjelder for yngre saksbehandlere, som tildeler flere timer enn eldre (Syse et. al., 2015, s. 226). Vi fant i vår studie lite individuelle variasjoner blant respondentene, noe vi tenker potensielt kan ha betydning for tildeling av tjenester.

Studien vår hadde en høy modalprosent av sykepleiere (56,8%). Vi har ikke funnet forskning som sier noe om effekten av sammensetning av yrkesbakgrunner på tildelingskontor. Veileder for saksbehandling (Helsedirektoratet, 2017, s. 32) påpeker at vurderinger som gjøres på tvers av fag er en forutsetning for en forsvarlig utredning og tildeling av riktigere tjenester. Den sier imidlertid ikke noe om hvordan dette skal gjennomføres rent praktisk. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 4-1) trekker derimot frem, som nevnt i kapittel 2.3., at en tjeneste er forsvarlig dersom den blant annet er sikret tilstrekkelig fagkompetanse. På bakgrunn av dette er kompetanseplanlegging nødvendig (KS, 2018). Det fantes flere kurs og samlinger som var ment å skulle bidra til å utvikle kompetanse som saksbehandler i Østre Agder. Her fant vi at samtlige respondenter hadde gjennomført kurs i saksbehandling, deltatt i saksbehandlerforum og fellessamling for saksbehandlere i Østre Agder, uten at det fantes noen samvariasjon med kommunestørrelse eller yrkesbakgrunn. Dette mener vi viser styrken av et slikt samarbeid, hvor man på tvers av kommuner, uavhengig av størrelse, og yrkesbakgrunn, inkluderes i et fagnettverk. Dette samsvarer også med den nye Nasjonale helse- og samhandlingsplanen (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 85, s. 90), som understreker behovet for en kontinuerlig kompetanseutviklingsprosess, som blant annet bør handle om gjennomføring av internopplæring hvor fagfolkene får et faglig løft. Videre beskrives denne kompetanseutviklingen som et avgjørende virkemiddel for å beholde fagfolk og samtidig sikre likeverdig fordeling av helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Vi fant at nesten alle respondentene hadde lest Veileder for saksbehandling, men vi finner imidlertid at dokumentet er noe utdatert. Blant annet henvises det til et e-læringskurs kalt Saksbehandlingsveilederen på 1-2-3. Dette kurset utgikk i 2022 og det jobbes heller ikke med å utarbeide et nytt e-læringskurs (I. K. Haugen, seniorrådgiver, Helsedirektoratet, personlig kommunikasjon, 5. februar 2024). At dette kurset er utgått er nok også forklaringen på hvorfor så få respondenter oppga at de har gjennomført kurset. Selve Veileder for saksbehandling, skal i forbindelse med utarbeidelse av Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester, vurderes i forhold til om den skal revideres (I. K. Haugen, seniorrådgiver, Helsedirektoratet, personlig kommunikasjon, 5. februar 2024).

En større andel av respondentene i studien hadde gjennomført eller var under pågående videreutdanning. Videreutdanning er et verktøy for å kunne møte

brukerens behov, som er i stadig endring, både i grad og omfang (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 86). Det legges også vekt på at det er behov for generalistkompetanse og breddekompetanse, på lik linje med spesialkompetanse. Dette må sikres i både små og store kommuner. I vår studie fant vi ingen samvariasjon mellom kommunestørrelse og videreutdanning. Vi har derimot ikke kartlagt hva slags videreutdanning som var gjennomført, og vi kan derfor ikke si noe om hvor relevante de var for tjenestetildeling. Samtidig er det rimelig å tro at de fleste videreutdanninger vil kunne gi en form for økt kompetanse til tildelingsenheten, med utgangspunkt i at yrkesbakgrunnen hadde betydning for å få stilling som saksbehandler på tildelingskontor. Vi vet heller ikke om videreutdanningen er gjennomført i forbindelse med ansettelsesforholdet på tildelingsenheten, i tråd med anbefalingene om at utdanningsløpene fortrinnsvis bør være tjenestenære, nettopp for at de skal ha relevans for arbeidsplassen (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 90).

5.2. Tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor

Et gjennomgående trekk i studiens funn var at alle ønsket å jobbe tverrprofesjonelt og alle syntes tverrprofesjonell samhandling i noe-, stor- eller svært stor grad bidro til bedre tjenestetildeling for brukeren. Med bakgrunn i dette er det derfor interessant å se hvordan det ble lagt til rette for at saksbehandlere kunne jobbe tverrprofesjonelt.

Tilgang på kunnskap og kompetanse, i form av forskjellige profesjoner blant saksbehandlerne, kan sees på som en ressurs som skal sørge for forsvarlig tildeling av tjenester og fornuftig ressursbruk (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 31-32). Dette er imidlertid noe vi fant i vår studie, at manglet. På spørsmål om hvilken yrkesbakgrunn respondentene mente var viktigst å trekke inn i en saksbehandlingsprosess, var de fem mest valgte yrkesbakgrunnene sykepleier, vernepleier, fysioterapi, juss og ergoterapi. Videre fant vi at respondentene med disse yrkesbakgrunnene i større grad var representert i store kommuner, og dette funnet var signifikant ($p=0.029$). Dette kan stemme overens med de utfordringene distriktene har tilknyttet rekruttering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). Samtidig er også kompetanseutfordringer i helse- og omsorgssektoren i form av knapphet eller lite tilgang på bestemte typer fagutdanninger, noe som skaper problemer i flere kommuner (Agenda kompetanse og utvikling, 2006, s. 69). Vi fant blant annet at ergoterapi, som var den femte mest valgte yrkesbakgrunnen respondentene mente

var viktigst å trekke inn i en saksbehandlingsprosess, ikke var representert blant vårt utvalg av saksbehandlere i Østre Agder i det hele tatt. Dette samsvarer med studien, som Øydgard (2022, s. 146, s. 151) omtalte, hvor fysio- og ergoterapi ikke var underlagt tildelingsenheten, men hvor saksbehandlere i samtlige kommuner likevel poengterte at disse tjenestene var med på å tilrettelegge på en måte som bidro til økt fokus på hjelpemidler. Dette reduserte behovet for menneskelige tjenester og gjorde at tildelingskontoret kunne tildele tjenester etter LEON-prinsippet. En god tverrprofesjonell samhandling handler nettopp om at man kan trekke inn de profesjonene som er hensiktsmessige når man skal vurdere den enkelte brukers tjenestebehov (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 20-21, s. 25). På den måten kan det spilles på hele spekteret av kunnskap og ferdigheter, som bidrar til en bedre, tryggere og mer effektiv tjenestetildeling. Det at vi fant manglende representasjon av yrkesbakgrunner saksbehandlere selv mente var viktig å trekke inn i en saksbehandlingsprosess, kan utfordre en formålstjenlig tildeling av tjenester. Når det er lite eller ingen tilgang på bestemte yrkesbakgrunner, kan dette også gå utover det Vik (2018, s. 129) omtaler som gjensidighetskunnskap, fordi man faktisk ikke kjenner til hverandres kompetanse eller hvilke muligheter det finnes for handling ved andre profesjoner. På denne måten vet man ikke hva andre profesjoner faktisk kan bidra med i en saksbehandlingsprosess. Dette kan muligens gjenspeiles i utvalget vårt, der vi fant at 72,9% av respondentene i tillegg til å jobbe tverrprofesjonelt også ønsket å jobbe monofaglig, altså med kollega av samme yrkesbakgrunn som seg selv. Sykepleiere var den høyest representerte yrkesbakgrunnen av respondenter, og samtidig den gruppen flest respondenter oppga var viktigst å trekke inn i en saksbehandlingsprosess. Det er vanskelig å si hvorfor så mange oppga at de ønsket å jobbe monofaglig. Kanskje handler dette om et «like barn leker best» prinsipp, hvor ulike profesjoner har ulike interesser og verdier, der ulike profesjoner kan stå i et hierarki i forhold til hverandre (Orvik, 2022, s. 177). Noen opplever det som utfordrende å gi avkall på den profesjonelle autonomien som medlem av et tverrprofesjonelt team, eller at profesjonell sjargong skaper barrierer for samhandlingen og at man derfor foretrekker å samhandle med sine «like» (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 22, s. 24). En utfordring med dette er derimot at det kan redusere den enkeltes bevissthet omkring sine begrensninger i forhold til ferdigheter og kunnskap. Samtidig kan det bli noe som hinder gjensidig respekt og tillit på tvers av profesjoner (Interprofessional

Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 18). Dersom det ikke ligger gjensidighetskunnskap og en likeverdighetstankegang til grunn, altså at man ikke har respekt eller tiltro til hverandres kunnskap, kan selv riktig, nøyaktig informasjon bli oversett og ikke handlet på (Vik, 2018). Tradisjonelt har profesjoner vært mer selvbetjenende, hvor det under profesjonsutdanninger er lite fokus på innføring i, eller erfaring med tverrprofesjonell kommunikasjon (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 22). Hvordan man forstår eller får til tverrprofesjonell samhandling, synes derfor i stor grad å være en kompetanse man tilegner seg kunnskap om, først i en jobbsammenheng, men som til stor fordel bør ha plass allerede i utdanningen (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 51). Ved UiA har det vært gjennomført årlige tverrprofesjonelle seminar dager for studenter fra pedagogiske og helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger (Gundersen et al., 2021, s. 274, s. 283-284). I forbindelse med dette ble det gjennomført en studie med hensikt om å få kunnskap om studentenes refleksjoner om deltakelse på disse seminar dagene. I denne studien fant de at studentene som deltok, fikk økt gjensidighetskunnskap, noe som er en forutsetning for god tverrprofesjonell samhandling (Vik, 2018, s. 129). Dette mener vi understøtter viktigheten av kjennskap til tverrprofesjonell samhandling, allerede under utdanningsforløpet. På lik linje tenker vi at alle som allerede har gjennomført sin utdanning, kan ha god nytte av kursing i denne tematikken.

Til tross for begrenset sammensetning av yrkesbakgrunner på tildelingskontor fant vi at respondentene alltid (24,3%), ofte (59,5%) eller av og til (13,5%) konfererte med eksterne samarbeidspartnere før de fattet en beslutning som saksbehandler. Det kan tenkes at dette er noe som kompenserte for manglende tilgang på andre profesjoners kunnskap og kompetanse på tildelingskontoret. Vi fant også at alle respondentene fra små kommuner oppga at de alltid eller ofte konfererte med eksterne samarbeidspartnere, og kanskje dette kan være en måte mindre kommuner løser knapphet eller lite tilgang på bestemte typer profesjoner. Denne samvariasjonen var dog ikke signifikant. Derimot fant vi at de med annen yrkesbakgrunn enn sykepleie i større grad alltid konfererte med eksterne samarbeidspartnere før de fattet et vedtak som saksbehandler ($p=0.019$). Denne gruppen oppga også i større grad at tverrprofesjonell samhandling ga bedre tjenester til brukeren ($p=0.017$) og at det i stor- eller svært stor grad var behov for mer

tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontoret ($p=0.025$). Det er vanskelig å si hvorfor vi fant disse samvariasjonene. Kanskje handler det om at sykepleiere var en større representert gruppe blant saksbehandlerne, og som dermed oftere samarbeidet monofaglig. Dette kan igjen ha medført at gjensidighetskunnskapen var mindre til stede, sammenlignet med de med yrkesbakgrunner som var lite representert. Å være den eneste med en type yrkesbakgrunn medfører nødvendigvis samarbeid med kollega med andre yrkesbakgrunner enn sin egen, hvor man igjen utvikler gjensidighetskunnskap og likeverdighetstankegang (Vik, 2018).

På bakgrunn av våre funn som viste manglende eller lite tilgang på bestemte profesjoner, kan det være man må sikte seg inn på at samhandlingen i større grad må foregå tverrorganisatorisk. På denne måten kan man bruke ressurser utenfor egen organisasjon, noe som også kan være kostnadsbesparende (Meld. St. 34 (2015–2016), s. 47). Ifølge Orvik (2022, s. 184-186, s. 169) er det opp til fagpersoner fra ulike organisasjoner eller sektorer å realisere samhandling gjennom felles planlegging, gjennomføring og evaluering. Dette er krevende, spesielt om de ulike aktørene på tvers av organisasjonene har ulike interesser. Basert på intervjuer med saksbehandlere fant Øydgard (2022, s. 151) at fysio- og ergoterapitjenesten ikke hadde noen reell makt over beslutningene som ble vedtatt av tildelingskontoret, noe som kan være problematisk for å få til en god samhandling. Vik (2018, s. 132) fant at samhandling på tvers av organisatoriske enheter satt premisser for roller og forståelse av samhandling, noe som skapte et spenningsforhold og konflikter mellom de ulike profesjonene, som videre hindret vellykket samhandling. Til tross for at noen profesjoner kan ha myndighet over andre, er likeverd mellom deltakerne i det tverrprofesjonelle teamet, som nevnt i kapittel 2.6.2., gullstandarden for god tverrprofesjonell praksis (Orvik, 2022, s. 174).

For å prøve å si noe om hvor lett tilgang saksbehandlerne i studien vår hadde til hverandre, har vi undersøkt hvordan kontorene til saksbehandlerne var utformet og hvor hyppig saksbehandlerne samhandlet tverrprofesjonelt, både planlagt og utenom de planlagte møtene. Dette bygger på at utfordringer i samhandling kan sees i sammenheng med manglende møteplasser og manglende lokale retningslinjer (Vik, 2018, s. 132). Respondentene fordelte seg relativt jevnt mellom de som satt på enekontor (46%), og de som i en eller annen form delte kontor med andre (54%). Vi finner dog ingen samvariasjon mellom variablene enekontor og kommunestørrelse,

yrkesbakgrunn eller tilgang på de viktigste yrkene å trekke inn i en saksbehandlingsprosess. Det vi derimot fant, var at åpent kontorlandskap kun var valgt av respondenter fra store kommuner ($p < 0.001$). Dette bygger trolig på at større kommuner har flere saksbehandlere per kontor, og det blir dermed en mer praktisk måte å organisere kontorlandskapet på. Organisering i større enheter og samlokalisering av tjenester er faktorer som kan bidra til at man i større grad er fleksibel og kreativ i utforming og tildeling av tjenester (Gjerde et al., 2016, s. 59). Vi fant eksempler på mange ulike måter tildelingskontorene var organisert på, der de færreste av respondentene tildelte tjenester til alle brukergruppene og fagfeltene. Her fant vi ingen samvariasjon med kommunestørrelse eller yrkesbakgrunn, noe som tyder på at organisering varierer fra kommune til kommune og mellom yrkesbakgrunner. Vi har ikke funnet sentrale retningslinjer om hvordan et tildelingskontor skal eller bør utformes, og det kan tenkes at de mange måtene vi fant av organisering, er et resultat av dette. Vi ser det derfor som trolig at organiseringen av tildelingskontor baserer seg på lokale behov og kommunens økonomi. Poenget med å organisere tildelingskontor som egen enhet, handlet om at man i større grad skulle sikre likeverdighet i tjenestene som ble tildelt, ikke bare mellom kommuner, men også internt i kommunene (Syse et al., 2015, 228-229). Stor grad av uforklarte forskjeller i vurderinger av tjenester, hvor både kommune og den enkelte saksbehandler har betydning for tjenestetilbudet, kan indikere et behov for standardisering som vil sikre større likhet i tjenestene. Strukturen på organisasjonen og stram økonomi kan ifølge Heggstad og Førde (2019, s. 876) utfordre vurderingen av hvor lavt i innsatstrappa man skal legge tjenestene, samtidig som retten til nødvendig, forsvarlig helsehjelp skal dekkes. På den andre siden argumenterer Stephansen (2018, s. 37) i sin doktorgrad for at politiske føringer motvirker individuelle behov og kan gå imot det som anses å være til det beste for brukeren. Halvorsen (2004, s. 156) påpeker også at tjenester som tilbys på bakgrunn av ressurser, fremstår tilfeldig, med lokale forskjeller som baserer seg på fjorårets budsjett med mulighet for innspill fra flere politiske hold. Dette viser til utfordringene kommunene står ovenfor i sin organisering av tjenestene, hvor balansen mellom individuelle behov og fordeling av ressurser må tas hensyn til. Denne typen konflikt kan være svært uheldig for den tverrprofesjonelle samhandlingen der ulike interesser kan komme i veien for et godt samarbeid (Orvik, 2022, s. 174, s. 177).

Det kan være vanskelig å vite hva som er tilstrekkelig og trygg pleie, og ifølge Øydgard (2018, s. 34) er det derfor viktig at man alltid er flere sammen for å diskutere om brukeren er berettiget tjenester. Med bakgrunn i at vi fant mange ulike organiseringer av tildelingsenheten og at nær halvparten av respondentene satt på enekontor, løftes spørsmålet om kommunene bør etablere flere faste møteplasser med mulighet for å koble på eksterne samarbeidspartnere. Studien viste at et stort flertall av respondentene (91,7%) hadde ukentlige planlagte tverrfaglige møter. I tillegg oppga respondentene at de i relativt stor grad samarbeidet tverrprofesjonelt utenom de planlagte møtene, både daglig (38,9%) og ukentlig (44,4%). Vi ser for oss at hyppige uplanlagte møter kan indikere et behov for mer tverrprofesjonell samhandling. Dette kan kanskje sees i sammenheng med manglende lokale retningslinjer hvor det blir opp til den enkelte saksbehandleren å få til tverrprofesjonell samhandling, fordi det ikke legges til rette for regelmessige, planlagte møter (Vik, 2018, s. 132). En forutsetning for tverrprofesjonell samhandling er nettopp at det tilrettelegges for møter hvor det tverrprofesjonelle teamet kan drøfte pasientforløp (Orvik, 2022, s. 163). Som vi tidligere har omtalt finnes det stor grad av uforklarte forskjeller i vurderinger av tjenester, og vurderinger baserer seg i stor grad på skjønn (Syse et al., 2015, s. 229; Øydgard, 2018, s. 34). I tillegg finnes det indikasjoner på at tildelingen av tjenester ikke er rettferdig på grunn av manglende prosedyrer (Holm et al., 2017, s. 7). Dermed blir det desto viktigere med jevnlig møter og nær dialog for å sammen diskutere hvilke tjenester man kan tilby brukeren. Regelmessige møter er i tillegg med på å skape en sterkere følelse av fellesskap og likeverd, og det å møtes fysisk og kunne diskutere ulike problemstillinger er med på å fjerne spenninger mellom profesjonene (Vik, 2018, s. 129). I sin litteraturstudie fant Vik (2018, s. 134-135) at maktkamper og konflikter som kan oppstå mellom profesjoner i mye mindre grad er til stede der hvor det finnes møteplasser. Samtidig ble uenighetene som oppsto der det var møteplasser, sett på som konstruktive dersom det i tillegg fantes gjensidighetskunnskap. Mangel på diskusjon og forhandling var med på å opprettholde differensieringen. Vi ser for oss at det å sitte på enekontor eller kontor hvor man ikke har tilgang på andre profesjoner enn sin egen, lett kan føre til at man i større grad jobber flerfaglig, snarere enn tverrprofesjonelt, på de planlagte møtene. Dette innebærer at man jobber mer parallelt, hvor hver faggruppe i utgangspunktet jobber for seg, med hver sin innfallsvinkel (Orvik, 2022, s. 171). Her kan vi igjen trekke frem eksempelet Øydgard (2022, s. 151) presenterer, hvor fysio- og

ergoterapitjenesten bidro med sin kompetanse, men likevel ikke hadde noen reell makt over beslutningene som ble vedtatt av tildelingskontoret. Med dette utgangspunktet ser vi det som hensiktsmessig med tydelige lokale og nasjonale retningslinjer for organisering av tildelingskontor, som tilrettelegger for tverrprofesjonell samhandling for å kunne skape en bærekraftig tjenestetildeling.

5.3. Involvering av brukeren i saksbehandlingsprosessen

Vi fant at majoriteten av respondentene utførte hjemmebesøk ved søknad om tjenester for første gang, alltid, ofte eller av og til. I følge Øydgard (2018, s. 32) har hjemmebesøk fra ansatte ved tildelingsenheter to formål, å gi informasjon til brukeren om hva kommunen kan bidra med, og å få en oversikt over hva brukerens nødvendige behov er. Dette samsvarer med Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009), s. 51) som presiserer at tjenestene skal tilpasses brukerens behov, ønsker og levesett, samt gi brukeren et realistisk bilde av hva tjenesten innebærer. Videre kan hjemmebesøket bidra til tildeling av riktige tjenester, da saksbehandleren i møte med brukeren i kartleggingsprosessen kan foreslå andre aktuelle tjenester, før endt kartlegging (Øydgard, 2018, s. 33). På denne måten unngår brukeren å motta et formelt avslag, men heller være med på å forme tjenesten. Et av studiens funn var at alle respondentene som svarte at de alltid gikk på hjemmebesøk ved vurdering av tjenester til ny bruker, var fra små kommuner ($p=0.002$). Hvorfor det er slik kan være vanskelig å si. En mulig forklaringsramme kan være små kommuners knapphet på ressurser i rurale strøk, med lang reisevei for hjemmetjenesten, som gjør at saksbehandlere prioriterer hjemmebesøk for å tildele riktige og nødvendige tjenester, lavest mulig i innsatstrappa. I studien til Syse et al. (2015, s. 228), tildelte de mest sentrale kommunene signifikant flere dagtidstjenester til brukerne, enn de mindre sentrale kommunene. Statistisk sentralbyrå (2017, vedlegg A) vurderer de store kommunene i Østre Agder-samarbeidet som mer sentrale enn de små kommunene. Det kan derfor tenkes at små kommuner er bevisst kommunens ressurser på bakgrunn av sentralitet og derfor ser hjemmebesøk som en nødvendighet i forhold til tildeling av tjenester. I studien til Gjerde et al. (2016, s. 58-59) pekte imidlertid flere saksbehandlere på fysiske møter med bruker og pårørende som utfordrende, da de ansatte ikke var rustet til å stå imot krevende pårørende og brukere. Heggstad og Førde (2020, s. 876) påpekte, som nevnt i kapittel 2.9., også at sterke pårørende var en faktor som påvirket tjenestetildelingen. Med en antagelse om at «alle kjenner alle»

i små kommuner, er det rimelig å tro at saksbehandlere i små kommuner kan være tryggere i møte med brukere og pårørende, fordi de er kjent fra før og derfor er bedre rustet i et hjemmebesøk. Terskelen for å gjennomføre et slikt møte kan derfor være lavere enn i en stor kommune. Dersom denne antagelsen er korrekt, kan dette mulig føre til en forskjellsbehandling i de store kommunene, der ressurssterke brukere og pårørende kan få tilgang til mer ressurskrevende tjenester enn andre brukere, på tross av at hensikten til tildelingskontoret er å sikre større likhet i tjenestene.

Når det kommer til de respondentene som ved søknader om tjenester for første gang svarte at de sjeldent eller aldri gikk på hjemmebesøk, finner vi ingen statistisk signifikans. Det er allikevel viktig å påpeke at dette forekommer, da hjemmebesøk, som nevnt tidligere er viktig for å avdekke brukerens behov (Øydgard, 2018, s. 32). Det løfter spørsmål om disse respondentene møter brukerne på andre arenaer enn i hjemmet og dermed får et godt møte og dialog med brukeren i andre settinger. I denne sammenhengen er det allikevel snakk om tildeling av helse- og omsorgstjenester til brukere som er hjemmeboende, og det kan være vanskelig å se at en saksbehandler ikke har behov for å utføre hjemmebesøk oftere enn «sjeldent», for å kunne danne seg et godt bilde av brukerne man tildeler tjenester til. Dersom målet med tjenesten er effektivisering, poengterer Vik (2018, s. 135) at man kan stille spørsmål ved tiltak som er satt i gang, uten sosial interaksjon. For hvordan tildele tjenester etter LEON-prinsippet, hvis man ikke får et godt bilde av brukeren? Saksbehandlere kan i tillegg bistå brukeren med å fylle ut søknadsskjema om ønsket tjeneste, ved et hjemmebesøk (Øydgard, 2018, s. 32-33). Dersom brukeren eller pårørende ber om en tjeneste som ikke er nødvendig, kan saksbehandlere i dette møtet tilby en tjeneste lavere ned i innsatstrappa, som skal prøves først. Samtidig er også hjemmebesøk noe som er med på å styrke tverrprofesjonelt samarbeid med tanke på brukerinvolvering (Vik, 2018, s. 129). Ved å møtes ansikt-til-ansikt, fremmes et koordinert hjelpetilbud og en positiv samhandling. Vi ser for oss at det vil være lettere å akseptere et avslag dersom søkeren opplever at de får en aktiv rolle i saksbehandlingsprosessen, hvor saksbehandleren har vurdert situasjonen basert på et hjemmebesøk.

Ingen av respondentene i vår studie oppga at de alltid gikk på hjemmebesøk ved søknad om nye eller økte tjenester. Som nevnt i kapittel 2.9., fant Holm et al. (2017, s. 6-7) i sin studie, at kommunene de undersøkte tildelte mange tjenester uten

sluttdato. I tillegg mottok flere brukere fortsatt tjenester som var utgått. Man kan tenke seg at hjemmebesøk ved nye eller økte tjenester kan bidra til å unngå slike feil. Enten ved å avslutte vedtak som ikke lenger er nødvendig og på den måten være ressurs sparende, eller ved å kontinuere, eventuelt øke, tjenester, der det er hensiktsmessig. Å kontinuere eller øke tjenestene er i så måte ikke ressurs sparende på kort sikt, men kan potensielt være forebyggende for enda mer ressurskrevende tjenester på lang sikt (St.meld.nr. 47 (2008-2009), s. 102). Ifølge Gjerde et al. (2016, s. 58) har ikke tildelingskontoret alltid hatt full tillitt blant de som utfører tjenestene, og det kan tenkes at utgåtte vedtak hos brukere som fortsatt mottar hjelp, blir utført som følge av at de som utfører tjenestene ikke er enige i beslutningene som er tatt av de saksbehandlere. En grunnleggende faktor for at den tverrprofesjonelle praksisen skal være effektiv er som nevnt i kapittel 2.6.1, gjensidig respekt og tillitt på tvers av profesjoner (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 18). Tillitsreformen tar sikte på å opprettholde tilliten til offentlig sektor ved at løsninger skal komme nedenfra og opp, blant annet fra primærhelsetjenesten (Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet, u.å.). Dette kan være med på å styrke den tverrorganisatoriske samhandlingen, på en måte som bidrar til gode velferdstjenester. Et hjemmebesøk kan skape en nærere kontakt med feltet, og på denne måten være med på å bedre brukerinvolvering ved at man samhandler med de som kjenner brukeren best (Holm et al., 2017, s. 7). Det at man er sammen om ansvar, problemløsning og avgjørelser, også ved å inkludere bruker, er kjennetegnet på et effektivt og velfungerende tverrprofesjonelt team (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 24). Samtidig kan vi ikke utelukke at manglende hjemmebesøk ved søknad om nye eller økte tjenester, handler om kommunikasjon eller møteplasser på andre arenaer enn hjemme hos brukeren. Videre forstår vi at et hjemmebesøk kan være tidkrevende, der praktiske forhold gjør det vanskelig å gjennomføre. Vi fant i vår studie at de som sjelden eller aldri gikk på hjemmebesøk ved økte eller nye tjenester, i hovedsak var sykepleiere ($p=0.027$). Syse et al. (2015, tabell 5, s. 220-221) fant at det ofte ble tildelt tjenester der respondenten hadde tatt en vurdering av hjelpebehovet alene. I denne studien besto utvalget i hovedsak var sykepleiere (82%). Om dette indikerer at sykepleierne ikke gjennomførte hjemmebesøk er usikkert, men det kan vise til en tendens til at sykepleierne stod sterkt i egen beslutningsevne. Dette kunne også se tendenser til i vår studie, når det kom til hjemmebesøk med kollega av annen yrkesfaglig bakgrunn. Av de syv

respondentene som sjeldent eller aldri dro på hjemmebesøk med kollega av annen yrkesfaglig bakgrunn, var seks av dem sykepleiere. Her så vi ingen samvariasjon med kommunestørrelse, og funnet var ikke signifikant. Vi kan derfor ikke konkludere, men det styrker antagelsen om sykepleiere som selvstendige i sitt arbeid i forbindelse med søknadsprosessen.

Vår studie viste at modalprosenten (47,2%) av respondentene sjelden ga avslag på tjenester uten å henvise til andre tjenester. Andersen (2019) nevner at hjemmebesøk, i forbindelse med tildeling av tjenester, er en arena for brukervedvirkning. Her er dialog mellom den som søker tjenester og den ansatte ved tildelingskontoret viktig i forbindelse med forventningsavklaring, både for hva kommunen kan tilby av tjenester og omfanget av disse. Selv om forventningsavklaring var med på å begrense brukers muligheter, anså likevel saksbehandlerne det som viktig for at brukerne var fornøyde, selv om tjenesten ble en annen enn de hadde sett for seg. Videre fant vi at respondentene som aldri ga avslag uten å henvise til andre tjenester tilhørte en stor kommune ($p=0.02$). Dette kan kanskje sees i sammenheng med organiseringen i kommunen, hvor store kommuner i større grad er standardisert (Gjerde et al., 2016, s. 61). I små kommuner, der det ikke er behov for eller økonomi til, en så tydelig organisasjonsmodell som i store kommuner, kan det i stor grad være den enkelte saksbehandlers vurdering som er gjeldende. Dersom henvisning til andre tjenester ikke er noe den enkelte saksbehandler har for vane å gjøre, kan en lite tydelig kommuneorganisering og standardisering være grunnlag for at saksbehandleren ikke henviser videre til andre tjenester. Andersen (2019) viser til spenninger mellom bruker og den aktuelle instansen, etter forsøk på å overtale, manipulere og veilede brukeren til medvirkning, som et krav for å få innvilget en tjeneste. Da brukervedvirkning er basert på frivillighet fra bruker, kan en slik tilnærming være skadelig for brukerens selvstendige og gode valg. Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009), s. 140) påpeker også på viktigheten av brukerens evne til å mestre egen helse gjennom aktiv deltakelse i organiseringen av tilbudet. Det er da vanskelig å se for seg en aktiv bruker som kjenner på mestring, dersom tjenesten blir påtvunget. Og med mindre en bruker eller pårørende er veldig fornøyd med tjenesten som er tildelt fra kommunen, kan veien til en klage på vedtaket være kort. Av de respondentene som oppga at de av og til-, sjelden- eller aldri mottok klage på et vedtak, oppga 30,6% ($n=11$) av respondentene i vår studie at brukeren søkte om

noe de ikke hadde bruk for. Her fant vi en samvariasjon med små kommuner ($p=0,013$). Andersen (2019) viser til viktigheten av dialog mellom bruker og kommunen, for å kunne finne ut av hva bruker har behov for hjelp til og hva hjelpeapparatet kan bidra med. Øydgard (2018, s. 36-37) er allikevel tydelig på at bruker og pårørende kan oppleve informasjon fra tildelingskontor som utilgjengelig og uforståelig, da saksbehandlerne styrer hva de pårørende får vite og hva de kan søke om. Selv om tjenester er tilgjengelig på hjemmesider og brosjyrer, kan de i praksis være vanskelig å tilegne seg kunnskap om på egenhånd. Som nevnt i kapittel 2.1., er kommunen pliktig å gi brukeren informasjon om tjenester for å ivareta sin rett til nødvendig helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1a og § 3-1). Her er det viktig med et felles språk blant medlemmene av det tverrprofesjonelle teamet, og man bør ha som mål at kommunikasjonen er tydelig og lettfattelig, også for brukeren (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011, s. 22). Samtidig har «nødvendig» ulik betydning, og det fremstår ofte tilfeldig hvilke tjenester som tilbys (Halvorsen, 2004, s. 156). De ulike vurderingene som skal tas i en saksbehandlingsprosess viser til en balansegang som den enkelte saksbehandler må ta stilling til i hver enkelt søknad om tjenester. God dialog med bruker, gjerne gjennom hjemmebesøk, kan være fordelaktig for avslag på tjenester og videre saksbehandling, både på individnivå og med tanke på rettferdig fordeling av ressurser.

5.4. Metodediskusjon

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til totalt 44 respondenter, hvor vi endte opp med 40 svar. Vi kan derimot ikke med sikkerhet si at de 44 saksbehandlerne som ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen, var det totale antallet saksbehandlere av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, som var ansatt i Østre Agder regionen under datainnsamlingsperioden. Dette er på bakgrunn av at spørreundersøkelsen ble distribuert av andre enn oss selv.

Vi hadde en antagelse av at innhenting av relevant informasjon fra ledere og rekruttering av respondenter ville være mulig å gjennomføre uten særlig behov for påminnelser fra vår side. Dette var på bakgrunn av at prosjektet hadde utgangspunkt i KFP, basert på en forespørsel fra det aktuelle kommune-samarbeidet, hvor vi belaget oss på at forskningsprosjektet var godt forankret hos avdelingslederne i de

åtte kommunene. Vi var avhengige av at avdelingslederne videresendte eposten med spørreundersøkelsen, slik vi hadde beskrevet. Videre hadde vi også behov for tilbakemelding i forhold til hvor mange respondenter som var ansatt på deres respektive tildelingskontor, for å kunne si noe om svarprosent. Her var det flere avdelingsledere som raskt fulgte opp forespørselen vår og ga oss tilbakemelding på dette. Samtidig opplevde vi problemer med tilbakemelding fra noen avdelingsledere, også etter flere runder med purring, både via epost og telefon. Vi opplevde også utfordringer knyttet til en avdelingsleder ikke var til stede over en lengre periode, og vi ble bedt om å ta kontakt med stedfortreder. Som beskrevet i kapittel 3.4., så vi at vi etter første runde med aktiv spørreundersøkelse hadde fått langt færre svar enn forventet, med spesielt dårlig representasjon fra en kommune. Vårt utvalg var relativt lite, og vi var avhengige av at alle de åtte kommunene i Østre Agder-samarbeidet deltok i spørreundersøkelsen, med tanke på mengde datamateriale og studiens validitet, som handler om hvor godt en test eller et måleverktøy måler det teoretiske begrepet man ønsker å måle (Thrane, 2018, s. 170). Her så vi imidlertid styrken ved å være en del av KFP, hvor vår kommunekontakt hadde mulighet til å løfte opp denne problematikken i HLF både for å orientere om vårt prosjekt, men også for å fremme kommunenes deltakelse i forskning på generell basis. Til tross for at vi opplevde problemer med rekruttering, synes vi at det er et interessant bifunn at Østre Agder-samarbeidet ytret et ønske om tema til forskning, men at det samtidig ikke ble fulgt opp av alle kommunene i samarbeidet. Vi stiller derfor spørsmål med hvor godt KFP er forankret i kommunen, og om interessen ligger på et mer organisatorisk nivå. Som studenter ser vi verdien i KFP, hvor kommunekontakten har kjennskap til, og fungerer som en link til feltet. Vi opplevde at alt lå til rette for at samarbeidet med KFP skulle fungere, hvor kommunen fikk dekket et forskningsbehov som potensielt kunne bidra til å skape en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. På bakgrunn av dette har vi reflektert over hvordan vi kunne gjort det annerledes med tanke på rekruttering, men vi kommer ikke frem til en klar konklusjon på dette.

På tross av utfordringer knyttet til rekruttering, endte vi, etter gjennomgang av eksklusjonskriterier som nevnt i kapittel 3.4., opp med svar fra 37 respondenter på den delen av spørreundersøkelsen som handlet om demografiske bakgrunnsdata og 36 respondenter på resterende spørsmål i spørreundersøkelsen. Dette utgjør en

svarprosent på 81%, som ansees som en høy svarprosent. Selv med en god svarprosent, er ikke frafall helt uproblematisk (Jacobsen, 2022, s. 316-317). Dette handler om at det ikke nødvendigvis har betydning om hvor mange som faller fra, men hvem som faller fra. Det finnes en systematikk i at de som har interesse for og kunnskap om temaet er overrepresentert, mens de som faller fra generelt ikke er interessert i, har kunnskap om, eller ønsker å uttale seg om problemstillingen. Dette fører til en skjevhet det er viktig å være seg bevisst, da dette påvirker undersøkelsens validitet (Jacobsen, 2022, s. 317). Det kan være flere grunner til at respondenter velger å ikke svare på en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble distribuert via epost, og om man ikke åpner eller svarer på undersøkelsen med det samme, kan man glemme å svare om man ikke får en påminnelse (Jacobsen, 2022, s. 215). Det er et kjent problem at mange venter med å svare, noe som medfører at det kan ta tid å få nok svar. Det er derimot lite sannsynlig å tro at eposten har havnet i "søppelpost", da den ble videreformidlet av saksbehandlernes ledere, og vi fikk tilbakemelding fra samtlige ledere om at de distribuerte spørreundersøkelsen til aktuelle respondenter. Bruk av nettbaserte undersøkelser har økt betraktelig de siste årene, og man ser at svarprosenten generelt avtar, kanskje på grunn av en mettetthet på slike undersøkelser (Jacobsen, 2022, s. 317). En annen mulighet for å ikke svare på en spørreundersøkelse, kan være at man ikke ønsker å være med i undersøkelsen (Jacobsen, 2022, s. 315, s. 316). Deltakelse i en spørreundersøkelse er frivillig, og om respondenten føler at den er krenkende, truende, støtende eller på noen måte forstyrrer privatlivet, kan det tenkes at en respondent ikke ønsker å svare. Dette var antageligvis ikke tilfelle i vår studie, da vi ikke stilte spørsmål som var direkte personidentifiserende. Samtidig fikk vi tilbakemelding fra en respondent som uttrykket bekymring for å bli gjenkjent og som da fikk tilbud om å trekke sine svar fra spørreundersøkelsen, men som likevel valgte å ikke benytte seg av sin rett til dette. Med hensyn til tilstrekkelig anonymisering, ble resultatkapittelet gjennomgått i to omganger med vår veileder, hvor det ble foretatt en del endringer. Etter revideringene ble resultatene tilsendt vår kommunekontakt, hvor hun bekreftet at anonymisering av gjenkjennbare opplysninger var ivaretatt.

For å styrke studiens validitet, gjennomførte vi en pilotering av spørreundersøkelsen i forkant av utsendelse. Som nevnt i kapittel 3.2.4, valgte vi å pilotere spørreundersøkelsen på et tildelingskontor i en kommune som ikke tilhørte Østre

Agder-samarbeidet, for å unngå bias. Ved at man undersøker mange enheter, må man være mer generell i sin tilnærming og man må formulere seg på en måte som er meningsfylt for mange, noe som kan føre til at de som undersøkes ikke kjenner seg igjen i undersøkelsen (Jacobsen, 2022, s. 100). Piloteringen var derfor en viktig del av utviklingen av spørreundersøkelsen, hvor vi fikk spisset spørsmål og svaralternativer av de som kjente feltet vi ønsket å undersøke. På denne måten minsket vi muligheten for at spørsmål ble misforstått eller at respondentene opplevde spørreundersøkelsen som virkelighetsfjern, og dette var med på å styrke vår studie. Til tross for pilotering, kan man samtidig aldri gardere seg for at alle som svarer på en undersøkelse er av samme oppfatning som forskeren, i forhold til spørreundersøkelsens relevans og hvor riktig valg av spørsmål og svaralternativer er (Jacobsen, 2022, s. 147). Med en spørreundersøkelse får vi kun svar på det vi spør om, og det kan tenkes at det finnes interessante forhold som vi ikke vil klare å avdekke ved bruk av spørreundersøkelse som datainnsamlingsverktøy. Vi har prøvd å løse dette ved at det ved noen spørsmål var mulighet for å svare i en tekstboks dersom ingen av alternativene passet. Vi er samtidig klar over at det vil være umulig å få frem alle individuelle variasjoner som fantes i vårt utvalg (Jacobsen, 2022, s. 147). Dette er videre noe som kan påvirke studiens reliabilitet, ved at respondenten «tvinges» til å gjøre seg opp en mening eller holdning om noe de ikke har kunnskap eller interesse om, eller at de har egeninteresse i å svare usant (Jacobsen, 2022, s. 386-387). Reliabilitet viser til hvor pålitelig og nøyaktig dataene som blir samlet inn er, og handler i stor grad om etterprøvbarehet (Medbø, 2018, s. 37). Her er for eksempel piloteringen av spørreundersøkelsen vår en styrke, som gjorde det mulig å rette opp i svakheter i tidlig utgave av spørreundersøkelsen. Vi ser imidlertid at vi kunne ha formulert oss annerledes på noen spørsmål i spørreundersøkelsen. Dette gjelder i hovedsak spørsmål hvor det var mulig å avgi flere svar, som gjorde at det ble mye arbeid for oss å endre variablene for at de kunne brukes i en analyse. For eksempel på spørsmål vedrørende videreutdanning, kunne vi med fordel formulert oss «hva er din høyeste gjennomførte videreutdanning», hvor det kun ville vært mulig å avgi et svar. Dette ser vi igjen på spørsmålet om utforming av kontorlandskap, hvor et fåtall av respondentene som oppga å sitte i åpent kontorlandskap, også oppga hvem de satt sammen med. Ved at vi var uklare i formuleringen av spørsmålet, førte dette til at vi ikke kan si noe om hvem som sitter sammen i et åpent kontorlandskap på tildelingskontor i Østre Agder.

Studiens geografiske utvalgskriterium kan være med på å redusere ekstern validitet, altså om studiens konklusjon har overføringsverdi til tildelingskontor i andre kommuner enn kommuner tilhørende Østre Agder-samarbeidet (Thrane, 2018, s. 170). Studien tok sikte på et ønske om å kartlegge tildelingskontor i kommuner tilhørende Østre Agder-samarbeidet, og derfor var generaliserbarhet utover dette i utgangspunktet ikke en del av hensikten til studien. Samtidig har vi respondenter fra både store og små kommuner i totalt åtte kommuner, hvor vi også finner flere likheter i vårt utvalg med større studier, noe vi mener er med på å styrke studiens eksterne validitet. Man skal imidlertid alltid vise forsiktighet ved generalisering, da alle studier er begrenset av tid og rom (Jacobsen, 2022, s. 384).

Det er vanskelig å gjennomføre en fornuftig analyse med mindre enn 100 respondenter og feilmarginen vil bli svært høy (Jacobsen, 2022, s. 310). Risikoen for type 2-feil, som innebærer at man får et falskt negativt resultat, kan unngås ved å øke utvalget i en studie (Polit & Beck, 2022, s. 220-221). På bakgrunn av dette diskuterte vi muligheten for å utvide utvalget til andre kommuner utenfor det bestemte nettverket av kommuner, men ble i samråd med vår veileder enige om at det var tilstrekkelig med de åtte kommunene med tanke på oppgavens omfang. Det var også ønskelig fra Østre Agder-samarbeidet å bevare fokuset på de åtte kommunene. For å unngå type 2-feil kunne vi også valgt å heve signifikansnivået, men med dette øker risikoen for type 1-feil, som vil si et falsk positiv resultat (Polit & Beck, 2022, s. 220-221). I praksis prioriterer man å unngå type 1-feil (Thrane, 2018, s.143). Samtidig er det selv ved små populasjoner mulig å gjennomføre bivariate analyser (Johannessen & Tufte, 2022, s. 77). Videre er det viktig å trekke frem at deskriptive analyser også har verdi i seg selv, ved at de kan fange opp fenomener og de kan dermed bidra til innsikt i viktige samfunnsproblemer (Thrane, 2018, s. 171). Det bør heller ikke være noe mål i seg selv å finne en statistisk signifikans (Medbø, 2018, s. 391). Man skal nemlig ikke lete gjennom datasettet sitt etter signifikante p-verdier, selv om det kan oppleves fristende og et funn som viser seg å ikke være signifikant, kan være vel så interessante og verdt å drøfte. Vi kunne likevel brukt mer tid i forkant av utarbeidelsen av spørreundersøkelsen på å legge opp en bedre strategi for hvordan analysene skulle gjennomføres.

Vi er klar over, og har fått tilbakemelding på, at vi fremstiller mye resultater. Dette kan gjøre det til en utfordring å fremstille resultatene på en måte som er oversiktlig for

leseren, uten at man skal miste fokus eller overse interessante funn. Vi har prøvd å løse dette ved å ha flere underoverskrifter i resultatkapittelet. Videre mener vi at dette er med på å gi en mer helhetlig forståelse av fenomenet og noe som gir oss et mer komplett bilde av tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor i Østre Agder. Vi finner for eksempel at flere funn støtter antagelsen om at tildelingskontor var forskjellig organisert og at det er opp til hver enkelt kommune, hvordan de velger å utforme tildelingskontorene. Dette indikerer at funnene ikke bare var tilfeldige observasjoner, men heller representerte et mønster eller en trend (Medbø, 2018, s. 391). Samtidig er vi klar over at risikoen for tilfeldige funn øker ved å utføre flere analyser, noe som igjen kan føre til en overfortolking av data eller at man trekker feilaktige slutninger på grunn av statistisk støy.

6.0. Konklusjon

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om tverrprofesjonell samhandling på tildelingskontor i Østre Agder. Resultatene viste at respondentene var en homogen gruppe, med overvekt av kvinner og sykepleiere, som alle ønsket å jobbe tverrprofesjonelt. Majoriteten av respondentene hadde gjennomført videreutdanning, samt deltatt i relevante kurs. Videre fant vi at det var mange ulike måter å organisere tildelingskontorene på, både med tanke på utforming, brukergruppe og fagfelt. De store kommunene hadde bedre tilgang til de yrkesbakgrunnene som respondentene mente var viktigst å trekke inn i en saksbehandlingsprosess. Videre henviste respondenter fra store kommuner i større grad til andre tjenester, ved avslag på søknad. I de små kommunene gikk respondentene i større grad på hjemmebesøk, og oppga hyppigere at brukeren søkte om noe de ikke hadde behov for. Studien fant at de med annen yrkesutdanning enn sykepleie, oppga at tverrprofesjonell samhandling ga bedre tjenester til brukeren og at det var behov for mer tverrprofesjonell samhandling. Denne gruppen konfererte også i større grad med eksterne samarbeidspartnere i en saksbehandlingsprosess.

Vår studie kan bidra til å fremme kunnskap om tverrprofesjonell samhandling, som ledd i å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Resultatene i studien indikerer behovet for tydelige retningslinjer på et systemnivå, slik at man sikrer likhet i tjenestetildelingen, uavhengig av geografi eller saksbehandler. Videre kan funnene vise til en nødvendighet for etablering av flere møteplasser og kompetanseheving, i tilknytning til tverrprofesjonell samhandling. På denne måten kan man styrke gjensidighetskunnskapen blant saksbehandlerne. Resultatene synliggjør også at man med fordel kan øke fokuset på hjemmebesøk, som et ledd i den tverrprofesjonelle samhandlingen. Dette for å styrke brukermedvirkningen og på denne måten unngå uhensiktsmessig ressursbruk.

6.1. Forslag til videre forskning

Det ville være interessant å se nærmere på hvilke utfordringer saksbehandlere selv mener er knyttet til tverrprofesjonell samhandling, og hvordan de ser for seg at dette kan legges bedre til rette for. Ved å spørre de som faktisk vet hvor skoen trykker, kan dette potensielt føre til effektive løsninger, jf. Tillitsreformen (Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet, u.å.). Videre kunne det også vært aktuelt å se på effekten

av tverrprofesjonelle team i kommunen med tanke på tildeling av tjenester, samt brukerens opplevelse av tverrprofesjonelle team i tildelingsprosessen. Her ser vi for oss at det finnes mye ubenyttet kompetanse i kommunen, som vil kunne styrke tildelingsprosessen og brukermedvirkning. Det ville også vært hensiktsmessig å kunne se nærmere på hvordan avslag på tjenester blir håndtert i kommunen, og hvordan det henvises til andre tjenester som ikke trenger vedtak. Ville en standardisering av henvisning til andre tjenester, gjort den enkelte saksbehandler mer bevisst på andre tjenester, lenger ned i omsorgstrappa? Til slutt vil vi med tanke på vårt bifunn, tilknyttet utfordringer med rekruttering av respondenter, sett det som interessant å undersøke hvordan man kan øke kommunens engasjement, tilknyttet forskning.

Referanseliste

- Agenda Kaupang. (2023, 02.02.2023). *Helsepersonellkommisjonen viser til Agenda Kaupangs Helhetlig innsatstrapp og Ressurskalkulator*. Agenda Kaupang,. Hentet 31.04.2024 fra <https://www.agendakaupang.no/2023/02/helsepersonellkommisjonen-viser-til-agenda-kaupangs-helhetlig-innsatstrapp-og-ressurskalkulator/>
- AGENDA Utredning & Utvikling AS. (2006). *Kompetanseutfordringer i kommunene. Strukturelle forskjeller og lokale opplevelser*. Kommunal- og regionaldepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/krd/rap/2006/0023/ddd/pdfv/290420-rapport_kompetanseutfordringer_kommunene_agenda.pdf
- Andersen, J. (2019). Brukermedvirkning som innflytelse og deltakelse – en studie av omsorgslederes vurderinger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1-14. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2387-5984-2019-02-05>
- Braut, G. S. (2022, 19.12.2022). *LEON*. <https://sml.snl.no/LEON>
- Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. (u.å.). *Tillitsreformen*. Regjeringen.no. Hentet 01.04.2024 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/forvaltningsutvikling/tillitsreform/id2894124/?expand=factbox2975854>
- FN-sambandet. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989* FN-samabandet. <https://fn.no/assets/images/FN-kunnskap/Avtaler/FN-konvensjoner-filer/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2024). *Folkehelseprofil 2024 Agder*. Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseloven - fhl. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Forvaltningsloven - fvl. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-1967-02-10). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1967-02-10>
- 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* (s. 47-64). Universitetsforlaget.

<https://doi.org/10.18261/9788215027722-2016-05>

Gjerstad kommune. (2022). *Kommuneplanens 2023 - 2035, Samfunnsdel*. Gjerstad kommune. <https://www.gjerstad.kommune.no/f/p1/i00f11d9c-22d3-48c1-8df1-052de5bee7d2/1kommuneplan-samfunnsdel-2023-2035.pdf>

Gundersen, E. D., Ask, T. A., Melby, K. L., Herlofsen, C., Olsen, A. K. V. & Breistein, A. (2021). Profesjoner i samspill. Studentrefleksjoner fra deltakelse på tverrprofesjonelle seminardager om barn og unges velferd. *Uniped*, 44, 274-286. <https://doi.org/10.18261/issn.1893-8981-2021-04-06>

Halvorsen, M. (2004). «Nødvendig helsehjelp» som redskap for prioriteringer. *Lov og Rett*, 43(3), 143-156. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3061-2004-03-03>

Heggestad, A. K. T. & Førde, R. (2020). Is allocation of nursing home placement in Norway just? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 871-879. <https://doi.org/10.1111/scs.12792>

Helse- og omsorgsdepartement. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Kortversjon*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Kompetanseløft 2025 (I-1203 B)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 23.08.22). *Omsorgstjenesten*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>

Helse- og omsorgstjenesteloven - hol. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2016). *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk* (IS-2375).

Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20-%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf/_attachment/inline/9fd0b64f-1c63-41c9-b06b-240a8f92d60e:2ff83cff46b33ba9aa9e2b4be590080526cb3d6e/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20-%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf

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/Veileder%20for%20saksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf/_attachment/inline/f5e1c82b-c923-43e4-b13e-0182b8a33a16:5c5245da955c44b496c2e271abe415c8ab23a5b8/Veileder%20for%20saksbehandling%20av%20tjenester%20etter%20helse-%20og%20omsorgstjenesteloven.pdf

Helsedirektoratet. (2018, 09.01.2024). *Strategisk kompetanseplanlegging bør benyttes for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene*. Helsedirektoratet.

Hentet 18.03.2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/kompetansebehov-og-kompetanseplanlegging/strategisk-kompetanseplanlegging-bor-benytted-for-a-sikre-tilstrekkelig-fagkompetanse-i-tjenestene#!>

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>
- Hurdalsplattformen. (2021). *Hurdalsplattformen*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen.pdf>
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practise: report of an expert panel*. Interprofessional Education Collaborative.
<https://ipec.memberclicks.net/assets/2011-Original.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Cappelen damm AS.
- Johannessen, A. & Tufte, P. A. (2022). *Introduksjon til IBM SPSS Statistics* (5. utg.). Abstrakt forlag AS.
- Kommunesektorens organisasjon. (2018). *Verktøy for strategisk kompetanseplanlegging*. KS. Hentet 18.05.2023 fra
<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>
- Medbø, J. I. (2018). *Innføring i statistikk og dataanalyse - for studenter i idretts- og helsefag*. Cappelen Damm AS.
- Meld. St. 9 (2023-2024). (2023). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens Omsorg*. Helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>

Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2022). *Essentials of Nursing Research - Appraising evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.

Senter for omsorgsforskning sør. (u.å.-a). *Kommuneforskningsprogrammet*. Senter for omsorgsforskning sør. Hentet 09.05.24 fra

<https://omsorgsor.no/kommuneforskningsprogram-kfp/>

Senter for omsorgsforskning sør. (u.å.-b). *Om oss*. Senter for omsorgsforskning sør. Hentet 09.05.24 fra <https://omsorgsor.no/om-oss/>

Senter for omsorgsforskning sør. (u.å.-c). *Tjenestekontor – Påvirkes tjenester av ansatt sammensetning på tildelingsenheten?* Senter for omsorgsforskning sør.

Hentet 09.05.24 fra <https://omsorgsor.no/tjenestekontor-hvordan-pavirker-sammensetting-av-ansatte/>

St.meld. nr.25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2480203/st.m.25.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

St.meld. nr. 9 (1974-75). (1974). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Sosialdepartementet. [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117)

[75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117)

St.meld.nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Statistisk sentralbyrå. (2017). *Ny sentralitetsindeks for kommunene*. S. sentralbyrå.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/330194?ts=15fdd63c098>

Statistisk Sentralbyrå. (2020). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2020 (2020/48)*. Statistisk sentralbyrå.

<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/attachment/439744?ts=177cdffee70>

Stephansen, A. B. (2018). *Juridification of Health Care, The Act on Patients' Rights and Clinical Judgment* [Degree of Philosophiae Doctor (PhD), University of Bergen]. Bergen Open Research Archive.

https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/18343/Dr.thesis_2018_Anna%20Stephansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Syse, A., Øien, H., Solheim, M. B. & Jacobsson, 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

Sørensen, I. D. (u.å.). *General Data Protection Regulation (GDPR)*. Hentet 07.05.24

fra <https://rambollxact.com/gdpr>

Telemarksforskning. (u.å.). *Østre Agder, Befolkningsutvikling*. Regional Analyse.

Hentet 22.03.24 fra <https://regionalanalyse.no/rapport/11028/2/1>

Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode, en praktisk tilnærming*. Cappelen Damm Akademisk.

Tvedestrand kommune. (2023). *Innsatstrappa Tvedestrand kommune*. Tvedestrand

kommune. <https://www.tvedestrand.kommune.no/f/p1/ibea16383-b854-41d7-bf7a-20d2695eee0b/innsatstrappa-tvedestrand-kommune-med-vedlegg-1105.pdf>

- Universitet i Agder. (u.å.). *SurveyXact*. Hentet 13.05.24 fra <https://old.uia.no/bibliotek/forskning-og-publisering2/surveyxact>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund. (2022). *Innspill til oppstart av arbeidet med tillitsreform i offentlig sektor (21/4986)*. Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund - YS. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f1636404e92743e9ab878d920cddcd0c/inns spill-fra-ys-til-tillitsreformen-i-offentlig-sektor14249.pdf>
- YS Stat. (2022). *Tillitsreformen*. YS Stat. Hentet 01.04.2024 fra <https://tillitsreformen.no/tillitsreformen/>
- Østre Agder-samarbeidet. (u.å.-a). *Helse og omsorg*. Østre Agder-samarbeidet, Interkommunalt Politisk Råd. Hentet 10.03.2024 fra <https://www.ostreagder.no/helse-og-omsorg/>
- Østre Agder-samarbeidet. (u.å.-b). *Helse- og omsorgsleder forum*. Østre Agder-samarbeidet, Interkommunalt Politisk Råd. Hentet 11.03.24 fra <https://www.ostreagder.no/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgsleder-forum/>
- Østre Agder-samarbeidet. (u.å.-c). *Østre Agder-samarbeidet*. Østre Agder-samarbeidet, Interkommunalt Politisk Råd. <https://www.ostreagder.no>
- Øydgard, G. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 27-39. <https://doi.org/doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04>
- Øydgard, G. W. (2022). Sammen i omsorgens ressursdilemma? Betydning av samarbeidsrelasjoner i bestiller–utfører-modeller. I J. P. Breimo, C. H. Anvik, C. Lo & E. Olesen (Red.), *Mot bedre samarbeid?* (s. 138-155). Universitetsforlaget. <https://doi.org/doi:10.18261/9788215045030-2022-09>

Vedlegg

Vi vil under følgende punkt presentere de vedleggene vi henviser til i oppgaven. Vedleggene fremlegges etter rekkefølgen de er presentert i, i oppgaven.

Vedlegg 1 - Spørreundersøkelsen

Velkommen til spørreundersøkelsen Kartlegging av ansatte ved tildelingskontor i Østre Agder

Det er totalt 32 spørsmål i spørreundersøkelsen. Svar avgis hovedsakelig ved avkrysning, eller ved fritekst dersom ingen av kategoriene passer. Noen ganger vil det være mulig å velge flere svaralternativer og dette vil det stå opplyst om der det er aktuelt. Det vil ta ca 5-10 minutter å svare på spørreundersøkelsen. Vi gjør oppmerksom på at hvert spørsmål må besvares for å komme videre. Klikk på "Neste" for å starte spørreundersøkelsen.

Kjønn

- (1) Kvinne
- (2) Mann
- (3) Annet
- (4) Ønsker ikke å svare

Alder

- (1) Under 30 år
- (2) 30-39 år
- (3) 40-49 år
- (4) 50-59 år
- (5) 60-69 år
- (6) 70 år eller eldre

Hvilken kommune jobber du i som saksbehandler?

Her er det mulig å velge flere alternativer

- (1) Arendal
- (2) Froland
- (3) Gjerstad
- (4) Grimstad
- (5) Risør
- (6) Tvedestrand
- (7) Vegårshei

(8) Åmli

Hvilken yrkesutdanning har du?

- (1) Sykepleie
- (2) Vernepleie
- (3) Fysioterapi
- (4) Ergoterapi
- (5) Sosialt arbeid
- (6) Pedagogikk
- (7) Lærerutdanning
- (8) Helsefag/hjelpepleie
- (9) Økonomi
- (10) Juss
- (11) Rådgivning
- (12) Annet (spesifiser) _____

Har du gjennomført videreutdanning? (Ikke masternivå)

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Holder på med videreutdanning

Har du gjennomført utdanning på masternivå?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Holder på med utdanning på masternivå

Ansettelsesform

Flere svaralternativer mulig.

- (1) Fast ansatt
- (2) Vikariat
- (3) Prosjektstilling
- (4) Engasjement
- (5) Tilkallingsvikar

I hvor stor stillingsprosent jobber du som saksbehandler?

Svar oppgis i antall prosent

0 ——— ○ ——— 100

Hvor lenge har du jobbet som saksbehandler?

Svar oppgis i antall år

0 ——— ○ ——— 50

Hvilket fagfelt jobber du innen?

Flere svaralternativer mulig.

- (1) Fysisk helse/somatikk
- (2) Psykisk helse/rus
- (3) Habilitering

Hvem er hovedbrukergruppen du fatter vedtak til?

Flere svaralternativer mulig.

- (1) Barn og ungdom til og med 17 år
- (2) Voksne fra 18-65 år
- (3) Eldre fra og med 66 år

Har du lest “Veileder for Saksbehandling”?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Kun delvis
- (4) Vet ikke
- (5) Ikke relevant

Har du gjennomført e-læringskurset “Saksbehandler på 1-2-3”?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Kun delvis
- (4) Vet ikke
- (5) Ikke relevant

Har du deltatt på fellessamlingen for saksbehandlere i Østre Agder (Samlingen i regi av Agenda Kaupang)?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Kun delvis
- (4) Vet ikke
- (5) Ikke relevant

Har du gjennomført eksternt kurs i saksbehandling?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Kun delvis
- (4) Vet ikke
- (5) Ikke relevant

Har du deltatt i saksbehandlerforum?

- (1) Ja (2) Nei (3) Kun delvis (4) Vet ikke (5) Ikke relevant

I en saksbehandlingsprosess, foretrekker du å samarbeide tverrfaglig (kollega med annen yrkesfaglig bakgrunn enn deg selv) eller monofaglig (kollega med samme yrkesfaglige bakgrunn som seg selv)?

- (1) Tverrfaglig
(2) Monofaglig
(3) Både tverrfaglig og monofaglig

Hvordan er kontoret utformet på tildelingsenheten hvor du jobber som saksbehandler?

Flere svaralternativer mulig

- (2) Enekontor
(3) Deler kontor med saksbehandler(e) med samme yrkesfaglig bakgrunn
(7) Deler kontor med saksbehandler(e) med annen yrkesfaglig bakgrunn
(4) Åpent kontorlandskap med faste plasser
(5) Åpent kontorlandskap med mulighet for å velge arbeidssone
(6) Hjemmekontor

Opplevelser knyttet til tverrfaglig samarbeid

	Ikke i det hele tatt	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad opplever du at tverrfaglig samarbeid bidrar til bedre tjenestetildeling for brukerne?	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>	(6) <input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at det er fokus på tverrfaglig samarbeid på tjenstekontoret?	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>	(6) <input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at det er behov for mer tverrfaglig	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>	(6) <input type="radio"/>

samarbeid på
tjenestekontoret?

Hvilke(n) andre yrkesgruppe(r) internt på din arbeidsplass, opplever du er viktigst å trekke inn i en saksbehandlingsprosess?

Flere svaralternativer mulig

- (1) Sykepleie
- (2) Vernepleie
- (3) Fysioterapi
- (4) Ergoterapi
- (5) Sosialt arbeid
- (6) Pedagogikk
- (7) Lærerutdanning
- (8) Helsefag/hjelpepleie
- (9) Økonomi
- (10) Juss
- (11) Rådgivning
- (13) Ikke aktuelt
- (12) Annet (spesifisér) _____

Tverrfaglige møter

Daglig Ukentlig Månedlig Sjeldnere
enn
månedlig Aldri

Hvor ofte har dere planlagte, tverrfaglige møter på din arbeidsplass, hvor du jobber som saksbehandler? (1) ○ (2) ○ (3) ○ (4) ○ (5) ○

Hvor ofte samarbeider du tverrfaglig utenom eventuelle planlagte møter? (1) ○ (2) ○ (3) ○ (4) ○ (5) ○

Hvor ofte konfererer du med eksterne samarbeidspartnere før du fatter en beslutning som saksbehandler?

F.eks. demenskoordinator, fastlege, spesialisthelsetjenesten, hjemmebaserte tjenester, sykehjem

- (1) Alltid (2) Ofte (3) Av og til (4) Sjeldent (5) Aldri

Hvor ofte utfører du et hjemmebesøk hos den som søker tjenester for første gang, før du fatter en beslutning som saksbehandler?

- (1) Alltid (2) Ofte (3) Av og til (4) Sjeldent (5) Aldri

Hvor ofte utfører du et hjemmebesøk hos den som allerede har tjenester, men søker om nye eller økte tjenester, før du fatter en beslutning som saksbehandler?

- (1) Alltid (2) Ofte (3) Av og til (4) Sjeldent (5) Aldri

Hvor ofte utfører du et hjemmebesøk av den som søker tjenester sammen med en kollega med annen yrkesfaglig bakgrunn enn deg selv?

- (1) Alltid (2) Ofte (3) Av og til (4) Sjeldent (5) Aldri

Hvis du på foregående spørsmål har svart alltid, ofte, av og til eller sjelden, på spørsmål om hvor ofte du utfører hjemmebesøk med en kollega med annen yrkesfaglig bakgrunn. Hvilken yrkesfaglig bakgrunn har kollegaen du opplever best tverrfaglig samarbeid med?

Flere svaralternativer mulig

- (1) Sykepleie
- (2) Vernepleie
- (3) Fysioterapi
- (4) Ergoterapi
- (5) Sosialt arbeid
- (6) Pedagogikk
- (7) Lærerutdanning
- (8) Helsefag/hjelpepleie

- (9) Økonomi
- (10) Juss
- (11) Rådgivning
- (14) Opplever ikke tverrfaglig samarbeid på hjemmebesøk som bra
- (12) Annet (spesifiser) _____
- (13) Ikke relevant

Hvor ofte gir du avslag på tjenester, uten å henvise/veilede brukere og/eller pårørende til andre tjenester som ikke trenger vedtak?

- (1) Alltid (2) Ofte (3) Av og til (4) Sjeldent (5) Aldri

Hvor ofte mottar du klager, både formelle og uformelle, på vedtak du har gitt avslag på?

- (1) Alltid (2) Ofte (3) Av og til (4) Sjeldent (5) Aldri

Hvis du på foregående spørsmål har svart av og til, sjelden eller aldri på spørsmål om hvor ofte du mottar klage på vedtak du har gitt avslag på. Hva mener du er hovedgrunnen til det?

Flere svaralternativer mulig

- (1) Jeg gir et godt begrunnet vedtak
- (2) Brukerne søker om noe de ikke har behov for
- (3) Jeg har god dialog med brukerne/pårørende i saksbehandlingsprosessen
- (4) Jeg henviser/veileder til andre tjenester som ikke krever vedtak
- (5) Jeg kjenner bruker privat
- (6) Vet ikke
- (7) Ikke relevant

Takk for at du valgte å delta i spørreundersøkelsen.
Du sender inn dine svar ved å trykke avslutt.

Vedlegg 2 - Informasjon til pilotgruppen

Hei,

Tusen takk for at dere vil hjelpe oss med å prøve ut spørreundersøkelsen som vi skal gjennomføre i forbindelse med vår masteroppgave.

Vi er to masterstudenter som gjennomfører en masteroppgave, hvor hensikten er å få kunnskap om faglig sammensetning og tverrfaglig samarbeid blant ansatte ved kommunale tildelingskontor. I samarbeid med veileder, kommunekontakt og saksbehandlere, har vi utarbeidet en spørreundersøkelse som trenger å testes før den er klar for endelig utsendelse i november.

Når dere tester spørreundersøkelsen, ønsker vi at dere skal fokusere på:

- Hvor lang tid bruker du på å gjennomføre spørreundersøkelsen?
- Er informasjonsteksten i første bilde oversiktlig?
- Hva er helhetsinntrykket av spørreundersøkelsen?
- Er det noen spørsmål som er vanskelige å forstå?
- Opplever du mangler blant svaralternativene?
- Hvordan opplever du de ulike måtene å avgi svar på (et valg, flervalg, slider, tekstbokser)?
- Opplever du at vi mangler noen relevante/aktuelle spørsmål som kan si noe mer om temaet vårt?

Dette er som sagt en utprøving av spørreskjemaet, så det ikke noe i veien for å svare vilkårlig da vi ikke er opptatt av hva man svarer, men heller hvordan undersøkelsen oppleves. Svarene dere oppgir når dere tester spørreundersøkelsen vil ikke være noe som lagres eller presenteres i selve masteroppgaven og all data fra testingen blir slettet etter tilbakemeldingene.

Her er lenke til spørreundersøkelsen: [Kartlegging av ansatte ved tildelingskontor](#)

Tirsdag [REDACTED], tar vi en gjennomgang sammen med dere hvor vi ønsker å få tilbakemelding på spørreundersøkelsen. Det er holdt av et møterom [REDACTED]

Med vennlig hilsen Silje Jønsrud Mortvedt og Helene Kaasin

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv

Velkommen til spørreundersøkelsen Kartlegging av ansatte ved tildelingskontor i Østre Agder

Denne spørreundersøkelsen er en del av et masterprosjekt der formålet er å få kunnskap om faglig sammensetning og tverrfaglig samarbeid blant ansatte på kommunale tildelingskontor.

Du inviteres til å delta i dette prosjektet fordi du jobber som saksbehandler av helse- og omsorgstjenester på et tildelingskontor i en kommune i Østre Agder. Spørsmålene i spørreundersøkelsen vil kun omhandle ditt arbeid på tildelingsenheten som saksbehandler av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.

Ansvarlige for undersøkelsen er Silje Jønrsrud Mortvedt og Helene Kaasin, begge masterstudenter i Klinisk Helsevitenskap ved Universitetet i Agder, Institutt for helse- og sykepleievitenskap. Forskningsprosjektet gjennomføres i tilknytning til Kommuneforskningsprogrammet ved Senter for omsorgsforskning Sør, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder.

Spørreundersøkelsen er frivillig, men vi vil samtidig presisere at din deltakelse vil være av stor nytte. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg om du velger å delta/ikke delta.

Spørreundersøkelsen er anonym, men inneholder spørsmål om bakgrunnsopplysninger, som alder, yrkesbakgrunn, med mer. Vi vil derimot ikke ha tilgang til direkte personidentifiserende informasjon om deg som deltaker. Ved å oppgi dato og klokkeslett for når spørreundersøkelsen ble gjennomført, kan vi slette dine svar på spørreundersøkelsen, dersom du ønsker å benytte deg av din rett til dette. Det vil derimot ikke være mulig å rette eller gi innsyn i innsendte svar. Du har rett til å klage til Datatilsynet.

Vi vil behandle opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være nevnte masterstudenter, samt veileder som har tilgang til datamaterialet. Datamaterialet vil lagres på passord-sikret maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon. Anonymiserte data fra undersøkelsen vil bli delt med Østre Agder nettverket, i tillegg til å bli publisert i vår masteroppgave, med eventuelle fremtidige, vitenskapelige publikasjoner. Dine bakgrunnsopplysninger vil bli slettet ved prosjektslutt.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Du samtykker til deltakelse ved å besvare undersøkelsen.

Vedlegg 4 – Godkjenning Sikt

5/7/24, 1:09 PM

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
311239

Vurderingstype
Automatisk

Dato
29.09.2023

Tittel

Kartlegging av ansatte ved tildelingsenhetene i Østre Agder

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Ellen Dahl Gundersen

Student

Silje Jønsrud Mortvedt

Prosjektperiode

01.11.2023 - 30.06.2025

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2025.

[Meldeskjema](#)

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Vedlegg 5 – Godkjenning FEK



Silje Jønsrud
Mortvedt

Tidspunkt for godkjenning: : 20/10/2023

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Kartlegging av ansatte ved tildelingskontor i Østre Agder - RITM0237843

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

Vedlegg 6 – Informasjon presentert i eposten som ble sendt til respondentene

Hei,

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt og svare på spørreundersøkelsen «**Kartlegging av ansatte ved tildelingskontor i Østre Agder**».

Forskningsprosjektet utgjør masteroppgaven til Silje Jønsrud Mortvedt og Helene Kaasin. Det tar utgangspunkt i et ønske fra Østre Agder-nettverket om å få kunnskap om faglig sammensetning og tverrfaglig samarbeid blant ansatte på tildelingskontorene i Østre Agder. Informasjon om hva deltakelse vil innebære for deg står nærmere forklart i starten av spørreundersøkelsen, men det ligger også ved som et vedlegg i denne e-posten.

Det er totalt 33 spørsmål og det vil ta ca 5-10 minutter å svare på spørreundersøkelsen. Vi gjør oppmerksom på at hvert spørsmål må besvares for å komme videre.

Lenke til spørreundersøkelsen: [Kartlegging av ansatte ved tildelingskontor i Østre Agder](#)

Svarene dine lagres kun dersom du fullfører hele spørreundersøkelsen. Det vil derfor ikke være mulig å fortsette spørreundersøkelsen der du er, dersom du skulle avslutte før den er fullført. Vi ber deg derfor om at du fullfører hele spørreundersøkelsen i en omgang. Når du har fullført spørreundersøkelsen, vil du bli bedt om å trykke "avslutt" for å sende inn dine svar. Du skal kun svare på spørreundersøkelsen en gang.

Frist for å svare på spørreundersøkelsen er 30.november 2023. Du vil motta en påminnelse om deltakelse ca. en uke før- og et par dager før svarfrist.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved Ellen Dahl Gundersen, prosjektansvarlig og veileder på masteroppgaven. Epostadresse: ellen.dahl.gundersen@uia.no, telefonnummer: +47 99277267

eller masterstudenter i Klinisk Helsevitenskap ved Universitetet i Agder, Institutt for helse- og sykepleievitenskap:

- Silje Jønsrud Mortvedt, epostadresse: silje.jonsrud@gmail.com, telefonnummer: +47 909 80 320

- Helene Kaasin, epostadresse: helene-kaasin@hotmail.com, telefonnummer: +47 993 59 524

Personvernombud ved Universitetet i Agder:

- Trond Hauso, epostadresse: trond.hauso@uia.no, telefonnummer +47 936 01 625

På oppdrag fra Universitetet i Agder har Sikt, Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Mvh

Silje Jønsrud Mortvedt og Helene Kaasin