

Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud?

En institusjonell etnografi om kommunale saksbehandleres oversettelse fra behov til vedtak Judgements for the individual service user or standardized service?

An institutional ethnography on local government administrators' transition from requirements to decisions.

SAMMENDRAG Artikkelen utforsker hvordan saksbehandlere omgjør behov til vedtak innenfor en bestiller- utfører-modell. Ved bruk av institusjonell etnografi som fremgangsmåte utforsker denne artikkelen hvordan de to styrende prinsippene nødvendig, forsvarlig helsehjelp og laveste effektive omsorgsnivå styrer behovsoversettelsen. Analysen er gjort på bakgrunn av intervju med syv saksbehandlere i helse- og omsorgstjenestene i fem kommuner. Gjennom det som nedtegnes skriftlig i søknad, vurdering og vedtak, aktiveres de to nevnte styrende prinsippene som «sjefstekster» og styrer hvilke tjenester som i praksis er tilgjengelig for bruker og pårørende. Resultatene beskriver hvordan saksbehandlerne gjennom hele prosessen, fra melding om behov til vedtak, gjør et aktivt arbeid for å innpasse behovene i det eksisterende behovshierarkiet av nødvendige tjenester i samsvar med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå. I praksis foregripes derfor behovsvurderingen, og den institusjonelt betingede behovsoversettelsen gjør at vedtakene gjenspeiler et begrenset standardisert tjenestetilbud. Mer oppmerksomhet rettet mot det som selekteres ut underveis i prosessen, vil kunne gi et tjenestetilbud mer tilpasset brukere og pårørendes hverdag.

Nøkkelord

Bestiller-utfører-modell, institusjonell etnografi, institusjonelle føringer

ABSTRACT This article addresses the issue of how different requirements are translated into written decisions by administrators doing their work within a purchaser-provider model. Using Institutional Ethnography, it is investigated how the two boss texts, necessary, justifiable needs and lowest effective level of care, coordinate the transition of requirements. The article draws on data from interviews with seven administrators in five Norwegian municipalities. Through describing the administrators' work process, from receiving the request for assistance, consideration, and writing decisions, it is brought into view how the administrators make certain needs become institutionally accountable. This is related to the two boss texts, and how these services are made available for service users and informal caregivers. Individual needs are in this process made invisible, and the institutional circuit of translating requirements, therefore makes the written decisions reflect a limited standardized service. More attention towards the information not made accountable could contribute to a service that addresses the issues that users and informal caregivers encounter in everyday life.

Keywords

Purchaser-provider-model, Institutional Ethnography, ruling relations

Guro Øydgard
Stipendiat ph.d
program sosiologi,
Fakultet for samfunns-
vitenskap, Nord univer-
sitet

✉ guro.oydgard
@nord.no

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- *Bestiller-utfører-modellen ble innført for å oppnå bedre effektivitet, rettferdighet og koordinering i kommunens helse- og omsorgstjeneste.*
- *Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå er sentralt i tjenestetildeling, men det er ikke klart hvordan behovsvurderinger gjøres i praksis.*

Hva nytt tilfører denne studien?

- *Institusjonelle føringer saksbehandlerne arbeider innenfor, er av stor betydning for hvilke behov som gjøres tellende i saksbehandlingen.*
- *Institusjonelle føringer styrer saksbehandlernes praksis, og hvilke tjenester som i praksis er tilgjengelige for bruker og pårørende.*

Introduksjon

Denne artikkelen omhandler hvordan saksbehandlere omgjør behov til vedtak innenfor en tildelingsmodell der saksbehandling og vurdering av behov og utførelse av tjenester er skilt fra hverandre organisatorisk, en såkalt *bestiller-utfører-modell* (Agenda, 2004; Deloitte, 2012). Utforskningen gjøres med en undring over hvordan denne omgjøringen skjer, med utgangspunkt i ståstedet til pårørende til personer med demens. Demens fører til kognitiv funksjonsnedsettelse, og personer med demens klarer derfor ofte ikke selv å søke om tjenester. De pårørende blir derfor ofte helt sentrale for å melde ifra om behov og å søke om tjenester (Helsedirektoratet, 2007, 2016; Jakobsen & Homelien, 2011; NOU 2011:17, 2011). Helse- og omsorgstjenestene preges av økende behov og knappe ressurser. Det er derfor behov for en rettferdig og koordinert fordeling av ressursene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2013). Det er et sentralt mål at helse- og omsorgstjenester skal gis tilpasset den enkeltes behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Litteratur på emnet peker imidlertid på at mange pårørende opplever at tjenestetilbudet som gis, ikke er i samsvar med behovene de og deres nærmeste med demens har (Aasgaard, Disch, Fagerström & Landmark, 2014; Jakobsen & Homelien, 2013). Studier viser at pårørende opplever seg lite inkludert og anerkjent i kommunikasjonen med det formelle tjenestesystemet (Carlsen & Lundberg, 2017; Larsen, Normann & Hamran, 2017).

Studier av omorganisering til bestiller-utfører-modell viser at tjenestetildelingen innenfor en bestiller-utfører-modell skiller seg fra tidligere

vurderingene gjort av tjenesteutøvere. Innenfor en bestiller-utfører-modell benyttes større grad av standardiserte kriterier, og fordelingshensynet gjøres overfor brukerne som en større gruppe fremfor at mer tjenester til en bruker direkte går på bekostning av en annen (Vabø, 2011; Vabo & Bureau, 2011). Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå er av flere (Deloitte, 2012; Gjevjon & Romøren, 2010) pekt på som sentralt i tildelingen. Selv om bestiller-utfører-modellen var ment å føre til en mer rettferdig fordeling av tjenester, tyder undersøkelser på at det likevel er forskjeller i hva som blir tildelt (Syse, Øien, Solheim & Jakobsen, 2015). Kriteriene for hjelp fremstår som uklare, og kommunikasjon mellom pårørende og formelt tjenestesystem kan påvirke forventninger og søknader om formell hjelp (Aksøy, 2012; Gjevjon & Romøren, 2010; Vabø, 2012). Dette peker mot et behov for å undersøke hvordan tildelingsprosessen foregår i praksis, og det er dette denne artikkelen bidrar til. Saksbehandlerne som er intervjuet, arbeider alle ved såkalte tildelingsenheter, der bestilling av tjenester gjøres fra. Artikkelen bidrar til å forstå *hvordan* behovsbeskrivelsen endres i prosessen fra subjektivt innmeldt behov, til gjennomførbart vedtak om tjenester. Artikkelen argumenterer for at dersom tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester skal kunne skje tilpasset individuelle behov, må det rettes større oppmerksomhet mot det som selekteres bort i behovsoversettelsen. Artikkelen er avgrenset til å omhandle saksbehandleres omgjøring fra behov til vedtak. Endringer som eventuelt skjer i kraft av tjenesteyteres utførelse av vedtakene, er ikke tema for denne artikkelen.

Bestiller-utfører-modell:*Et svar på krav om mer rettferdig fordeling*

Både ideer fra New Public Management og krav om mer rettferdig fordeling og bedre samhandling og koordinering har hatt betydning for norske kommuners innføring av bestiller-utfører-modell fra slutten av 1990-tallet (Agenda, 2004; Ljunggren, Haugset & Solbakk, 2014; Vabø, 2011). Influert av ideer fra New Public Management og modeller fra Storbritannia og Sverige, var skillet mellom bestiller og utfører ment å bidra til økt effektivitet, og gjøre det enklere å vise måloppnåelse og utnytte markedskreftene (Agenda, 2004; Siverbo, 2004). Modellen som tidligere rådet innen helse- og omsorg, der driftsenhetene selv hadde ansvaret for å vurdere og tildele tjenester direkte til innbygger-

ne, ble sett på som et problem med tanke på rettferdighet og rettsikkerhet, da den førte til store forskjeller innad i hver kommune (Gjerde, Torsteinsen & Aarseth, 2016; Vabø, 2012). Utover 1990-tallet kom også sterkere krav til oversikt og rettferdighet i fordeling, blant annet med krav om internkontroll i kommunene, og innføring av nasjonale rapporteringssystemer som KOSTRA og etter hvert IPLOS.¹ Ideen om at behov måtte vurderes nært brukerne ble dermed i stadig større grad foretatt til fordel for økende behov for å møte kravene om en rettferdig fordeling og et mer sammenhengende og koordinert samlet tjenestetilbud tilpasset den enkelte. Innføring av bestiller-utførermodell var også ment å lette byrden fra tjenesteytere som følte de måtte velge mellom ulike individuelle brukere ved fordeling av ressursene (Vabø, 2012). Imidlertid er det i likhet med i svenske kommuner utbredt med samarbeid mellom bestillere og utførere (Wollscheid, Eriksen & Hallvik, 2013; Vabø, 2012; Blomberg, 2004). Tillitsreformene i hjemmetjenesten som nå prøves ut i blant andre Oslo og Bergen, inspirert av den danske tillitsreformen, er kanskje den varianten med størst innslag av samarbeid. Ideen er at utførerne selv skal vurdere mer av innholdet i tjenesten og kontrollere mer av sin arbeidshverdag (Aspøy, 2016). Aspøy (2016) påpeker imidlertid at også innenfor en tillitsreform kommer mål og resultat først, og hevder at tillitsreformen må ses som en modifisering av styringsmodellen, ikke som en sterk endring.

Betegnelsen bestiller-utførermodell rommer alt fra modeller som kun har profesjonalisert sin saksbehandling og behovsvurdering, til en mer omfattende modell, der de også benytter innsatsstyrt finansiering (Deloitte, 2012). Det finnes ikke tall på hvor mange kommuner som har bestiller-utførermodell i dag.² I 2008 oppga litt over 30 prosent av 315 spurte kommuner at de hadde en bestiller-utførermodell i pleie og omsorg (Hovik & Stigen, 2008). Av dem som har innført modellen, er det en overvekt av store og mellomstore kommuner, men også flere småkommuner har organisert tildelingen av tjenester etter bestiller-utfører-prinsippet (Deloitte, 2012; Wollscheid et al., 2013). Ingen av kommunene i utvalget i denne artikkelen baserer seg på har innsatsstyrt finansiering, og i alle kommunene foregår det utstrakt bruk av informasjon fra tjenesteytere i behovsvurderingene.³ Artikkelen utforsker derfor tildeling i det man kan se som modifiserte versjoner av bestiller-utførermodellen.

Det institusjonelle landskap for tildeling av helse- og omsorgstjenester

I artikkelen benyttes Dorothy Smiths (2005) institusjonelle etnografi som fremgangsmåte. Hensikten med å benytte institusjonell etnografi er å forklare hvordan våre liv er vevet inn i sosiale makrostrukturer, som vi som samhandlende mennesker også er med på å forme og opprettholde (Widerberg, 2007). Smith benytter et kart som metafor når hun beskriver hvordan man kan utforske hvordan folks hverdagsliv er forbundet med, og koordineres av, de gjeldende føringer i det samfunnet vi er en del av. Kartmetaforen viser til at kartet ikke kan leses adskilt fra terrenget det tegner et kart over. Alt vi mennesker gjør, gjøres i en kontekst, der det som gjøres, henger sammen med det sosiale; de mennesker vi møter, relasjoner, gjeldende diskurser og institusjonelle føringer. *Det institusjonelle* slik begrepet brukes i Smiths metodologi institusjonell etnografi, viser i tråd med kartmetaforen til at organiseringen av samfunnsmessige funksjoner, eksempelvis helse- og velferdstjenester, består av et samspill mellom det faktiske arbeidet som gjøres av de involverte, og ulike føringer som styrer dette arbeidet (Smith, 2005). Fra et nedenfraperspektiv utforskes det hvordan ulike *ruling relations* (Smith, 2005, s. 13), eller *styringsrelasjoner* (Widerberg, 2015, s. 16), koordinerer det som gjøres, og dermed påvirker folks hverdagsliv.

Teoretiske verktøy

Styrende tekster

Styringsrelasjoner kommer ofte til uttrykk gjennom tekster, og tekster fungerer således som en bro mellom det lokale og det translokale (Nilsen, 2015). I utforskningen av de offentlige velferdsinstitusjonenes arbeid blir tekster derfor sentrale. Tekster kan skrives ned og lagres, og dermed kan det samme innholdet sendes ut til mange. Gjennom ulike tekster gis derfor ofte retningslinjer for hvordan arbeidet skal gjøres. Tekster kan imidlertid ifølge Smith (2005) ikke ses løsrevet fra de praksiser de inngår i. Tekster er riktignok konstante i tid og rom, men når tekster leses, knytter leseren assosiasjoner til ordene i teksten. Smith (2005) sier teksten *aktiveres* av leseren. Tekst benyttes også ofte til å nedtegne representasjoner av virkeligheten, og er i institusjonell sammenheng benyttet for å dokumentere og nedtegne de vurderinger og avgjørelser som tas, for eksempel i form av behovsvurderinger og vedtak om helse-

og omsorgstjenester. Det er derfor ikke teksten i seg selv, men hvilken betydning teksten gis, og hvordan den får konsekvenser for folks handlinger som er interessant i en institusjonell etnografi (Nilsen, 2015).

Institusjonelt betinget handlingskjede

Begrepet *institutional circuit* (Griffith & Smith, 2014, s. 12) viser til hvordan det som gjøres i praksis, henger sammen med overordnede tekster. I denne artikkelen er dette begrepet oversatt av artikkelforfatter til *institusjonell betinget handlingskjede*.⁴ En institusjonelt betinget handlingskjede er gjenkjennbare og sporbare sekvenser av institusjonelt arbeid, som viser hvordan arbeid gjøres for å produsere representasjoner i form av tekst som passer med såkalte *boss texts* (Griffith & Smith, 2014, s. 12), her oversatt til sjefstekster.⁵ Slike sjefstekster kan være eksempelvis lover, policy, prosedyrer og diskurser. Sjefstekstenes *styring* viser seg gjennom hvordan frontlinjearbeidere i praksis tekstliggjør sitt arbeid slik at de er i overenskomst med sjefstekstene (Griffith & Smith, 2014). Den institusjonelle oversettelsen fra subjektivt opplevelse av behov for hjelp til et ferdig vedtak om hjelp, utforskes i denne artikkelen som en slik institusjonelt betinget handlingskjede.

Metode

En institusjonell etnografi med startpunkt i pårørendes ståsted

Målet for forskere som følger institusjonell etnografis fremgangsmåte, er å kartlegge og forklare hvordan styrende rammer og føringer koordinerer folks hverdagsliv. Siden vi ikke ennå vet hvilke føringer og rammer vi ser etter, må alltid kartleggingen gjennom menneskers hverdagslige erfaringer. Utforskningen starter derfor alltid hos de som erfarer konsekvensene av de institusjonelle praksisene i hverdagen (Smith, 2005). Der menneskers erfaringer krysser med institusjonelle ordninger, ligger området man vil utforske videre, i institusjonell etnografi kalt *problematikken* (Campbell & Gregor, 2004).

I tråd med fremgangsmåten i institusjonell etnografi, startet også utforskningen som har ledet til denne artikkelen, med de som opplever konsekvensene av institusjonelle avgjørelser i hverdagen. I forbindelse med intervjuer av pårørende til personer med demens, ble jeg oppmerksom på at det var uklart for de pårørende *hvordan* behov

omformes til vedtak om tjenester, og jeg definerte derfor dette som en problematikk jeg ville utforske videre. For de pårørende dreide ukklarheten seg både om hvem som bestemte hvilke tjenester som ble tildelt, og ut fra hvilke kriterier dette ble vurdert. Denne artikkelen har derfor utgangspunkt i denne problematikken, og jeg utforsker denne gjennom forskningsspørsmålet: *Hvordan omgjør saksbehandlerne ved tildelingsenheten behov til vedtak?*

For å utforske en problematikk er det ofte nødvendig å flytte seg til en annen forskningsarena, til det som Campbell and Gregor (2004) kaller nivå to-informanter. Nivå to-informantene er i institusjonell etnografi mange ganger frontlinjearbeidere, fordi deres arbeid ofte er linken mellom menneskers hverdagsliv og de institusjonelle føringene som virker inn på menneskers hverdagsliv (DeVault & McCoy, 2006). Ståstedet til forskeren skifter imidlertid ikke, problematikken utforskes med siktemål om å forklare hvordan folks hverdagsliv er vevet sammen med institusjonelle føringer. Ståstedet hjelper på denne måten forskeren å holde forskerblikket rettet mot koblingen mellom det institusjonelle og hverdagslivet, slik at man unngår å miste retningen i utforskningen ved selv å adoptere de gjeldende institusjonelle føringene (Rankin, 2017). Det valgte ståstedet i utforskningen i denne artikkelen betyr derfor at forskeren *søker å forstå omgjørelsen av behov til vedtak med fra ståstedet til pårørende til personer med demens*. Siktemålet er å øke forståelsen av hvordan det arbeidet som gjøres av saksbehandlerne i samspill med institusjonelle føringer, virker styrende for hverdagslivet til de som skal motta tjenestene.

Utvalg og datasamling

For å svare på forskningsspørsmålet om hvordan saksbehandlerne omgjør behov til vedtak, anså jeg det som relevant å spørre de som arbeider med saksbehandling i helse- og omsorgstjenester. Saksbehandlerne er således nivå to-informanter, og det er disse informantenes kunnskap om sitt arbeid jeg i denne artikkelen benytter som empiri. De pårørende jeg tidligere hadde intervjuet, hadde kontakt med tildelingsenheter i 12 ulike kommuner. Intervjuene med saksbehandlere som utgjør datamaterialet til denne artikkelen, er gjort i fem av disse kommunene. Jeg valgte kommuner av ulik størrelse, både med hensyn til innbyggertall og geografisk størrelse.

Ved telefonhenvendelse til hver av de fem kommunenes servicetorg eller sentralbord viste det seg at alle de fem kommunene som var plukket ut, hadde en egen utskilt enhet som arbeidet med tildeling av tjenester. Hver av de fem tildelingsenhetene ble så oppringt, og spurt om en eller to saksbehandlere kunne tenke seg å stille til intervju. Ved tre av enhetene snakket jeg med leder for tildelingsenheten, som ga meg tilbakemelding med navn på de som kunne tenke seg å stille til intervju. Ved de to andre enhetene, snakket jeg direkte med en saksbehandler ved enheten, og disse sa ja til å stille til intervju i denne samtalen. Jeg intervjuet til sammen syv personer som arbeider med tildeling av helse- og omsorgstjenester. Saksbehandlerne fikk et informasjonsbrev oversendt på e-post, og skrev under på samtykkeskjema under intervjuet. Alle deltakerne er anonymisert.

Studien er tilrådet gjennomført av Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjekt nummer 35031.

De fem utvalgte kommunene har alle, som beskrevet i tabellen under, organisert tildelingen av tjenester med innslag av bestiller-utfører-modellen. Alle kommunene har en egen enhet for saksbehandling, og i tre av kommunene er beslutningsmyndighet også lagt til denne enheten. I én kommune er beslutningsmyndighet for hjemmetjenester lagt til enhetsleder, mens beslutningsmyndighet for øvrige tjenester er lagt til tildelingsenheten. I den siste kommunen er behovsutredning lagt til tildelingsenheten, og endelig beslutningsmyndighet hos enhetsledere. Den egne enheten for saksbehandling er i alle kommunene også et sted borgerne kan henvende seg til og få informasjon og hjelp i forbindelse med behov for tjenester.

Tabell 1 Beskrivelse av utvalgte saksbehandlere og kommuner

Saksbehandler	Kjønn	Kommune	Organisering tjenestetildeling
1	Kvinne	F	Saksbehandling og vedtak for alle tjenester utenom hjemmebaserte tjenester skilt ut i egen enhet.
2	Kvinne	L	Kartlegging og saksbehandling er skilt ut i egen enhet. Enhetsledere har vedtaksmyndighet.
3	Mann		
4	Mann	D	Saksbehandling og vedtak skilt ut i egen enhet.
5	Kvinne	A	Saksbehandling og vedtak skilt ut i egen enhet.
6	Kvinne		
7	Kvinne	B	Saksbehandling og vedtak skilt ut i egen enhet.

Målet med intervjuer i en institusjonell etnografi er å få kunnskap om informantens erfaringer, handlinger og samhandling med andre (Nilsen, 2015). Intervjuene med saksbehandlerne var semi-strukturerte. Intervjuguiden ble laget med utgangspunkt i problematikken om at det fra de pårørendes ståsted var uklart hvordan innmeldte behov omgjøres til vedtak. Spørsmålene som ble stilt, var derfor relatert til deres arbeid med behovsvurderinger og vedtak; hva saksbehandlerne gjorde, hvordan de gjorde det og hvorfor. Alle de syv intervjuene fant sted i kontorlokalene på arbeidsplassen til saksbehandlerne som ble intervjuet.

Analyse: Tildeling av tjenester

- en institusjonelt betinget handlingskjede

Målet for forskere som gjør en institusjonell etnografi, er å beskrive empirisk hvordan praksis er sosialt organisert, og hvordan det henger sammen med styrende prinsipper (Smith, 2005). Datamaterialet utforskes derfor analytisk ved å

se på hva som gjøres, og så stille spørsmål om hvordan og hvorfor. Etter å ha intervjuet og transkribert intervjuene med saksbehandlerne, gikk jeg gjennom intervjuene på jakt etter beskrivelser av deres arbeid. Jeg fant da fire hovedsekvenser av arbeid; mottak av melding, kartleggingsdialog, vurdering og vedtak. For hver av disse arbeidssekvensene så jeg etter hva saksbehandlerne omtalte som styrende for sitt arbeid, altså hvordan og hvorfor de gjorde slik de gjorde. Det var da to prinsipper saksbehandlerne viste til som styrende for deres arbeid, og disse ble derfor identifisert som sjefstekster; *nødvendig, forsvarlig helsehjelp, og laveste effektive omsorgsnivå*. Den første sjefsteksten var oftest svaret på *hvorfor* saksbehandlerne mente søkerne kunne få hjelp med visse ting, og ikke andre, mens den andre sjefsteksten ble referert til som begrunnelse for *hvordan* de dekket behovet for hjelp. Figuren under illustrerer saksbehandlernes arbeidsprosess og sjefstekstene.



Figur 1 Tildelingsprosess og sjefstekster

Begge disse sjefstekstene knytter seg til overordnede lovbestemmelser og prinsipper for tildeling av helse- og omsorgstjenester. *Nødvendig og forsvarlig helsehjelp* er hentet fra lovreguleringen av kommunenes tjenestetilbud. Kravet til kommunene om å tilby nødvendig og forsvarlig helsehjelp fremgår av Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) § 3-1: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.» Tilsvarende regulerer Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 brukerens rett til nødvendige tjenester fra kommunen, og at disse skal være såkalt forsvarlig.

Laveste effektive omsorgsnivå er et sentralt styrende prinsipp innen velferdstjenestesystemet i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Omsorgstrappa er en vanlig illustrasjon på dette prinsippet, og viser til hvordan de minst ressurskrevende og inngripende tjenestene prøves først, før man gradvis går oppover i trappetrinnet til institusjonsbasert pleie som øverste trinn (Helsedirektoratet, 2015).

Resultater: Fra søknad til vedtak

Søknaden – der forhandlingen om behov starter
Meldingen om et behov er for saksbehandlerne startpunktet for arbeidet framover. Henvendelsen om et nytt eller endret behov for hjelp kommer ifølge saksbehandlerne i all hovedsak fra pårørende, fastlege, sykehus eller hjemmetjenesten. Pårørende henvender seg vanligvis per telefon eller ved å sende inn et søknadsskjema. Fastlege og sykehus benyttet elektronisk melding i pleie og omsorg, PLO-melding.⁶ Enhver melding om behov for hjelp utløser ifølge saksbehandlerne et behov for å kartlegge. Behovet for å kartlegge kommer ifølge saksbehandlerne av at deres oppgave som tildelingsenhet nettopp er å avgjøre om brukeren er berettiget til hjelp, samt hvilke tjenester som kan være passende for den enkelte

bruker. Den som melder inn behovet, kan bare melde inn nettopp ett *behov* for hjelp, ikke bestemme hvilket omfang og form hjelpen skal ha.

Flere av saksbehandlerne beskriver kartleggingen som en dialog mellom saksbehandler og bruker, eller den som henvender seg på vegne av en bruker. Om det gjelder en ny bruker, eller det er snakk om større endringer, foretas det et hjemmebesøk. Formålet med hjemmebesøket er todelt; gi informasjon om hva kommunen kan hjelpe med, og få en nærmere forståelse av hva det *nødvendige* behovet er. Det *nødvendige* behovet for hjelp er derfor en oversettelse av behovet slik det er uttrykt fra den som melder det inn, til en vurdering tildelingsenheten gjør ved hjemmebesøk og eventuell innhenting av andre opplysninger, og de muligheter som finnes for dekking av behovet på lavest mulig nivå. Tilbudene er formet som et hierarki av tjenester, der det minst ressurskrevende skal prøves først;

«– Hjelpemidler, hva som kan løses med å organisere hverdagen hjemme, praktisk bistand, avlastning, dagtilbud, hjemmesykepleie, økning i dagtilbud, økning i hjemmesykepleie, korttidsopphold, rullerende opphold (...) ja, det er på en måte trinnene i omsorgstrappa, da.» (Saksbehandler 3, kommune L).

Bare to av saksbehandlerne benytter i intervjuet begrepet omsorgstrappa, men alle forteller i intervjuene om hvordan de alltid søker å finne, og informere om, de enkleste tjenestene først. På denne måten aktiveres sjefsteksten om laveste effektive omsorgsnivå. En av saksbehandlerne forteller om hvordan man i hjemmebesøket informerer om tjenestetilbudet kommunen har, som de vurderer sannsynligvis kan dekke det *nødvendige* behovet.

«– Hvis jeg er på kartlegging, så kan det hende jeg foreslår trygghetsalarm da, slik at de kan få kontakt med hjemmetjenesten hvis det blir nødvendig. Det er ofte, særlig de pårørende da, som ønsker at hjemmetjenesten skal dra på tilsyn og se til at mor har det greit. (..) men hvis det kan løses med en trygghetsalarm, om de er i stand til å bruke den, så prøver vi det først.» (Saksbehandler 2, kommune L)

Informasjonen som gis i hjemmebesøket, bidrar på denne måten til å forme den tekstlige representasjonen av behov som nedtegnes i søknaden. Allerede i søknaden er derfor ofte oversettelsen av behovet startet, ved at saksbehandlerne kan foreslå tjenester de tenker kan være aktuelle før kartleggingen er fullført.

Saksbehandlerne forteller at de ønsker at det i de fleste saker fylles ut et søknadsskjema. Det varierer imidlertid noe i prosessen når dette fylles ut. Noen ganger har bruker eller pårørende fylt ut søknadsskjemaet på forhånd, men ofte hjelper saksbehandlerne til med å fylle ut søknadsskjemaet i hjemmebesøket. Tjenesteytere som allerede yter tjenester, for eksempel hjemmetjenesten, kan også bistå. Av de fem kommunene saksbehandlerne arbeidet i, hadde to av kommunene søknadsskjema med bokser der søkerne kunne krysse av for hvilke tjenester de søkte om, mens i de resterende tre kommunene var det kun fritekst med behov for hjelp og begrunnelse som skulle fylles inn. I de to kommunene som hadde rene behovsbeskrivelser, har de tidligere hatt slike avkrysningsbokser, men dette førte, ifølge en saksbehandler, til at «Da kryssa folk sånn ja, 'her kan vi velge hva vi vil ha'» Kommunen gikk derfor bort fra avkrysningsboksene fordi søkerne da ofte nedtegnet et ønske om mer enn det kommunen kunne tilby, eller mer enn det som etterpå ble vurdert å være *nødvendig*. Søkerne bruk av avkrysningsboksernes harmonerte med andre ord ikke med sjefsteksten om nødvendige og forsvarlige tjenester.

De må søke for å få

Når man ser på hvordan aktivering av sjefstekster virker styrende på det som skjer i praksis, er det ikke bare sentralt å avdekke hva som *blir gjort synlig* ved aktivering av tekstene. Like sentralt er hva som ikke kommer med, det som *ikke regnes som tellende* (Campbell, 2014). Det som er tilgjengelig på «menyen» for personer med demens og deres pårørende, inkluderer i alle de fem

kommunene trygghetsalarm, matombringing, hjemmetjeneste, hjemmehjelp, avlastning, omsorgsbolig, korttidsopphold og sykehjemsplass, samt dagsenter eller støttekontakt. Ingen av saksbehandlerne kan huske at de har fått en søknad om individuell plan. Ifølge saksbehandlerne er begrunnelsen for dette at brukeren selv, eller noen på vegne av brukeren, må melde fra om at dette er et ønske, slik at det kan vurderes som et nødvendig behov. Imidlertid så vi tidligere i resultatdelen at tjenester på et lavere nivå i omsorgstrappa gjerne ble introdusert aktivt for brukeren. Det samme gjelder ikke nødvendigvis for tjenester høyere oppe i omsorgstrappa;

«– Nå har vi hatt en litt merkelig situasjon her de siste 1,5 årene, hvor vi faktisk har hatt ledighet i sykehjemmet (...) Og det er jo litt vanskelig det med ledige plasser, når vi ikke har noen som etterspør de, at de ikke selv kommer og ber om plass, så er det jo en fare for at terskelen for å ta inn på sykehjem synker». (Saksbehandler 4, kommune D)

Saksbehandlerne kan derfor i sitt daglige arbeid sies å aktivere sjefsteksten om laveste effektive omsorgsnivå ved å fremheve de tjenestene de anser som mest nødvendige, på et lavest mulig nivå. Tjenester som er på et lavere trinn i omsorgstrappa, som trygghetsalarm, informeres om, mens ved ledighet i sykehjem vil man vente til noen etterspør. Individuell plan tildeles heller ikke fordi ingen, ifølge saksbehandlerne, etterspør det og saksbehandlerne heller ikke fremhever det i sin informasjon. Dermed nedtegnes ikke noe behov for planen, og det blir ikke med videre i vurderingsarbeidet. På denne måten styrer saksbehandlerne aktivering av sjefstekstene hva som nedtegnes, og som gjøres tellende i den videre vurderingen.

Tryggere hjemme lenger

Hovedregelen i vurderingene er, ifølge saksbehandlerne, at tjenester tildeles til dem som har rett på tjenesten. Imidlertid tilbyr også noen ganger kommunen tjenester til søkere de ikke anser har rett på tjenesten. Dette var i tilfeller der det ble vurdert formålstjenlig for å holde bistanden på et så lavt nivå som mulig, så lenge som mulig.

«– Det hender jo at vi kan si at du innfrir ikke kravene i helse- og omsorgstjenesteloven og

pasient- og brukerrettighetsloven for å få for eksempel hjemmesykepleie. Men kommunen gir likevel hjemmesykepleie (...). Vi ser jo av og til at om vi ikke gir noe her, så vil det snart utløses en rett likevel. Så kan vi utsette den litt.» (Saksbehandler 3, kommune L).

Alle de fem kommunene tilbød også noen tjenester som ikke var pålagt dem, ifølge helse- og omsorgstjenesteloven, blant annet dagsenter. Dagsenteret hadde, ifølge saksbehandlerne, en sentral funksjon med tanke på vurdering og tildeling av tjenester. Saksbehandlerne forklarte at de ofte ba om opplysninger fra de som arbeider på dagsenteret, for å få et bedre bilde av det videre behovet for *nødvendig* helsehjelp. Gjennom dagsenteropphold nedtegnes altså tekstlige representasjoner av brukerens behov, som benyttes i det videre vurderingsarbeidet. Andre ganger benyttes vedtak om dagsenter sammen med andre hjemmebaserte tjenester som et alternativ til institusjonsplass;

«– Dagsenteret var jo opprinnelig et aktivitetstilbud, et tilbud for å treffe andre, altså et aktivitetstilbud som ikke var begrunna i nødvendig helsehjelp. Men så er det kommet inn midler til dagtilbud for demente, og i dag er det jo begrunna i nødvendig helsehjelp, enten i form av avlastning eller et alternativ til korttidsopphold i institusjon.» (Saksbehandler 3, kommune L)

På denne måten aktiverer saksbehandleren igjen sjefsteksten om *nødvendig* og forsvarlig helsehjelp. I kommune F benytter de også tilbud som opprinnelig er beskrevet som aktivitetstilbud, som dagsenter og støttekontakt, som alternativer for å tilby *nødvendige* tjenester til brukere de opprinnelig mener burde vært plassert på et høyere trinn i omsorgstrappa;

«– Om det ikke er plass, så syr vi sammen noe. Da er man nødt til å snekre i hop noe hjemme med hjemmesykepleie og dagsenteret. Vi bruker også en del støttekontakt til denne gruppen.» (Saksbehandler 1, kommune F).

Prinsippet om å sørge for *nødvendige* helse- og omsorgstjenester settes tydelig høyt av saksbehandlerne. Saksbehandlerne forvalter på den ene siden det som kan fremstå som et ganske rigid system, der ulike kriterier skal fylles og hensyn

skal tas. Samtidig fremstår arbeidet deres også som preget av stor fleksibilitet og vilje til å oppfylle kravet om *nødvendig* og forsvarlig helsehjelp. Saksbehandlerne strekker seg langt i sitt arbeid for å fylle de behovene som kommer frem gjennom kartlegging og dialog med brukere og tjenesteytere, og som til slutt vurderes som *nødvendige*.

Jo flere vi er sammen, jo sikrere vurdering?

Vurderingene som gjøres ved tildelingsenhetene er, ifølge saksbehandlerne, i stor grad skjønnsbasert. Dette var en sentral begrunnelse for at de alltid var flere sammen for å diskutere om brukerne var berettiget tjenester for å dekke retten til *nødvendig* helsehjelp. Ved tildelingsenhetene ble det derfor holdt både faste møter og nær dialog med tjenesteyterenhetene i kommunen der de diskuterte tjenestetildeling. Med nær dialog, var det ifølge saksbehandlerne snakk om ukentlig eller enda hyppigere kontakt. Demenskoordinator og ergoterapeut var også sentrale dialogpartene for flere av saksbehandlerne. I alle kommunene ble beslutninger om sykehjemsplass fattet i et fastlagt møte eller inntaksråd. Det var også vanlig å diskutere med enhetsledere for hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester hva som var mulig for den tjenesteytende enheten å gi, samtidig som det dekket det som var *nødvendig*. Det foregår med andre ord hele tiden en forhandling om hvor lite de kan gi, og saksbehandlerne har etter hvert utviklet en spesiell kompetanse i disse vurderingene;

«– Man kan jo ta feil, og det blir jo gått mange runder. Men vi har ganske teft for dette, det ser jeg jo gang på gang, at de vi skriver ut direkte hjem, det går bra.» (Saksbehandler 5, kommune A)

I vurderingene av hva som skal anses som *nødvendig*, ga det ifølge saksbehandlerne en trygghet å være flere som diskuterer. Gjennom diskusjon kom de frem til en felles forståelse, og det var erfart av saksbehandlerne at deres avgjørelser i disse utfordrende situasjonene ofte fungerte tilfredsstillende for å oppfylle sjefstekstene.

Vedtaket innhold – en argumentasjon for riktig aktivisering av sjefsteksten

Vedtaket skal, ifølge saksbehandlerne, inneholde opplysninger om hva behovet er vurdert til, hva det

er lagt vekt på, og hva de tildeles både i form og mengde. Omfanget av de skriftlige vurderingene av behovet er, ifølge saksbehandlerne, avhengig av hvor sikre de er på at vurderingen de har gjort er i samsvar med sjefsteksten om nødvendig helsehjelp.

«– Når de skrives ut fra korttidsopphold, og vi vet at det er uenigheter med pårørende, da er vi jo ekstra nøye. Når vi vet at det nesten helt sikkert kommer en klage. Da skal vi ha uttalelser fra lege, fra hjemmetjenesten og fra sykehjemmet» (Saksbehandler 5, kommune A)

I en av de andre kommunene sendes det ut forhåndsvarsel med saksutredningen før vedtaket sendes ut. Etter at de begynte å gjøre dette, i stedet for at saksutredningen fulgte vedtaket, har det ifølge saksbehandleren blitt mindre klager. «– Jeg tror både vi er blitt flinkere til å begrunne og at flere leser begrunnelsen nå», forteller saksbehandleren.

I vurderingen av sakene forteller saksbehandlerne at sakene ofte sammenlignes med hverandre. Dette gjøres i dialogen de har i møtene og samtalene om vurdering av hva som skal tildeles, men også ved hjelp av dialog med fylkesmannen. «– (...) Det er jo veldig greit, det er jo den måten vi har å bruke for å få avklart om vi utøver et rimelig eller urimelig skjønn», forteller en saksbehandler. Fylkesmannen benyttes av alle tildelingsenhetene som en kilde til veiledning for hva som er akseptabelt å tildele. Saksbehandlerne forteller at de både ringer dit for å drøfte, og at de tar vedtak i klagesaker til etterretning, og benytter disse i sine fremtidige vurderinger.

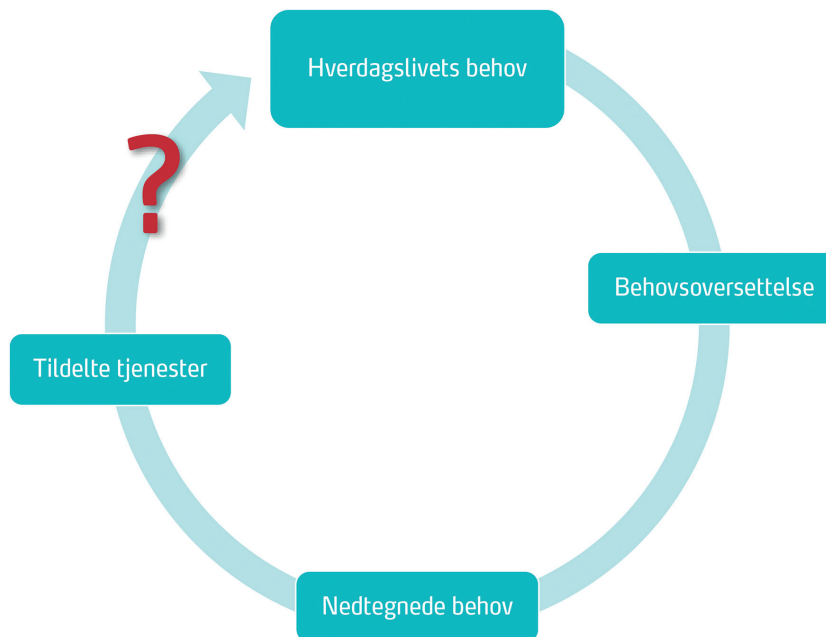
«– Det er sjeldnere og sjeldnere vi gir avslag på demente. Man får ikke noe gehør hos fylkesmannen når vi skriver avslag på demente. Så jeg har måtte omgjort flere vedtak, men klok av skade, så skriver jeg nesten ikke avslag på demente». (Saksbehandler 5, kommune A)

Saksbehandlerne tekstliggjøring av arbeidet sitt er på denne måten en forhandling om hvor lite de kan tildele innenfor det som er *nødvendige og for-svarlige* helse- og omsorgstjenester. Ved å prøve sin tekstliggjorte vurdering hos fylkesmannen forhandler de om hva som er en akseptabel vurdering.

Diskusjon

Tidligere studier har vist at bestiller-utfører-organisering har medført at tildelingen skjer etter mer standardiserte kriterier (Vabø, 2011; Vabo & Burau, 2011). I denne artikkelen har jeg vist hvordan en slik standardisering av kriterier gjør seg gjeldende i saksbehandlerne praksis gjennom deres aktive- ring av sjefstekstene om nødvendige tjenester og laveste effektive omsorgsnivå. I en undersøkelse av tersklene for å få sykehjems plass, peker Gjevjon og Romøren (2010) på «fagfolkterskelen», som innebærer at saksbehandlere unngår søknader om sykehjems plass ved å prøve å finne andre løsninger enn sykehjem, fordi tilbudet er knapt. Resultatene i denne artikkelen viser imidlertid at en slik type praksis ikke er begrenset til sykehjems plass, men at det skjer en utstrakt styring av hvilke behov som gjøres gjeldende gjennom saksbehandlerne kontakt med brukere og pårørende på alle nivåer i omsorgstrappa. Oversettelsesprosessen som gjøres av saksbehandlerne ved tildelingsenhetene, er designet for å passe inn i en institusjonell ramme, og er i denne artikkelen utforsket som en *institusjonelt betinget handlingskjede*. Så lenge saksbehandlerne klarer å få behovene til å passe inn i den institusjonelle rammen, vil det heller ikke vises hva som selekteres ut på veien dit. Vedtakene formuleres som en individuell behovsvurdering, men saksbehandlerne seleksjon av hva som tas med i den videre vurderingen, gjør at de skriftlige vedtakene kommunen til slutt gir, består av tjenester innenfor et begrenset standardisert tjenestetilbud. Oversettelsen av behov *fremstår* på denne måten sirkulær, med start og slutt i hverdagslivets behov.

De to sjefstekstene kan i denne studien sies å utgjøre det som rammer inn det som skjer i oversettelsen av behov. Disse fremstår som «tatt for gitt», og oppgis ofte ikke som en eksplisitt begrunnelse, men heller som en stadfestelse av hvordan ting er. Et sentralt aspekt ved dette er at sjefstekstene ikke aktiveres av saksbehandleren alene, men i samhandling med både tjenesteytere og fylkesmannen. Et slikt samarbeid er utbredt også i andre kommuner med bestiller-utførermodell (Blomberg, 2004; Siverbo, 2004; Vabø, 2007; Wollscheid et al., 2013). Trolig kan behovet for dette samarbeidet knyttes til et sentralt kjennetegn ved styringsrelasjonene; *objektivering*, og til hvordan tekstlig styring skjer i praksis.



Figur 2 Behovsoversettelse

Objektivering vil ifølge Widerberg (2015, s. 16) si at «bevissthets- og organiseringsformer utformes til noe eksternt og allment i forhold til bestemte mennesker og plasser.» Det er ikke bare slik at vi objektiveres av våre overordnede og myndighetene, men vi betrakter også oss selv, våre arbeidsrelasjoner og oppgaver i et slikt lys (Widerberg, 2015). De styrende prinsippene er med andre ord innarbeidet i de som arbeider med helse- og omsorgstjenestene. Man kan dermed forstå hvorfor de som arbeider med utførelse eller tildeling av helse- og omsorgstjenester, forsøker å løse de utfordringer de møter ut fra de rammene de opplever å jobbe innenfor. Tekster aktiveres i samarbeid mellom mennesker, fordi tekstene nettopp ikke direkte kan predikere handlinger, men de gir felles forståelse av gjeldende føringer i det institusjonelle landskapet praksis skjer (Campbell, 2014). Saksbehandlerens og dialogpartnernes enighet i aktiveringen må derfor ses i sammenheng med at aktiveringen av en sjefstekst ikke kan ses som ett individs vurdering. Snarere må det ses som et eksempel på hvordan personer som arbeider i en institusjon, også forholder seg til og er del av en institusjons rammer og formål. Samarbeidet mellom saksbehandlere og utførere blir således en følge av den sosiale organiseringen av tildeling av tjenester. Som også Vabø (2011) skriver, kan behov derfor ikke ses som noe objektivt, men må ses som et produkt av en sosial prosess, der institusjonelle føringer og mennesker som tolker og forvalter dem, inngår. For de pårø-

rende som forsøker å forstå hvordan behov omgjøres til vedtak, kan imidlertid det utstrakte samarbeidet medvirke til at det fremstår som noe uklart *hvem* som egentlig gjør vurderingen av behovet.

Implikasjoner og konklusjoner

«Ruling practices have definit consequences», skriver Campbell (2014, s. 75). Slik er det også for brukerne av helse- og omsorgstjenester. For de pårørende var utgangspunktet for behovet deres levde hverdagsliv, og det fremsto for de pårørende til personer med demens som en svart boks hvordan vurderingen av behov foregår. Den svarte boksen er i denne artikkelen pakket ut, og bidrar til å forstå hvordan forståelsen av behov slik den fremstår i vedtaket, kan avvike fra deres egen opprinnelige forståelse. Styringsrelasjonene blir gjennom saksbehandlerens objektivering en del av den sosiale organiseringen av tildeling av tjenester. Gjennom kontakten med de kommunale helse- og omsorgstjenestene griper styringsrelasjonene, i form av de aktiverte sjefstekstene, inn også i personer med demens og deres pårørendes hverdagsliv.

For de pårørende er ikke selekteringen i oversettelsesprosessen synlig fordi seleksjonen skjer implisitt. I praksis foregripes derfor behovsvurderingen ved at saksbehandlerne gjennom hele prosessen bidrar til å styre hva de pårørende får vite om, og søker om. Dette bidrar til å forklare hvorfor pårørende opplever å ikke få helse- og omsorgstjenester tilpasset den enkeltes behov

slik Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) har som formål. Selv om informasjon om andre tjenester kan sies å være tilgjengelig gjennom andre informasjonskanaler, som brosjyrer og hjemmesider, gjøres de gjennom praksis utilgjengelig. Sjefstekstene styrer gjennom saksbehandlernes praksis, de tjenester som *i praksis er tilgjengelig* for personer med demens og deres pårørende. Ut fra funnene i denne artikkelen vil jeg argumentere for at dersom tjenester skal favne brukernes hverdagsliv, slik livene leves, må større oppmerksomhet rettes mot det som utelates i oversettelsen av behovene. Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud må informeres om, og opplevde behov må tas med i søknad og vurdering. Da vil sirkelen også *i praksis* kunne starte og slutte i hverdagslivet.

Finansiering og interessekonflikter:

Artikkelen er en del av mitt ph.d prosjekt. Prosjektet har ikke ekstern finansiering.

Ingen interessekonflikter.

NOTER

1. KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering. Systemet gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner blant annet for pleie- og omsorgstjenester og saksbehandlingstid. Man kan sammenligne kommuner med hverandre, med regionale inndelinger og med landsgjennomsnittet (se ssb.no). IPLOS er et lovpålagt register der kommunene registrerer data om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Registeret har som formål å gi grunnlag for forskning, kvalitetssikring, planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018).
2. I veileder for bestiller-utfører-modellen (Agenda, 2004) refereres det til at KS har opprettet en interaktiv database med oversikt over hvilke kommuner som har bestiller-utfører-modell. Artikkelforfatteren har i e-post til KS FOU-avdeling etterspurt fungerende link til denne, men KS svarer at denne ikke finnes lenger, og at de heller ikke kjenner til andre oversikter over hvilke kommuner som har bestiller-utfører-modell.
3. Organiseringen av bestiller-utfører-modell i utvalget beskrives nærmere i metode-delen av artikkelen.
4. *Institutional circuit* er ikke tidligere oversatt til norsk. Institusjonelt betinget handlingskjettede er derfor artikkelforfatters oversettelse.
5. Det finnes ikke en omforent norsk oversettelse av begrepet boss text. Begrepet dreier seg om det samme Nilsen (2015, s. 41) beskriver som «høyere ordens tekster eller regulerende tekster oversatt fra Smith (2006, s. 79) *higher level texts og regulatory texts*. I sammenheng med begrepet *institutional circuit* benytter imidlertid Griffith og Smith (2014, s. 12) boss text som betegnelse på disse høyere ordens tekstene. I diskusjon jeg har deltatt i med andre forskere som også benytter institusjonell etnografi, ble det foreslått flere mulige oversettelser av *boss text*, som nøkkelteks, styringstekster eller sjefstekster. Jeg har valgt å benytte sjefstekst fordi det både gjenspeiler at det er snakk om tekster som styrer, og at det er tekster av høyere orden (sjef). Siden boss text også er det begrepet som benyttes sammen med *institutional circuit* (Griffith og Smith (2012, s. 12), mener jeg *boss text* blir det beste begrepet å benytte som utgangspunkt for oversettelse.
6. Elektronisk meldingsutveksling er et dataverktøy som muliggjør å sende meldinger frem og tilbake mellom sykehus, fastlege og kommune.

LITTERATUR

- Aasgaard, H. S., Disch, P. G., Fagerström, L. & Landmark, B. T. (2014). Pårørende til aleneboende personer med demens – Erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten etter ny organisering. *Nordisk sygeplejeforskning* 4(2), 114-128. https://www-idunn-no.eazy.uin.no/nsf/2014/02/paaroerende_til_aleneboende_personer_med_demens_-_erfaringer_
- Agenda. (2004). *Bestiller-utfører organisering i pleie og omsorgssektoren – en veileder*. Hentet fra https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj-nKurl8DXAhWBO5oKHUxaCvoQFgg9MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.ks.no%2Fcontentassets%2Fa1275e9378644cb385f1ec5775b817d1%2F2344_034022_samlet-webutgave-veileder-bum-rev270404.pdf&usq=AOvVaw1pPaa4HyI4_66z0iaJGrmo
- Aksøy, H. (2012). Inn i sykehjemmet. Trinn for trinn eller i store sprang? Pårørendes fortellinger om en eldre slektnings omsorgsforløp fram

- til tildeling av sykehjemsplass. I S. O. Datland & M. Veenstra (Red.), *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen* (Rapport 2/12, s. 147–156). Oslo: NOVA.
- Aspøy, A. (2016). Tillitsreform i Skandinavia. *Stat & styring*, 26(3), 14–16. https://www-idunn.no/eazy.uin.no/stat/2016/03/tillitsreform_i_skandinavia
- Blomberg, S. (2004). *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen. Genomförandet av en organisationsreform och dess praktik*. (Doktoravhandling). Lund University, Lund.
- Campbell, M. (2014). Learning local governance. I A. I. Griffith & D. E. Smith (Red.), *Under New Public Management. Institutional ethnographies of changing frontline work* (s. 58–79). Toronto Buffalo London: University of Toronto Press.
- Campbell, M. & Gregor, F. (2004). *Mapping social relations: a primer in doing institutional ethnography*. Toronto: University of Toronto Press.
- Carlsen, B. & Lundberg, K. (2017). 'If it weren't for me...': perspectives of family carers of older people receiving professional care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.12450>
- Deloitte. (2012). *Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen*. Senter for storbyrettet forskning (Rapport). Hentet fra <http://docplayer.me/2744851-Oslo-8-august-2012-kostnader-og-gevinster-knyttet-til-bestiller-utfører-modellen.html>
- DeVault, M. & McCoy, L. (2006). Institutional ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations. I D. E. Smith (Red.), *Institutional ethnography as practice* (s. 15–44). Lanham, Md.: Rowman & Littlefield.
- 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* (s. 48–64). Oslo: Universitetsforlaget
- Gjevjon, E. R. & Romøren, T. I. (2010). *Vedtak om sykehjemsplass - hvor høye er tersklene?* (Høgskolen i Gjøviks rapportserie;10/2010). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/144272>
- Griffith, A. I. & Smith, D. E. (2014). Introduction. I A. I. Griffith & D. E. Smith (Red.), *Under New Public Management. Institutional ethnographies of changing frontline work* (s. 3–22). Toronto Buffalo London: University of Toronto Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen* (Meld. St. 47. 2008–2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29. 2012–2013). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?pid=723252>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>.
- Helsedirektoratet. (2018, 15. januar). IPLOS-registret. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/iplos-registret>.
- Helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt* (Rapport IS-1486). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-om-dagens-situasjon-og-framtidas-utfordringer-for-a-styrke-tjenestetilbudet-til-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2015, 6. juli). Alzheimers og andre demenssykdommer. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/demenssykdommer#Demens-og-sykdomsutvikling>
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8* (Veileder – IS 2442). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1149/Veileder-for-saksbehandling-IS-2442.pdf>.
- Hovik, S. & Stigen, I. M. (2008). *Kommunal organisering 2008. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase* (NIBR-rapport 2008:20). Hentet fra https://evalueringsportalen.no/evaluering/kommunal-organisering-2008-redegjorelse-for-kommunal-og-regionaldepartementets-organisasjonsdatabase/kommunal_organisering_nibr.pdf/@inline
- Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens - om å forstå, involvere og støtte*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jakobsen, R. & Homelien, S. (2013). Å forstå pårørende til personer med demens. *Geriatrisk sykepleie*, 2013(1), 22–28.
- Larsen, L. S., Normann, H. K. & Hamran, T. (2017). Processes of user participation among formal and family caregivers in home-based care for

- persons with dementia. *Dementia*, 16(2), 158-177. <https://doi.org/10.1177/1471301215584702>
- Ljunggren, B., Haugset, A. S. & Solbakk, N. (2014). *Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. Data-dokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013* (Arbeidsnotat 2014:2). Hentet fra <http://tfou.no/wp-content/uploads/2015/10/arbnotat20142web.pdf>
- Nilsen, A. C. (2015). Barneomsorg: På jakt etter styringsrelasjoner ved «tidlig innsats» i barnehagen. I K. Widerberg (Red.), *I hjertet av velferdsstaten* (s. 32-51). Oslo: Cappelen Damm.
- NOU 2011:17. (2011). *Når sant skal sies om pårørendomsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-17/id660537/?ch=1>
- Rankin, J. (2017). Conducting Analysis in Institutional Ethnography: Guidance and Cautions. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917734472>
- Siverbo, S. (2004). The Purchaser-provider Split in Principle and Practice: Experiences from Sweden. *Financial Accountability & Management*, 20(4), 401-420. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2004.00201.x>
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: a sociology for people*. Lanham, Md.: AltaMira.
- Syse, A., Øien, H., Solheim, M. B. & Jakobsson, N. (2015). Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse- og omsorgstjenster til eldre. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(3), 211-233.
- Vabo, S. I. & Burau, V. (2011). Universalism and the local organisation of elderly care. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3/4), 173-184. <https://doi.org/10.1108/0144333111120627>
- Vabø, M. (2007). Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. (NOVA rapport 22/07). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2007/Organisering-for-velferd>
- Vabø, M. (2011). Changing governance, changing needs interpretations: implications for universalism. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3/4), 197-208. <https://doi.org/10.1108/0144333111120618>
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 283-291. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>
- Widerberg, k. (2007). Institusjonell etnografi – en ny mulighet for kvalitativ forskning? *Sosiologi i dag*, 37(2), 7-28.
- Widerberg, K. (2015). En invitasjon til institusjonell etnografi. I K. Widerberg (Red.), *I hjertet av velferdsstaten* (s. 13-31). Oslo: Cappelen Damm.
- Wollscheid, S., Eriksen, J. & Hallvik, J. (2013). Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 414-421. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01047.x>