



Senter for
omsorgsforskning
N O R D - N O R G E

YNGRE OG ELDRE BRUKERE I HJEMMETJENESTEN – ULIKE BEHOV ELLER FORSKJELLSBEHANDLING

Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv



TORUNN HAMRAN OG SIRI MOE

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 3 - 2012

Torunn Hamran og Siri Moe

Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten
– ulike behov eller forskjellsbehandling

Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv

Senter for omsorgsforskning, Nord-Norge/Institutt for helse- og omsorgsfag,
Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø

2012

Omslagsbilde: © Johan P. Jonsson (www.byjohan.se)

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning Nord-Norge, Universitetet i Tromsø

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 3 – 2012

ISBN: 978-82-91313-87-0

ISSN: 1892-705X

FORORD

Dette prosjektet er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Bakgrunn for prosjektet er den store veksten i yngre brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester og at eldre brukere, selv om de er flest, får en stadig mindre andel av ressursene. Ulikheter i tjenestetilbudet til yngre og eldre brukere er godt kartlagt. Et gjennomgående spørsmål er derfor om det kan være kvalitative forhold som ligger til grunn for endringene, og ulikhetene i tjenestetilbudet, knyttet til tjenesteyternes vurderinger, faglige standarder og organisering av tjenestene.

Prosjektet er gjennomført ved Senter for omsorgsforskning–Nord ved Institutt for helse- omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Nord-Norge.

Professor Torunn Hamran har vært prosjektleder og førsteamanuensis Siri Moe har vært prosjektmedarbeider. Torunn Hamran og Siri Moe har sammen forberedt og gjennomført alle intervjuene, diskutert resultatene og har skrevet hver sine deler av kapittel 4.

Torunn Hamran har hatt et overordnet ansvar for rapporten, og har skrevet kapitlene 1, 2, 3, 4.1, 4.3 og 5. Siri Moe har skrevet kapitlene 4.2 og 4.4.

Prosjektleder og prosjektmedarbeider vil takke informantene i undersøkelsen som villig delte av sin tid, sin kunnskap og sine erfaringer. Vi vil også takke enhetsledere og avdelingsledere som ga oss innføring i overordnede retningslinjer for tjenestene og hvordan tjenestene var organisert i de kommunene som inngikk i undersøkelsen.

Professor Tor Inge Romøren og jurist Ragnhild Angell Holst har lest gjennom manuskriptet og bidratt med nyttige kommentarer.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste AS (NSD), prosjektnummer 26203, og gjennomført i henhold til gjeldende retningslinjer.

Tromsø, 30. november 2011, Torunn Hamran og Siri Moe

INNHold

FORORD	5
SAMMENDRAG	9
1 INNLEDNING	11
1.1 Yngre og eldre brukere av hjemmetjenesten	11
1.2 Forskningsspørsmål	12
2 TEORETISK RAMME OG ANALYTISKE PERSPEKTIV	13
3 METODE	15
3.1 Utvalg	15
3.2 Analyse, gyldighet og relevans	16
4 TJENESTER – YNGRE OG ELDRE BRUKERE	19
4.1 Rett til å kreve – plikt til å hjelpe?	19
4.2 Alder legitimerer bistand	25
4.3 Organisering av hjemmetjenestene	38
4.4 Samarbeid og samhandling mellom enheter	48
5 SKJØNNETS BYRDER	63
5.1 Aldersmessig overskygging	64
5.2 Skjønn krever også begrunnelse	66
5.3 Felles møteplasser – en arena for kvalifisering av skjønn	68
6 KONKLUSJON	71
REFERANSELISTE	73

SAMMENDRAG

Bakgrunn for dette prosjektet er den store veksten i yngre brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester og at eldre brukere, selv om de er flest, får en stadig mindre andel av ressursene. Ulikheter i tjenestetilbudet til yngre og eldre brukere er allerede godt kartlagt. Et sentralt spørsmål i denne undersøkelsen er synet på hva som er nødvendig og hva som er verdig omsorg, og om det er grunnlag for å snakke om ulike praksiser – eller omsorgsregimer til ulike typer brukere. For å få svar på slike spørsmål må vi vite noe om innholdet i tjenestene, og hvilke begrunnelser, vurderinger, faglige standarder og organisasjonsmessige forhold som ligger til grunn for tildeling og utforming av tjenestene.

Fokusgruppeintervju ble vurdert som en akseptabel fremgangsmåte både med hensyn til prosjektets teoretiske innretning, økonomi og tidsperspektiv. Metoden regnes som spesielt relevant når hensikten er å forstå og avdekke erfaringer, holdninger og synspunkter i miljø der mange mennesker samhandler. Utvalget består av 22 informanter med varierende helsefaglig bakgrunn. De ble rekruttert fra tre kommuner i tre fylker.

Gjennom intervjuene avdekket vi at informantene gjennomgående hadde en oppfatning av at vedtak ble gitt ut fra behov og funksjon, og at alle brukere, uavhengig av alder, fikk tildelt de tjenestene de hadde behov for i forhold til sitt funksjonsnivå. Spørsmål om forskjellsbehandling mellom yngre og eldre brukere ble i første omgang avvist.

Men enighet om innholdet i vedtakene samt hva som skulle være målet med tjenesten, fremstår som svake punkt. Forhandlinger mellom tjenesteyter, brukere og pårørende hører med til dagens orden. Krav, forventninger og forhandlinger ser ut til å forrykke målsetningen med vedtakene, sette fagutøvernes egne vurderinger på prøve og gir rom for ulikheter i tjenestetilbudet. Ulike mål, uenighet om målene, eller kanskje også manglende diskusjoner om mål, bidrar til uklarhet om hva som skal være innhold i tjenestene.

Yngre brukere og yngre pårørende oppleves som grupper som er godt kjent med sine rettigheter som (for)brukere og som er i posisjon til å stille krav. I tillegg ble vi presentert for flere eksempler på at yngre brukere har lettere tilgang til en rekke tjenester enn eldre. Det vil si at deres krav og behov anses som mer legitime, selvsagte eller naturlig, uavhengig av om de stiller krav eller ikke. Et sentralt funn er derfor at alder utgjør en uuttalt norm og blir lagt til grunn for vurdering av bistandsbehov. Sett fra tjenesteyterens side er målet med tjenestene at yngre brukere, så langt det lar seg gjøre, skal kunne leve mest mulig som andre yngre personer uten funksjonshemming. Derfor trengs omfattende bistand.

Eldre brukere er mindre kjent med sine rettigheter og stiller ofte ikke krav. Behov hos eldre brukere vurderes heller ikke ut fra samme målestokk eller norm som hjelp til yngre brukere. Intervjuene avdekket at en rekke «behov» hos eldre brukere kan være underkommunisert, oversett, ikke vurdert, eller regnes som en uløselig del av livet selv. Behovene kan eksistere, de kan til dels oppfattes, men kategoriseres ikke som bistandsbehov, og de utløser derfor heller ikke tilbud om tjenester.

Grunnen til at det omtales som naturlig at unge skal ha mer og annen type hjelp enn eldre, og at informantene ikke umiddelbart oppfattet dette som forskjellsbehandling, kan forklares med at yngre og eldre brukere ikke vurderes på samme måte. Yngre og eldre brukere oppfattes ikke som like, eller sammenlignbare tilfeller, derfor kan forskjellsbehandling oppfattes som legitimt, naturlig og være vanskelig å se. Yngre brukere sammenlignes med funksjonsfriske personer på deres egen alder – og hva som oppfattes som et verdig og akseptabelt liv for dem. De sammenlignes ikke med eldre – selv om de er brukere av de samme tjenestene og «konkurrerer» om de samme ressursene. Pleietrengende eldre sammenlignes ikke med funksjonsfriske eldre på samme alder. Det er altså forskjeller i tildeling av hjelp mellom yngre og eldre som, når de blir avdekket eller tematisert, i første omgang omtales som naturlig og dermed unntatt fra videre begrunnelse.

Våre analyser viser at etablerte og felles rom for refleksjon over egen praksis, kunnskaper og holdninger vil kunne bidra til at skjønnsutøvelsen bringes nærmere helsepolitiske intensjoner om et forsvarlig tjenestetilbud til dem som trenger det mest, og at tjenestetilbudet skal være likeverdig og uavhengig av alder. Skriftlige rapporter og gode pleieplaner blir omtalt som viktige kommunikasjons- og dokumentasjonsformer, men fremstår ikke som en tilstrekkelig forutsetning for å håndtere de daglige utfordringene i en tjeneste som består av mange og ulike yrkesgrupper.

Rommet for refleksjon må derfor ikke innsnevres, slik nasjonale forskrifter og andre undersøkelser legger opp til, men heller inngå som en sentral og innarbeidet del av det daglige arbeidet. Det gjelder også samarbeid på tvers av enheter og etater.

Skjønnsutøvelse står sentralt ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester, men skjønnen skal utøves både innenfor en likebehandlingskontekst og en faglig kontekst, der førstnevnte også er regulert gjennom lover og retningslinjer. Tjenesteutøverne må altså, innenfor de samme organisatoriske rammene, forholde seg til to ulike former for skjønnsutøvelse. Disse stiller ulike krav til legitimering, og det betyr at skjønnsutøvelsen ikke er fri eller åpen.

I mange tilfeller ble ingen av de to formene for skjønnsutøvelse gjort relevante – eller virksomme. Vurderingene var ikke knyttet til den enkelte brukers individuelle behov og funksjonsnivå, men til alder – og oppfatninger om «livets gang» – det vi har omtalt som alderisme eller aldersmessig overskygging.

1 INNLEDNING

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har gjennomgått store endringer i løpet av de siste 15-20 årene. Andelen yngre brukere har økt og alderssammensetningen mellom yngre og eldre brukere er endret (Abrahamsen 2005, Romøren 2006, Brevik 2010). Økningen er ikke bare knyttet til antall yngre brukere, men også til intensiteten i tjenestetilbudet til den enkelte bruker. En stadig mindre del av utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene brukes på personer over 67 år (Brevik 2010, Kjølvik 2011). Yngre brukere under 67 år utgjør 1/3 av alle brukere i hjemmetjenesten og mottar 2/3 av de samlede ressurser. Kommunene har møtt økt tilstrømning ikke med mindre men med mer hjelp. Det er derfor stilt spørsmål ved om det også er kvalitative forhold og innsikter som kan ha ligget til grunn for nyorienteringen, som for eksempel at synet på hva som er «nødvendig» og hva som er verdig omsorg har endret seg (Brevik 2010:42).

En gjennomgang av årsverk viser en positiv tilvekst av nye yrkesgrupper, hovedsakelig vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger og miljøterapeuter. Nye profesjoner har andre faglige standarder og kan på den ene siden være indikasjon på endret retning av tjenestene, spesielt til yngre brukere. Offentlige dokumenter viser imidlertid til undersøkelser som *«tyder på at tjenestene har problemer med å omstille seg faglig, kompetansemessig eller organisatorisk til de raske og store endringene i brukergrupper og tjenestebehov»* (Prop 1 S (2009-2010), kap.769). Antall årsverk fordelt på ulike tjenesteytere kan dessuten tyde på at det fortsatt blir gitt *«tradisjonell pleie- og omsorg i stort omfang»*- også til de nye brukerne (Brevik 2010:209, 214). Det er imidlertid antallet tjenesteytere fordelt på de ulike yrkesgruppene som representerer det tradisjonelle. Det konkrete innholdet i tjenestene og spesielt hvilke vurderinger, faglige standarder og organisatoriske løsninger som ligger til grunn for tildeling og utforming av tjenestene vet vi mindre om.

1.1 Yngre og eldre brukere av hjemmetjenesten

Begrepet «pleie- og omsorgstjenester» blir brukt som samlebetegnelse for kommunale tjenester som hjemmetjenester, hjemmesykepleie, korttids- og langtidsopphold i sykehjem, heldøgns pleie og omsorg i omsorgsbolig, kommunale fysioterapi- og ergoterapitjenester organisert i sykehjem eller hjemmetjenesten, praktisk bistand, omsorgslønn, avlastningstiltak, støttekontakt, matombringing og trygghetsalarm. Begrepet omfatter også lavterskeltilbud som for eksempel dagsenter og eldresenter. Begrepet helse- og omsorgstjenester inkluderer også bidrag fra fastlegene, fysioterapi- og rehabiliteringstjenester utenfor sykehjem og hjemmetjeneste, mm. (Utvikling gjennom kunnskap, Helsedirektoratet, 2010:7-8).

Betegnelsen hjemmetjenester brukes ofte som en samlebetegnelse for noen av de oppgavene som defineres som pleie- og omsorgstjenester. I definisjonen ovenfor fremstår betegnelsen både som en egen oppgave, på linje med andre oppgaver, og som en samlebetegnelse. Vi har valgt å benytte «hjemmetjenesten» som en samlebetegnelse, samtidig som vi vil spesifisere hvilke tjenester det er snakk om og hvem som utfører tjenestene der vi anser det som nødvendig. Brukere over 67 år betegnes i rapporter og offentlige

dokumenter som «eldre brukere» og med «yngre brukere» menes personer mellom 18 og 67 år. Vi har innledningsvis valgt å holde oss til betegnelse yngre og eldre brukere, selv om en slik inndeling kan problematiseres. Rammene for tjenesten, og for denne undersøkelsen, er at kommunene skal gi et forsvarlig tjenestetilbud til de som trenger det mest, og at tjenestetilbudet skal være likeverdig og uavhengig av alder (Prop 1 S (2009-2010):159).

1.2 Forskningsspørsmål

Ulikheter i tjenestetilbudet til yngre og eldre brukere er allerede godt kartlagt, men vil likevel være et gjennomgående spørsmål også i denne undersøkelsen. Ikke bare for å få svar på om det er slik, men hvorfor det er slik. Et vitalt spørsmål er om synet på hva som er nødvendig og hva som er verdig omsorg har endret seg og i så fall for hvem, og om det er grunnlag for å snakke om ulike praksiser – eller regimer til ulike typer brukere. For å få svar på slike spørsmål må vi vite noe om innholdet i tjenestene og hvilke begrunnelser, vurderinger, faglige standarder og organisasjonsmessige forhold som ligger til grunn for tildeling og utforming av tjenestene.

2 TEORETISK RAMME OG ANALYTISKE PERSPEKTIV

Forskning, uansett metode, krever en bredere teoretisk ramme enn metodene alene kan gi (Coffey & Atkinson 1996:13). Sentrale begrep og overordnede teoretiske perspektiv er i henhold til prosjektets hovedfokus; klinisk og organisatorisk kompetanse, og da forstått i et interaksjonistisk og kontekstuellt perspektiv. Perspektivet åpner opp for å kunne identifisere ulike sosiale og kulturelle mønstre hos aktørene, og hvilke faktorer som ligger bak de vurderingene som blir gjort og de beslutninger som blir tatt.

Den kliniske kompetansen har tradisjonelt vært knyttet til den enkelte yrkesutøvers faglige og profesjonelle bakgrunn. Det er utviklet faglige kategorier som tas i bruk for å tilpasse virkeligheten til profesjonelle kunnskaps- og praksisformer. Det betyr at profesjonelle rammer gir særskilte meninger til handlinger og vurderinger (Måseide 2008), og til for eksempel synet på hva som er nødvendig og hva som er verdig omsorg.

Klinisk kompetanse blir i dette perspektivet ikke bare et spørsmål om å forstå individet og sykdommens årsaker (patogenese) men krever også en kulturell/kontekstuell forståelse av faktorer som gir andres (og eget) liv mening og verdighet. Det krever et reflektert forhold til de vurderinger som blir gjort, hvilke kategorier som er i bruk og de beslutninger som blir tatt av den enkelte yrkesutøver.

I dette prosjektet blir samarbeid og felles målforståelse sentrale kategorier. Realistiske mål krever oversikt over aktuelle ressurser (Thommesen, Normann og Sandvin 2008), samtidig som et reelt samarbeid mot et felles mål krever integrering av kunnskap, teoretisk eller metodisk, slik at fagene griper i hverandre med nye vinklinger på problemstillingen (Nyseth 2007). Spredte aktører og institusjoner skal lære å etablere en koordinert innsats (Dreier 1996:115).

Forskjeller i kultur, fag, tradisjon, utdanning og innlærte arbeidsmåter kompliserer slike prosesser og danner bakgrunn (rammer) også for fremtidig problemidentifisering, hvilke løsninger som søkes og hvordan ansvar fordeles. I vurdering av tjenester kan det oppstå uklarhet om hvilke kategoriseringssystem som skal gjelde i etableringen av en felles forståelse både av en situasjon og av de mål som er mulig å nå og for det videre samarbeidet (ansvar og oppgavefordeling). Ulike maktforhold og etablerte praksiser kan dessuten tvinge bestemte kategorier av problemet over på partene eller det må forhandles til å for å få etablert et felles kategoriseringssystem (Måseide 2008:376). Partene som er involvert i en praksis, kan ha forskjellige, usammenhengende eller motstridende oppfatninger og tolkningsverdener, være uenige, handle usammenhengende og motvirke hverandre (Dreier 1996:117).

Oppfatninger av hva som er verdig og nødvendig omsorg er dessuten knyttet til handlinger som ligger nær opptil våre personlige daglige gjøremål i eget hjem og familie. Oppgavene er selvsagt mer utfordrende og kunnskapskrevende ved sykdom og funksjonsnedsettelse, men denne nærheten kan medføre *«at rammer som er moralske på et vis som hører mer heime i dagleglivet blir gjort gjeldende»* (Måseide 2008:381).

Kompleksiteten i hjemmetjenesten og kunnskapsnivået har økt sterkt (NOU 2011:11). Det stiller krav til den organisatoriske kompetansen. Stadig flere oppgaver må løses av flere personer og også flere insti-

tusjoner i samarbeid og arbeidsdeling (Dreier 1996:115). Måten å utøve praksis på, dens strukturer og vurderingene av hva som er best er under ombrytning. Det medfører at etablerte profesjonelle praksisstrukturer er under endring og stiller nye krav til den enkelte yrkesutøver. Organisatorisk kompetanse stiller derfor både krav til samarbeid, samhandling og samordning (Orvik 2004) og til en reorganisering av profesjonell og klinisk kompetanse. Samhandling som begrep viser til ytre observerbare trekk ved forholdet mellom aktører, at de gjør noe sammen. Samarbeid defineres her som det å arbeide mot en felles målsetting (Thommesen mfl 2008). Bildet kompliseres ytterligere ved at tildelingen av tjenester er regulert av lover og retningslinjer som er med på å regulere organiseringen av helsetjenester, relasjonen mellom tjenesteyter og bruker, samt legitimere brukerens rett til ulike tjenester (Kirchhoff 2010:50). Medvirkning og innflytelse representerer dessuten både en sentral helsepolitisk målsetting og et krav som stilles fra den enkelte bruker, og også det må realiseres på individnivå – gjennom praksis.

Et interaksjonistisk og kontekstuelte perspektiv kan få frem hvordan nye krav til praksisfeltet fortolkes på individnivå, hvilke ressursmessige og organisatoriske barrierer som er tilstede, hvilke (kulturelle og profesjonelle) rammer de ulike aktørene handler innenfor, implisitt eller eksplisitt, hvilke ulike situasjonsforståelser som er i spill og hva som skal til for å etablere nye handlingsfellesskap og felles situasjonsforståelse. Omstilling stiller spørsmål ved den vanlige måten å gjøre tingene på, som ofte blir tatt som en selvfølge og som det eneste riktige og faglige forsvarlige (Dreier 1996:115).

3 METODE

Valg av tilnærminger og design må bestemmes i henhold til hva som er hensikten med studien. Gjennom en rekke britiske studier av profesjonell praksis og endring har etnografiske tilnærminger vist seg velegnet (Savage 2000, Gosbee 1998, Ware et al 2000, Huby et al 2007, Fudge et al 2008, Curry et al 2009). Tilnærmingen er for eksempel benyttet i studier av kliniske beslutninger (clinical reasoning) i profesjonell praksis (Savage 2000), i studier av hvordan hverdagsforståelse av praksiser som er tatt for gitt kan kreve omdefinering (Savage 2000) og i studier av kommunikasjon mellom helseprofesjoner (clinical communication) (Gosbee 1998).

Etnografiske studier kan benyttes for å forstå komplekse sosiale prosesser og er spesielt innrettet på å få fatt i sosiale prosessers kontekstspesifikke karakter (Lambert 2002:212). Tilnærmingen krever rike data, og gjerne deltakende observasjon og intervju. Deltakende observasjon er arbeidsintensivt, tidkrevende og kostbart, noe som har medført at feltarbeid i større grad er knyttet til fokusert etnografi med bruk av ferdig utformede forskningsspørsmål og mindre bruk av deltakende observasjon (Savage 2000). Fokusgruppeintervju ble i denne sammenheng vurdert som en akseptabel fremgangsmåte både med hensyn til prosjektets teoretiske innretning, økonomi og tidsperspektiv.

Fokusgrupper er ledete diskusjoner i små grupper (seks til ti personer), og regnes som spesielt relevant når hensikten er å forstå og avdekke erfaringer, holdninger, meninger og synspunkter i miljø der mange mennesker samhandler (Malterud 2002, Flick 2008, Curry 2009). Metoden kan bidra til å initiere lære- og refleksjonsprosesser og derfor også brukes som en løpende kvalitetsvurdering av tjenestene og kan legge til rette for organisasjonslæring gjennom dialog (Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring, 2010).

3.1 Utvalg

Utvalget består av informanter fra tre kommuner i tre fylker, der to av kommunene kan kategoriseres som mellomstore og én som stor. I henhold til Helsedirektoratets definisjon, kan også fysio- og ergoterapitjenester inngå som en del av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Ingen av de utvalgte kommunene hadde en slik organisering. Vi holder fast ved at hjemmetjenesten danner utgangspunkt, og blir gitt en sentral plass i denne undersøkelsen, samtidig som vi har valgt å utvide feltet.

I to av de tre kommunene har vi valgt to ulike enheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten: pleie- og omsorgstjenesten (hjemmetjenesten) og rehabiliteringsenheten. Begge disse enhetene har oppgaver i forhold til brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester og betjener i noen grad samme (type) brukere. I én kommune har vi kun informanter fra pleie- og omsorgstjenesten. Intensjonen med å utvide feltet til også å omhandle rehabilitering, var å få et blikk på tjenestetilbudet fra flere faggrupper.

Det ble gjennomført forberedende møter med tre enhetsledere og fire avdelingsledere i to av de tre utvalgte kommunene.

Forespørsel om tillatelse til å utføre intervju ble sendt til øverste leder for de enhetene i de tre kommunene vi ønsket skulle inngå i undersøkelsen. Enhetsledere bisto arbeidet med å rekruttere informanter ved å sende informasjonsskriv og samtykkeskjema i lukkede konvolutter til aktuelle avdelinger underlagt enheten. Inklusjonskriterier var representanter for ulike yrkesgrupper hvis tjenester anvendes av personer som er brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester i de angitte enhetene. Alle informantene skulle ha høyskoleutdanning og praksis fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I den kvalitative del av studien er det foretatt sju fokusgruppeintervjuer med til sammen 22 informanter. Informantene besto av ergoterapeuter, vernepleiere, fysioterapeuter og sykepleiere. Informantenes yrkespraksis i kommunal virksomhet varierte fra et halvt til 21 år. Fire informanter hadde fire års praksis eller mindre og 18 informanter hadde mellom seks og 21 års yrkespraksis.

Praktiske forhold (for eksempel vakter og problemer med avløsning) gjorde det vanskelig å oppfylle de kravene som stilles til en fokusgruppe, spesielt når det gjaldt gruppens anbefalte størrelse. Gruppens størrelse varierte fra to til fem personer. Intensjonene ved fokusgruppeintervju er likevel beholdt, og vi holder oss til at enhver gruppe kan kalles en fokusgruppe så fremt gruppens interaksjon skjer mellom informantene og ikke bare mellom forsker og informant (Flick 2008). Deltakerne i gruppene viste stor aktivitet og dynamikken i gruppene gjorde det mulig å få frem mange momenter, også i de minste gruppene.

3.2 Analyse, gyldighet og relevans

Ulikheter i tildeling av tjenester til yngre og eldre brukere av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er godt dokumentert. Hensikten med dette prosjektet har vært å frembringe kunnskap som kan bidra til å forstå og å forklare disse ulikhetene. Hvorvidt kunnskapen er gyldig og har relevans utover de enhetene som dannet utgangspunkt for undersøkelsen er avhengig av flere forhold.

En måte å styrke gyldigheten av den frembrakte kunnskapen er, i følge Halkier, at forskeren klarer å etablere en tydelig sammenheng mellom de forskjellige delene av det som skal være den samlede analytiske planen for prosjektet. Et første spørsmål er derfor hvorvidt fokusgrupper er relevant som metode i akkurat dette prosjektet, med de spørsmålene vi har stilt og med akkurat de perspektivene vi har valgt. Et annet spørsmål er om deltakerne i fokusgruppene representerer den konteksten man vil undersøke (Halkier 2010:130). En styrke ved fokusgrupper er at den sosiale samhandlingen, selve samspillet i gruppen, er kilde til data. I denne undersøkelsen har ikke selve samhandlingen vært av overordnet interesse, men det å bruke gruppen som middel til å produsere komplekse data. Hensikten var å avdekke erfaringer, holdninger, normer og meninger i en sosial praksis som består av mange og ulike aktører. Ulike typer erfaringer og forskjellig kjennskap til dette praksisfeltet var derfor av stor betydning i utvelgelsen av informanter. Beslutningen om å utvide feltet, og å bringe inn informanter fra ulike enheter, har styrket datagrunnlaget og brakt oss nærmere den kompleksiteten som preger tjenestetilbudet i kommunene. Det er ingen tvil om at deltakerne i de sju gruppene bidro til å få frem synspunkter som overgikk forskernes evne til å stille spørsmål – spesielt i prosjektets innledende fase.

Empirisk vitenskap har imidlertid et dobbelt formål i både å skulle forstå eller forklare hendelser og generalisere. Analyser innebærer abstraksjon og generalisering, også ved kvalitative tilnærminger og den enkelte informants historie og uttrykk blir brukt for å vinne kunnskap om flere (Malterud 2002:2470). Generalisering på grunnlag av kvalitative data, for eksempel fokusgrupper, betyr å generalisere ut fra et datamateriale som er produsert ved hjelp av et relativt lite utvalg. Gruppene er dannet ved hjelp av selektiv utvelgelse, noe som gjør det mulig å argumentere for at mønstrene i utvalget representerer kategorier i samsvar med den konteksten som utvalget utgjør eksempler på. Dette gjør det mulig å generalisere analytisk (Kvale 1996: 233-234, Halkier 2010:132). Generalisering i kvalitative studier innebærer derfor ikke å strekke resultatene fra et enkelt utvalg til å gjelde en større populasjon. Det valgte forskningsfeltet, eller feltene, er nødvendigvis ikke representativ eller typiske i den forstand. Formålet er heller å generere teoretiske ideer om sosiale prosesser og kulturelle trekk som har relevans utover det aktuelle datamaterialet. Det krever at analysen både er trofast mot og settes inn i et perspektiv som overskrider de umiddelbare situasjonsbeskrivelsene, slik de kom frem gjennom gruppeintervjuene. Avdekkingen av problemer kan derfor gå på tvers av deltakernes umiddelbare oppfatninger av dem, men det gir muligheter til å generalisere kunnskap om typiske problemer og muligheter til andre lokale sammenhenger med lignende problemer og utfordringer (Dreier 1996). En sentral del av analysen har således vært å identifisere relevante generelle begrep som kan bidra til kritisk, konstruktiv analyse av det vi forstår som fellestrekk og mønstre ved praksis. Analysen innebærer derfor både abstraksjon og generalisering og en teoridannelse, som i denne sammenheng har bestått i å bruke kunnskap fra allerede eksisterende teorikonstruksjoner.

4 TJENESTER – YNGRE OG ELDRE BRUKERE

I dette kapitlet vil vi presentere resultatene fra intervjuene. Kapitlet vil ta for seg hvilke lovgrunnlag som regulerer tjenestene, hvordan tildeling av tjenester skjer i de utvalgte kommunene, hvilke formelle, faglige og skjønnsmessige vurderinger som ligger til grunn for tildeling og innhold i tjenestene og hvilke mål som settes. Mulige forskjeller i hvordan tjenesteutøverne forholder seg til yngre og eldre brukere og hvilke konsekvenser det vil kunne ha, står sentralt gjennom hele kapitlet.

4.1 Rett til å kreve – plikt til å hjelpe?

4.1.1 Fra lovfestet rett til vedtak

Hjemmetjenester tildeles etter vedtak som blir satt i henhold til både Lov om helsetjenesten i kommunen (kommunehelsetjenesteloven) og Lov om sosiale tjenester mv. (sosialtjenesteloven) (LOV-1982, LOV-1991)¹. I følge veiledende retningslinjer skal selve vedtaket omfatte beslutninger om *«hvorvidt den som søker om tjenester oppfyller vilkårene for tjenester, samt hva kommunen eventuelt skal tilby for å oppfylle hjelpebehovet»* (IS-1040:43). Tildeling av en helsetjeneste etter kommunehelseloven krever at vedkommende har behov for nødvendig helsehjelp. Hjelp er å anse som nødvendig når *«vedkommende kan vise til noe ved sin tilstand som viser eller begrunner mistanke om eller forekomst av sykdom eller mulig funksjonstap som ikke er ubetydelig»* (side 38). Formålet med kommunehelsetjenesteloven er angitt i lovens § 1-2. I tillegg til behandling og pleie, står forebyggingsaspektet sentralt i pleie- og omsorgstjenestene: *«Formålet med forebyggende tiltak er å hindre ytterlige funksjonssvikt og å gjøre tjenestemottakeren mest mulig selvhjulpent»* (side 18).

Tildeling i henhold til sosialtjenesteloven § 4-3 krever at *«søkeren enten ikke kunne dra omsorg for seg selv eller være helt avhengig av praktisk eller annen hjelp for å greie dagliglivets gjøremål»*. Det betyr at *«funksjonsevnen i vesentlig grad må være svekket for at vilkåret skal være oppfylt»* (side 38). Forebygging fremheves også her som et sentralt aspekt både ved vurdering av hjelpebehov og ved tildeling av tjenester: *«Tiltak skal medvirke til at det enkelte individ blir mest mulig i stand til å hjelpe seg selv»* (side 19). Vedtaket skal dessuten så langt det er mulig, utformes slik at *«mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis, omfang, og når de skal gis»* (IS-1040:49). Alder er ikke et lovfestet kriterium for retten til å motta tjenester, men sosialtjenesteloven § 4-2 nevner alder som en av flere årsaker til å ha særlige behov og dermed rett på sosiale tjenester som praktisk bistand, avlastningstiltak, støttekontakt eller plass i institusjon eller bolig (Kjelvik 2011).

I følge veiledende retningslinjer bør vedtakene også angi hva som er målsetningen med de tjenester og tiltak som tilbys. Dette skal bidra til forventningsavklaring hos tjenestemottaker eller den som repre-

¹ Dette endres ikke prinsipielt med ny lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunene, gjeldende fra 1.1.2012, eller med ny folkehelselov fra samme tidspunkt.

senterer denne. Samtidig kan dette bidra til å konkretisere og tydeliggjøre for tjenesteyterne hva som er formålet med tjenesten (side 50) (eksempelvis behov for hjelp for å trene opp funksjonsevnen – styrke evnen til egenomsorg). I enkelte tilfeller vil en nærmere konkretisering av tjenestetilbudet kunne bli utdypet i tjenesteavtaler, individuell plan, pleieplaner m.v.(IS-1040:49).

Avgjørelser som er truffet på helse- og sosiallovgivningens område må, i følge veiledende retningslinjer, ofte være basert på en skjønnsmessig helhetsvurdering, fordi bestemmelsene er skjønnsmessig utformet. Forvaltningen har derfor både rett og plikt til å utøve skjønn. Kommunen må i sin begrunnelse redegjøre for skjønnsutøvelsen og hvilke vurderinger som er gjort i den konkrete sak. Det bør fremgå hvorfor de tiltak som tilbys anses som tilstrekkelig for å oppfylle det nødvendige hjelpebehov (IS-1040:47).

4.1.2 Skjønn versus likebehandling – et sentralt dilemma i tildeling av offentlige tjenester

De nasjonale retningslinjene er veiledende, og som det går frem er behovsprøvde sosiale rettigheter uklare med hensyn til hva rettigheten mer bestemt gir et krav om, og hva det betyr å behandle personer i henhold til gjeldende lover. Utvidelsen av rettstatens begrep om individuelle rettigheter til å omfatte sosial trygghet kan, i følge Eriksen og Molander, stå i et spenningsforhold til rettstatens krav til myndighetsutøvelse. Kravet er at myndighetsutøvelsen ikke skal være vilkårlig eller uforutsigbar, det vil si at like tilfeller skal behandles likt; ulik behandling krever relevante forskjeller mellom tilfellene (prinsippet om formell rettferdighet). Statlige handlinger skal være forutsigbare, stabile og likebeholdende. Rettigheter av denne type skal sikre en viss standard, det vil si et visst nivå når det gjelder for eksempel levekår, helse og funksjonsudyktighet. Hva de forskjellige individer trenger av støtte for å oppnå det tilsiktede nivået er avhengig av hvilken situasjon de er, og det skal også være mulig for enhver borger å formulere legitime forventninger til hvilke ytelser og tjenester de har krav på. I følge Eriksen og Molander er skjønn den eneste måten å resonnerer om slik individualisert behandling på og således nødvendig for å praktisere behovsprøvende ordninger. Det vil si at hver og en skal få det som er rimelig i henhold til oppnåelsen av en viss standard. Problemet er at skjønnsutøvelse av denne type kan resultere i en ikke-intendert ubegrunnet forskjellsbehandling eller komparativ urettferdighet. Det siste implementeringsleddet – det nivået der de offentlige tjenester utføres – er derfor omtalt som «demokratiets sorte hull». Når skjønn ikke kan elimineres, kan heller ingen lovgiver sikre utfallet på sine vedtak, men det er mulig å sikre at skjønnsutøvingen skjer i overensstemmelse med lovgiverens intensjoner gjennom budsjettvedtak, lover, forskrifter og instruksjoner (Eriksen og Molander 2008:167-170).

Kommunene er altså på den ene siden gitt betydelig handlefrihet når det gjelder innhold og organisering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og skjønnsutøvelse inngår som en uomgjengelig del av virksomheten. På den andre siden skal skjønnsutøvelse skje i overensstemmelse med lovens intensjoner og den skal begrunnes. Skjønnsutøvelsen begrenses ytterligere ved at disse tjenestene reguleres gjennom en rekke styringsverktøy eller avtaler i form av lover, forskrifter og instruksjoner. Eksempler på slike forskrifter, som kan være viktig i denne sammenheng, er «Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene» (FOR 2003-06-27-792) og «Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)» (FOR 2010-11-12-1426).

4.1.3 Tjenesteutøverne – «Vi er ikke så A4»

Alle våre informanter er utøvere eller nærmeste ledere for utøvere av tjenester, det vil si ledere for en avdeling innenfor en enhet. De skal iverksette tiltak og utøve tjenester. Noen av informantene var saksbehandlere og skrev selv forslag til vedtak, eller hadde gjort det inntil nylig og noen bidrar i vanskelige saker.

Ja. I saker som kan virke litt mer innviklet, da er ofte en av oss med. Og vi må melde fra når de må gjøre en ny IPLOS-registrering.

Informantene i hjemmetjenesten mente bestemt at det ble gitt vedtak ut fra behov og funksjon og at brukerne fikk tildelt de tjenestene de hadde behov for i forhold til sitt funksjonsnivå. Vedtakene er tidsavgrenset og alle informantene opplever en viss fleksibilitet i forhold til vedtakene og at vedtakene er lett å endre. Alle informantene syntes de hadde en relativt aktiv rolle i utformingen av vedtak, endring av vedtak og dermed av utformingen av tjenestene. I en kommune ble denne type vedtak omtalt som «åpne».

De synes spesielt at kommunene de arbeider i er blitt veldig flink til å endre vedtakene, når det er endringer i behovet hos pasienten.

Og da kan det jo også ... det kommer jo i fra den utøvende delen, det er jo de som ser, hva har man behov for. Men man ser mye på de her praktiske tingene.

Informant: Så vi går inn med en gang vi ser at her trengs det endring, vi kan ikke vente på et vedtak.

Intervjuer: Nei, så dere har ganske stor innvirkning på de vedtakene?

Informant: Ja, når vi ser at behovet er der, så føler jeg at vi får det gjennom.

Intervjuer: Men det er den enkelte fagutøvers ansvar på en måte å da ta tak i det?

Informant: Ja, det må jeg si, vi har jo dyktige folk her hos oss, for alle tar ansvar. Når de ser noe så tar de tak i det, enten å sende det over til andre, kan du ordne det eller, og så ordner de det sjøl. Vi har jo både unge og voksne folk i arbeid, og jeg må si jeg synes ungdommene er flinke å ta tak i ting.

Ja, i forhold til de vedtakene som vi skriver, da setter vi gjerne tre måneders tid, eller lengre tid hvis man ser det da, for evaluering og mål for vedtaket. Sånn at man skal stoppe opp og se er vi på vei dit vi skulle, eller er vi på vei en helt annen plass. Og så da forlenge vedtaket, eller ja, det er sånn det skal være, og det holder vi liksom på å komme i gang med da.

Men vi jobber jo litt selvstendig, og ser jeg noen som trenger en dusj så dusjer jeg jo. Jeg går jo ikke og ringer til tildelingskontoret og sier at de fikk ekstra dusj liksom. Når jeg ser de trenger en dusj, så gjør man jo det. Vi er ikke så A4 på det.

Målsetningen for vedtaket, det vil si for de tjenester og tiltak som tilbys, skal som tidligere nevnt bidra til å gjøre forholdet mellom vedtak og utøvelse enklere.

Hvem som setter mål for vedtaket, om det er saksbehandler eller utøvende enhet og i hvilken grad målene er satt i samarbeid med bruker, har ikke vært en systematisk del av undersøkelsen. En slik tilnærming vil kreve detaljert gjennomgang av alle prosedyrer rundt enkeltvedtak, og ville ikke vært

mulig innen rammene av dette prosjektet. Det betyr at vi mangler inngående og detaljert kunnskap om akkurat denne prosessen.

I følge informantene selv er det imidlertid vanlig både at de diskuterer målene og at de er opptatt av å ha mål for tjenestene. De «forsøker å handle målrettet» etter mål som varierer for eksempel avhengig av om brukeren kan bli selvhjulpent eller ikke. De sier imidlertid også at krav og forventninger fra brukere og pårørende virker inn på de tjenestene de gir og ikke alltid i den planlagte retning.

Det er der jeg tenker at da må vi bruke vårt faglige skjønn, på å vurdere hva ser jeg som sykepleier at er et behov her, og det kan være noe helt annet enn det brukeren har lyst til, eller skulle ønske.

Det er jo ikke sånn at man nødvendigvis skal tildele mest mulig tjenester, men tildele den riktige tjenesten.

4.1.4 Økte forventninger og krav fra brukere – og mest fra de yngre

Informantene opplever daglig å stå overfor krav og forventninger fra brukere og det er et generelt inntrykk at brukergruppen er blitt mer kvalifisert de siste årene. De kjenner sine rettigheter, og de vet hva de kan kreve av innsyn.

De krever ... og deres kunnskaper vokser parallelt, kanskje fortere enn hos oss.

Altså, pasientene har endret seg fra å være pasient til brukere, til nesten å få status som forbrukere, og det merker man, synes jeg, endring på.

En del av pasientene ser på hjemmebasert som at de skal gjøre alt for dem. Bestille legetime i stedet for å gjøre det selv.

Ja, at vi kanskje gjør ting som de godt kunne gjort sjøl. Ordner opp i ting som ... Ja.

/.../ at mange synes det er tungvint å ringe også. Det tar lang tid før du kommer gjennom, du sitter og venter og får ikke tak. Jeg tror det er litt det og.

..... eller ofte noen ber meg ringe NAV, eller ber meg ringe [psykiatrisk sykehus] eller [helse-senter], for «hvis du ringer, da hører de på deg». At de tenker at det blir mer viktig hvis vi ringer, enn hvis de ringer sjøl. Det sier litt om synet på seg sjøl, kanskje.

Ja, det er det daglige /.../ vi skulle jo hjelpe dem /.../ være nesten sånn service ... gjøre ting for dem. Og «dere er jo betalt for det». Det hørte vi jo mange ganger, «du er betalt for å gjøre det, så gjør det».

Noen av informantene mener imidlertid at eldre er veldig forsiktige med å komme frem med sine ønsker, de innordner seg mye mer et system enn de yngre og moralen er annerledes. «Ja, som at vi skal ikke være til bry, vi skal være takknemlige for det vi får, og stiller lite krav.»

De yngre stiller større krav faktisk til oss, og de vet hva de kan stille krav om, de ... ja. Og hvis man ikke stiller krav, så får man kanskje ikke.

Men det er jo også veldig ulik oppfatning blant eldre brukere kontra yngre brukere, i forhold til rettigheter og hva man har krav på. Yngre brukere er ofte mer bevisst på – er mer kravstore

for å si det sann. De roper høyere, fordi at vi er en generasjon der vi på en måte er produkt av velferdsstaten. De vet hva de har krav på, de vet at det nytter å rope.

Og voksne yngre brukere vet også hvor de kan finne – og kan bruke internett og kan lete opp informasjon, mens eldre brukere er jo så takknemlige bare vi kommer innom og sier hei. Så de vet ikke mer kanskje, hva de har krav på.

Ja, så det er helt klart et skille der mellom adferd og, i forhold til hvordan de [yngre] presenterer seg sjøl, og deres behov.

Informantene opplever at mange pasienter er godt kjent med sine formelle rettigheter, men opplever også at eldre og yngre forholder seg forskjellig, at de har ulike forventninger og ikke stiller samme krav. Tjenesten må heller ikke bare forholde seg til brukere som stiller krav, men også til pårørende som stiller krav på vegne av en bruker.

4.1.5 De som har sterke pårørende får mest

Informant: *Det tror jeg gjelder for alle, enten du er ung eller gammel. Har du noen pårørende som står på for deg, så profitterer du på det. Absolutt.*

Intervjuer: *Kan man gå så langt som å si at vedtak blir gjort for pårørende også?*

Informant: *Ja, det tror jeg absolutt.*

Intervjuer: *Har du noen eksempler?*

Informant: *Ja, der pårørende er bastante og krever, de blir hørt. Og det er jo vanskelig å gå forbi noen som kanskje lever i lag med sine, og som vet hvor skoen trykker. Det er det.*

Informantene er også av den oppfatning at det er forskjell på om den pårørende som bor i lag med brukeren er eldre eller yngre, og de har inntrykk av at «de yngre er kanskje litt flinkere å bruke avlastningstilbudene».

Vi har også en gruppe (eldre) pasienter med veldig sterke pårørende.

Det de omtaler som sterke pårørende er gjerne personer som kan systemet, som vet om systemet, for eksempel egne kollegaer og «oppegående folk med ressurser og bakgrunn».

Noen av våre informanter tilhører selv gruppen «voksne barn» og ser det som selvsagt at de skal slippe å være omsorgsperson.

Ja, vi har jo også den endringen i samfunnet, at nå begynner de her å dø ut, den generasjonen som var tidligere, som da skulle ta seg av sin gamle mann, eller av sin gamle kone, eller ta seg av foreldrene sine. Men vi som nå er rundt 50 år, vi kan jo aldri i livet tenke oss å ta seg av ... jeg kunne ikke tenke meg å ta meg av min gamle mor eller min gamle far, fordi jeg vet at det finnes et støtteapparat som kan ta seg av dem. Og jeg tror jo det er mye det der at før da kunne man ta seg av sine eldre, men nå er det sann at det er veldig greit – når folk er på sykehuset f.eks., da får man jo informasjon der om hjemmebasert blant annet, og kommunale tjenester og sånt. Jeg vet ikke hvor mye det var det tidligere, men da tok man kanskje gjerne mer av sine.

Mange av informantene identifiserer seg i det hele tatt lett med gruppen voksne pårørende, uansett om de stiller krav på vegne av sine barn, sine ektefeller eller sine foreldre. De oppfatter det som legitimt å stille krav, men det betyr ikke at alle kravene som stilles oppfattes som legitime, faglig forsvarlige eller rettferdige i forhold til andre brukere. Problemet oppstår når det er ulike syn mellom partene på hva som kan forventes, hvilke krav og forventninger som er faglig eller ressursmessig forsvarlig å imøtekomme eller at tjenesteutøvere forholder seg til forventninger og krav fra brukere og pårørende på forskjellig måte. Mye tyder på at brukere og pårørende ikke alltid er enig i eller innforstått med hva som er målsettingen med tjenesten eller hva vedtaket går ut på.

4.1.6 Yngre og eldre personer forholder seg forskjellig til formelle rettigheter

Et gjennomgående trekk er at yngre oppfattes som mer bevisst sine rettigheter uansett om de er pårørende eller brukere, at kunnskap og oversikt over tjenestene er forskjellig og at de opererer i henhold til forskjellige normer og verdier. Eksempler på slike normer kan være hvorvidt en kan kreve noe av det offentlige eller bør være takknemlig for det en får.

Forskjell i verdier hos yngre og eldre kan, i følge Daatland og Solem, sees som uttrykk for aldring, at de er i ulike faser i livet, eller at de hører til forskjellige generasjoner (kohorter) og derfor preget av sin tid. Dersom forskjellen skyldes livsfase, vil unge etter hvert bli som eldre. Dreier det seg om generasjonsforskjeller vil verdisynet hos dagens unge vise hvordan middelaldrende og eldre mennesker prioriterer når de unge har blitt eldre. Teorien er i så fall at individet formes i karakter og verdisyn i unge år og tar med disse verdiene gjennom livet. Når nye generasjoner overtar for gamle, kan de rådende verdier skifte, og det skjer en verdimeessig klimaendring i samfunnet (Daatland og Solem 2011:217).

Tendenser til generasjonsskifte mellom de yngste av de eldre brukerne er noe våre informanter også mener å erfare.

Jeg tenker at det er forskjell på den gamle generasjonen eldre og den nye, at de gamle eldre de aksepterer på en måte at funksjonene avtar når de blir eldre, mens den nye generasjonen de aksepterer ikke det, og vil ha det kompensert. De vil fortsatt være med på det som de har vært med på før, og de vil ha det noenlunde likt. Så får man trø til med de ressursene utenfra som trengs til å opprettholde det sånn. Og jenger seg ikke etter.....

Den gamle generasjonen eldre, de krever som regel lite. Den nye generasjonen eldre er mer bevisst sine rettigheter.

Endringer i verdisyn kan være et uttrykk for generasjonsforskjeller, men det må også legges til at forbrukerrollen, med individuelt ansvar for å ha oversikt over rettigheter og å stille krav, er en krevende rolle. Andre undersøkelser har vist at rettighetstiltak ofte er nytteløse overfor de eldste og skrøpeligste. Forskjeller mellom eldre er ikke tema i den refererte undersøkelsen, og det heter et annet sted at «svake og hjelpeløse personer er for utmattet eller forvirret til å sette seg in i sine rettigheter og krav» (Vabø 2003:115,120). Å ha full oversikt over sine rettigheter, kunne formulere og stille krav og kjenne de nødvendige klageinstanser, krever kunnskaper og oversikt, og det er en utfordrende rolle for den som er syk og skrøpelig – uavhengig av alder.

4.1.7 Legitime rettigheter – legitime krav?

I følge Eriksen og Molander (2008) er det innenfor borgernes rettigheter å formulere legitime forventninger til hvilke ytelser og tjenester de har krav på. Lover og forskrifter gjør det også klart hvem som har plikter og hvem som har rettigheter, henholdsvis pliktsubjekt og rettssubjekt. Et rettssubjekt er den som i henhold til lov eller forskrift uttrykkelig gis rettigheter, og som dermed har krav på noe. Når det gjelder krav på helse- og sosialtjenester, er det de personer som oppfyller lovens vilkår for tjenester som har krav på å få dekket sitt hjelpebehov. Bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven må også ses i sammenheng med pasientrettighetsloven. Det er den konkrete pasienten, eventuelt den pårørende, som har rettigheter i henhold til pasientrettighetsloven (§1-3, bokstav a og b) (IS-1040:16).

Krav fra brukere og pårørende blir rettet mot den som etter deres mening har plikt til å innfri kravene – det vil si til representanter for det som i henhold til retningslinjene kan defineres som pliktsubjekt. Med pliktsubjekt menes den som i lov eller forskrifter er pålagt noe, som har ansvar for å se til at noe blir gjort. Pliktsubjektet kan være virksomheter og virksomhetsansvarlige, som bla en kommune, men også enkeltpersoner, for eksempel en ansatt fagperson i henhold til helsepersonelloven. Personer som har autorisasjon eller lisens som helsepersonell har selvstendig ansvar for å oppfylle bestemmelsene i denne loven. Arbeidsgiver skal legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell blir i stand til å overholde de kravene som stilles (Eriksen og Molander 2008).

Brukere og pårørende som er opptatt av sine rettigheter er ofte rettet mot vedtaket og den praktiske og helsemessige hjelp (bistand) de er blitt tildelt – eller mener å ha krav på. Målsettinger for vedtakene skal bidra til forventningsavklaring hos tjenestemottaker eller den som representerer denne. De skal også bidra til å konkretisere og tydeliggjøre for tjenesteyterne hva som er formålet med tjenesten (IS-1040:50).

Enighet om innhold i vedtak, og hva som er målet med vedtaket, er tydeligvis et svakt punkt, og forhandlinger fremstår som en sentral del av hverdagen. Informantene i hjemmetjenesten opplever stadig oftere å stå i situasjoner der de mener å bli oppfattet kun som leverandører av tjenester, «en service», som brukerne (som rettighetssubjekt) mener å ha krav på og som de som tjenesteytere har plikt til å levere (som pliktsubjekt) og dessuten er betalt for. Utfallet av forhandlingene vil gi seg utslag i de tjenestene som tilbys og vil i sin tur virke inn på muligheten til å realisere en eventuell målsetning. Krav, forventninger og forhandlinger kan forrykke målsettingen med vedtakene, hvis de har noen, de kan sette utøvernes eventuelle faglige vurderinger og selvstendighet som utøvere til side, eller i hvert fall på prøve, og det kan føre til store ulikheter i tjenestetilbudet.

Det er godt mulig å si at yngre brukere og yngre pårørende er mer i pakt med sin tid. De er i større grad kjent med sine rettigheter som (for)brukere og de ser det som sin legitime rett å stille krav. Hvorvidt de får sine krav innfridd er en annen sak. Det er imidlertid også ut fra vårt materiale mulig å stille spørsmål ved om yngre brukere har lettere tilgang til en rekke tjenester. Det vil si at deres krav og behov anses som mer legitime eller selvsagte, og i så fall, ut fra hvilke begrunnelser?

4.2 Alder legitimerer bistand

I sosialtjenesteloven er det hjemlet at sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker gir rett til praktisk bistand og opplæring hvis funksjonsevnen i vesentlig grad er svekket (IS-1040). Alder er altså en av flere årsaker til å ha særlige hjelpebehov, men alder er ikke et lovfestet kriterium for retten til å motta helsehjelp (Kjelvik 2011). Spørsmålet i denne studien er hvordan alder legger føringer for hjelpen, sett i lys av lovens overordnede prinsipper om likestilling og individualisering.

Der det er mulig skal den praktiske bistanden innbefatte opplæring i daglige gjøremål (IS-1112). Ifølge sosialtjenestelovens § 1-1 b) er formålet med loven å «bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre» (IS-1112: 32).

4.2.1 Hjelp til det daglige – eldre

I hjemmetjenesten er det ulike syn på om de ivaretar brukernes funksjon og behov for aktivitet og deltakelse. Noen informanter beskriver hvordan de gjennom utførelsen av tjenestene prøver å legge vekt på å opprettholde og forbedre den eldre brukeren sitt funksjonsnivå, men dette aspektet blir fokusert ulikt hos utøverne.

Ifølge Forskrift til en verdig eldreomsorg (§ 3-f) skal tjenesten bidra til at brukeren bevarer eller øker sin mulighet til å fungere i hverdagen og omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering. Med andre ord er det ikke bare praktisk hjelp som skal gis, men der det er mulighet for opprettholdelse av funksjon eller funksjonsforbedring skal bistanden gis slik at disse forhold ivaretas.

Begrenset sosiale behov, men ensom

Informantenes oppfatning av de eldre brukernes sosiale behov er tvetydig, for på den ene side mener de at eldre ikke har særlig behov for å komme seg ut av egen bolig, og på den annen side omtales de eldre som mye alene og ensomme.

Ja, altså andre utfordringer, sånn som de over 80 år, så er det på en måte innhold i dagen. Eldre over 80 år har mindre overskudd til å gjøre ting i løpet av en dag, sånn at det er hvile ... altså det der dagsenteret et par ganger i uken kan være nok, av innhold. Og gjennom dagsenteret så får de tilgang til sosialt samvær, men de får også via den kulturelle spaserstokken, så får de annen kultur inn. Og med besøk av familie, så etterspør ikke de så mye mer. ...

Videre uttaler hun:

... mens de eldre trenger på en måte bare dagliglivets gjøremål...

... Men det er også det med at du har mer energi når du er yngre enn når du er 80 – 90 år.

... Altså de eldre har ikke det behovet for å dra ut og kjøpe klær, eller å dra ut og kjøpe mat. De kan være fornøyd hvis noen i familien gjør det. Og vi ønsker jo at de skal være mer deltakere, men ...

Informantene mener at de eldre har begrensede behov når det gjelder bistand til sosial deltakelse; de har nok med dagliglivets aktiviteter, som personlig hygiene, påkledning, spising og lignende. Dessuten mener tjenesteyterne at de selv ikke rår over tiltak som fremmer sosial kontakt, noe som kan bidra til at de må overse ensomhet.

Det er mange som er ensomme, som godt hadde trengt litt mer sosial omgang med andre.

... Jeg har inntrykk av at det er de eldre som sliter mest med ensomhet, i alle fall de vi har vært borti. De yngre har en mann, og kanskje barn, og at de har venner og familie og sånt rundt seg. Mens de eldre har kanskje mistet naboene, og har mistet mannen sin, og er mer reelt alene.

Ja, den tjenesten kan ikke vi gi, fordi at det er andre ting som er nødvendig helsehjelp. Mens når det gjelder ensomhet og sosial deltagelse, det som finnes i kommunen det er jo da dagsenter og støttekontakt.

En av fysioterapeutene uttalte:

Jeg tenker mye på det med at det ofte er et uttrykk for ensomhet, og pasienten kan gå til legen og få fysioterapi. Altså ber de om å få det, og så får de det, ikke sånn at legen har vurdert at de er egnet til rehabilitering eller opptrening. Så kan de få en henvisning hos legen. Akkurat som de da har krav på tiden vår. De har jo ikke det. Og da må jo vi skuffe de med det, for vi gjør en vurdering for et opplegg, og så vil de ikke trene, de vil være sammen med noen, de er ensomme, ja. Jeg synes det er alt for lett å få en henvisning rett og slett, sånn sett, når man ikke gjør en ordentlig vurdering av nye behov, eller endringer.

At informanter mener at de eldres behov for sosial kontakt ikke blir ivaretatt, er i tråd med funn i en spørreundersøkelse gjort blant over 4000 sykepleiere i eldreomsorgen spredt over hele landet. Over halvparten svarte at de eldres behov for trygghet, samvær og meningsfull aktivitet ikke blir godt nok ivaretatt (Gautun og Hermansen 2011). En studie av aleneboende eldre og deres erfaringer med hvordan hjemmetjenesten ivaretar deres sosiale behov viser imidlertid at hvis pleierne som til daglig yter tjenestene er en stabil gruppe og at de samtidig som de yter den praktiske hjelpen viser at de bryr seg om og kommuniserer med brukerne, i stor grad ivaretar eldres behov for sosial kontakt (Birkeland og Natvig 2008). I en artikkel om sosiale nettverk blant brukere av hjemmetjenester i omsorgsbolig er det pekt på at siden sosialt kontaktnett er en sentral faktor for å fremme helse og mange eldre mangler dette, er det viktig at hjemmesykepleiere initierer og iverksetter tiltak i den hensikt å fremme sosial kontakt mellom eldre (Tremethick 2001). I flere artikler om eldre og ensomhet blir det foreslått å benytte frivillige besøksordninger og lignende (Tremethick 2001, Skaar, Fensli & Söderhamn 2010).

Informanter i vårt materiale hadde ulike erfaringer med frivillige organisasjoner som besøkstjeneste til ensomme.

Informant: Vi har lite av og dårlig erfaring med det. Det var en stund det var noen fra Røde Kors, som gikk rundt og ... Men nå i det siste så har det vært lite av det.

Intervjuer: Hvorfor har dere dårlig erfaring?

Informant: Jeg tror at de brukerne vi har hatt som har hatt behov for det, har på en måte vært ganske krevende. Det har ikke vært noen kosebesøk, på en måte. De krever litt av deg når du er til stede, de sitter ikke bare og pludrer.

... Og jeg vet jo at LHL er inne i bildet, og Røde Kors. Jeg vet jo at det er vennetjeneste, det husker jeg det var veldig mye av i [sted], og det synes jeg det er litt manko på her. Det har ikke vært noe fokus på det, det burde vært enda mer, for det er utrolig mange eldre som sitter alene, er deprimerede, er veldig ensomme, og har de da hatt Røde Kors besøkstjeneste inne der to timer kanskje i uken eller noe sånt, det hadde vært supert. Men det er veldig lite her ... Men det man skulle ønsket mer av, det er faktisk støttekontakt.

Dagsenter blir vurdert som det mest aktuelle tilbudet til eldre for å fremme sosial kontakt; imidlertid er det ikke lett å få dagsenterplass. Dagsentertilbudene informantene i vårt materiale har erfaring med, er i offentlig regi.

Det er jo fullt overalt, det er veldig vanskelig å få. Det er jo ventelister på dagsentrene. Det er jo litt synd, for jeg ser mange som gjerne kunne trengt mer dagsenterplass, og noen som ikke har det i det hele tatt.

... Og der synes jeg at både menn og damer virker som de trives veldig godt. Det er veldig gode tilbakemeldinger på det dagsenteret. ...

... Det er noen ytterst få som jeg vet som har prøvd seg på dagsenter, og som sier at nei det der er ikke noe for meg. ...

Kommunene hvor vårt materiale kommer fra synes ikke å være ulik andre kommuner når det gjelder dagsentertilbud. På landsbasis mottar kun én av ti hjemmetjenestemottakere dagopphold eller dag-sentertilbud (Riksrevisjonen 2009). En større norsk undersøkelse av livsløp, generasjon og kjønn viser at ensomhet er mest utbredt blant kvinner og i de eldste aldersgruppene, og at det er kvinner som bor alene og har dårlig helse som er mest ensomme (Thorsen og Clausen 2009). Omfanget av ensomhet er blitt så stort i vårt samfunn at det ikke kan betraktes som kun et privat problem, men som et alvorlig samfunnsproblem (Thorsen 2003). Dagtilbud til eldre som savner sosial kontakt kan således være et middel til innfrielse av sosialtjenestelovens formål om «å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre» (IS-1112: 32).

Oppsummert kan det sies at informantene har en holdning om at eldre brukere av hjemmetjenesten har begrensede behov med hensyn til sosial kontakt. I dette ligger en stereotypi om at de eldre som får bistand har andre behov enn andre. De relateres ikke til friske eldre som er aktive på mange arenaer. Her er et skille mellom de hjelpetrengende eldre og de andre. Synet på eldre som tilbaketrukket er i tråd med tilbaketrekkingsteorien som legitimerer en passiviserende behandling av eldre som er til de eldres beste (Daatland og Solem 2011:145). Samtidig ser tjenesteyterne at eldre brukere er sosialt tilbaketrukket og mange er ensomme, og de mener at mange kunne ha glede av mer kontakt med andre. Sistnevnte oppfatning er mer i tråd med aktivitetsteorien, og ifølge denne er tilbaketrekkingen et resultat av ytre hindringer siden eldre er mer sårbare enn middelaldrende (Daatland og Solem 2011). Ut fra denne teorien trengs tilrettelegginger for at eldre kan være aktive. Sannsynligvis er mange av de eldre som har hjemmesykepleie skrøpelige, og en oppfatning av at de har behov for tilbaketrekking kan også være relevant; eldre personer med sammensatte lidelser har redusert energi sammenlignet med friske eldre. Imidlertid viser materialet lite nyanser og individuelle variasjoner når det gjelder informantenes oppfatning av eldre brukere sine behov for sosial aktivitet.

Støttekontakt og personlig assistent – sjeldne tilbud

Brukerstyrt personlig assistent er en alternativ organisering av praktisk og personlig bistand (sosialtjenesteloven § 4-2a), men gis sjelden til eldre. Denne ordningen er tiltenkt personer med store fysiske funksjonshemminger som har ressurser til å styre innholdet i tjenesten i forhold til egne behov (Rundskriv 1-20/2000). Informantene kjenner ikke til eldre i sin kommune som nå har brukerstyrt personlig assistent, og de mener støttekontakt kan være nyttig for noen eldre. Imidlertid er det vanskelig å finne støttekontakt, og da blir vedtak om slik støtte kun et vedtak som ikke lar seg sette ut i livet. Kun én av informantene er kjent med at støttekontakt har vært tildelt en eldre bruker.

... jeg har vært borti at vi har tildelt støttekontakt til eldre. Ei eldre dame som var nesten blind, og som elsket å gå på butikken, og være sosial på kafé. Og etter et par avslag så klarte vi å få det igjennom.

Jeg vet i hvert fall en vi hadde for noen år siden der det var søkt, og der det ble innvilget. Min erfaring er at det å få det innvilget er det letteste i prosessen, men det å finne noen som kan være støttekontakt er kjempevanskelig. Du skal jo være litt idealist hvis du vil være støttekontakt, fordi du kan godt få deg en annen jobb som er mye bedre betalt på ettermiddagstid enn å være støttekontakt.

For å få realisert støttekontakt vedtak er det ofte enklest å få et barnebarn eller en yngre nabo til å påta seg oppgaven.

Informanten tilføydde at støttekontakt heller ikke er noe de vanligvis tenker på for eldre. Likevel mener de at ordningen kan være god for mange eldre som ikke har familie eller andre til å hjelpe seg med å utføre gjøremål, eksempelvis klesinnkjøp. Støttekontakttjenesten kan også avlaste hjemmetjenesten, siden det vanligvis er sistnevnte som må hjelpe brukerne med nødvendige oppgaver de ikke har andre til å hjelpe seg med. Når den ordinære hjemmetjenesten ikke kan gi fullgodt tilbud til de eldste brukerne med omfattende bistandsbehov, synes ikke ytterligere tjenester tilknyttet sosialtjenestelovens § 4-2 å være aktuelle, og flytting til institusjon er alternativet.

Hjelp til selvhjelp

Hjemmetjenesten vektlegger i ulik grad ivaretagelse av mobilitet og fremming av egenaktivitet for å opprettholde og forbedre brukers selvhjulpenhet. Noen informanter beskriver hvordan de legger opp hjelpen for å fremme hjelp til selvhjelp, mens andre synes å være mindre opptatt av dette aspektet ved utførelse av tjenestene.

Men vanlig kontrakturprofylakse, dette med mobiliseringsperspektivet, det tror jeg faktisk at vi kunne hatt et mye større fokus på. Jeg var utdannet i [år], og når jeg var student, /.../ vi var ute og hadde gåtrening med pasientene, det var jo det vi holdt på med. /.../ det er jo nå de siste to – tre årene at jeg ser at vi er jo og har gåtrening, og det er stor ståhei når jeg begynner å diskutere med folk hva jeg skal gjøre, så det er jo ikke jeg som setter i gang gåtrening på noen, med mindre en fysioterapeut har vært inne og sagt at jeg skal gjøre det, så det er litt rart. Jeg synes det er helt merkelig, for jeg tenker at det er mange vi kunne ha vært inne og hatt gåtrening med, det trenger jo ikke å være mer enn at man bare går to ganger over gulvet om så, to ganger for dag, det kan være fem minutter. Men bare det å gjøre noe aktivt med pasienten, det er mange ganger nok å mobilisere litt under et stell, under aktiviteten når vi først er der, uten at vi tenker og er bevisst på at det er faktisk det vi holder på med. Så det er litt bevisstgjøring, hva er det vi holder på med. /.../ Men jeg tror at vi i hjemmebaserte tjenester har mye igjen å gå på i det her mobiliseringsperspektivet for pasientene. For de sitter alt for mye i ro, og de ... altså med å få dem mer aktivisert.

Når vedtakene er det tjenesteutøverne betegner som åpne, det vil si at det ikke er detaljert spesifisert hvilke tjenester som skal utføres, er det i stor grad overlatt til tjenesteutøver å vurdere hva brukeren skal få hjelp til og hvordan hjelpen skal gis. For at hjelpen skal fremme egenaktivitet er det særlig viktig at tjenesteutøverne har fokus på brukerens funksjonsnivå. De fleste informantene er opptatt av at de ikke skal gjøre oppgaver brukeren selv kan gjøre:

... da får man heller gjøre det i lag eller rettlede eller veilede. Og der kan vi jo legge ganske sterke føringer på hvordan det skal være, synes jeg...

Men jeg tror jo vi er bevisst på det her med at vi ikke skal sy så mye puter under armene på dem, for det gagnar jo ingen.

... hvis de får vedtak på husvask på 1½ time, så kan det godt hende at den brukeren er fullt i stand til å tørke støv sjøl. Og kanskje ta ut de letteste mattene sjøl. Men når ikke det står spesifikt i vedtaket, så tror jo de at hjemmetjenesten gjør jo alt. Men vi sitter med den erfaringen at vi skal jo gi hjelp til selvhjelp, sånn at vi stimulerer jo og prøver å oppfordre dem til å gjøre mest mulig sjøl. For vi vet at det lønner seg ikke å bli sittende i en stol, du må opp og røre deg. Og når ikke det står spesifikt, så blir de som skal ut og gi tjenesten usikker, skal jeg tørke støv, ikke sant? Sånn at det vi etterlyser det er en mer sånn ... Du kan godt bruke malen, men du må nå gå inn og klikke deg inn på den, og så må du gjøre litt om, at bruker tørker støv sjøl etter avtale, eller sånn, det er det jeg mener.

Du ser nå han rett her nede, han hadde ligget ett døgn. Vi fant han, han hadde brukket lårhalsen, inn på sykehuset, videre på rehabilitering, kommer hjem, og er bare sånn laid back egentlig, vil gjerne at vi skal lage mat. Men der vi liksom pusher litt på, «Nei, kom igjen, bli med på kjøkkenet», det er jo en del av det her med å få han opp. Og i dag er vi der en gang i uken, vi er tilbake til der vi var før, så vi klarte det!

...For eksempel husker jeg en gang vi hadde en slagpasient som hadde vært inne på to ukers korttidsopphold. Før korttidsoppholdet så kunne vi gi han kluten, og så kunne han vaske seg sjøl i ansiktet, og var veldig nøye på det. Og da han kom tilbake ... (ler), og der jeg liksom bare – nei, nå ser jeg du har vært på korttidsopphold, nei kom med hånden din, her skal du få vaske sjøl. Og så komme tilbake og bringe det videre, vær obs på at han antagelig har fått for mye hjelp, at vi må få han tilbake til der han var før, ikke sant.

Materialet inneholder eksempler på at eldre kan bedre funksjonsevnen og bli mer selvhjulpne når det i utførelsen av hjelpen stilles krav til brukeren om å måtte yte selv. Det finnes mange studier som viser at målrettet trening og aktivitet er betydningsfullt for funksjonsnivået også hos eldre. Fysisk aktivitet og trening kan forebygge og utsette utvikling av funksjonsreduksjon og funksjonshemming, redusere depressive symptomer og lindre sykdom (Carlson et al 1999). Ifølge Spirduso & Cronin (2001) er det sammenheng mellom langsiktig fysisk aktivitet og å kunne leve uavhengig, og at fysisk aktivitet fremmer fysisk funksjon og utsetter funksjonshemming også hos eldre med kronisk sykdom. En meta-analyse av effekt av komplekse intervensjoner i primærhelsetjenesten for å vedlikeholde fysisk funksjon og selvstendighet hos hjemmeboende eldre, viser at sammensatte tiltak kan bidra til at eldre kan fortsette å bo hjemme; hovedsakelig på grunn av at pleiebehovet holder seg lavt og falltendens er redusert (Beswick et al 2008).

I Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre, peker de fleste av kommunene som ble undersøkt på nødvendigheten av kontinuerlig å rette oppmerksomheten mot aktivisering i den daglige pleien av tjenestemottakerne (Riksrevisjonen 2009:29). Et annet vesentlig forhold som blir påpekt, er at pleieplaner ikke inneholder mål og tiltak for brukernes fysiske aktivisering, og at det er nødvendig at hjelpen bygger opp under eksisterende funksjonsnivå. Således blir den enkelte tjenesteyter sin skjønnsmessige vurdering utfordret.

Våre informanter har høyere helsefaglig utdanning og har bedre forutsetninger for å vurdere brukernes funksjon enn størstedelen av de som arbeider i hjemmetjenesten, det vil si fagarbeidere og ufaglærte hjemmehjelpere. Spørsmålet er i hvor stor grad tjenesteutøverne med helsefaglig bakgrunn i hjemmetjenesten har kompetanse til å identifisere hva brukeren er i stand til å gjøre selv.

Tidspress begrunnelse for passivisering

Informant: ... Og jeg må jo ta meg i å ikke gjøre for mye.

Intervjuer: Hvorfor må du ta deg i det?

Informant: Det er jo på det at man har lyst å bli ferdig, og kanskje bussen skal komme og hente dem for å dra til dagsenteret. Kanskje man har en annen avtale, at vi skal gjøre et felles stell – altså det kan være mange ting. Men det er jo sånne ting som vi prøver å snakke en del om på rapport. Og det er jo noen som også har veldig lyst til å bli vasket, fra a til å.

... Jeg skulle gjerne ha trent både den ene og andre, men jeg synes ikke at det er tid. Og det er masse som sagt man kan gjøre mens man er i stellesituasjoner, men jeg prøver heller å motivere pasienten til å ta rullatoren og gå, og sånne ting. Og det blir det enkle, lettvinde, det er ikke sånn at jeg går i lag med dem i gangene for å trene 15 runder. Det blir de korte rundene, eller motivere dem opp av godstolen og ut av sengen, og sånne ting...

Erfaringer fra et utviklingsprosjekt i et sykehjem der ergoterapi og fysioterapi ble inkludert for å få større faglig bredde, viste at opplevd tidspress og en pleiekultur dominert av én faggruppe ikke innbød til tverrfaglig samarbeid (Jacobsen og Granbo 2011). I vårt materiale er det imidlertid ulike syn på om det vanligvis er tidspress i hjemmetjenesten. Flere informanter beskriver at de stort sett kan bistå med de viktigste oppgavene.

... Jeg tenker det er en del motstand ja. For vi har masse tid, det mener jeg at det er, tid og rom. Og så kan det være hektiske dager, men det er ikke de jeg tenker på, men i den alminnelige arbeidsdagen, så tenker jeg at vi har gode ressurser i hjemmetjenesten./.../ Det handler litt om å organisere, lage tiltak, planer, målfokusert på brukeren, ja ...

Hvordan utøverne velger å utføre hjelpen er et uttrykk for hva som oppfattes som viktig å prioritere. Når oppgaven gjøres for brukeren i stedet for å involvere brukeren, endrer bistanden karakter og blir passiviserende. Det er gjennom deltakelse i de dagligdagse gjøremål at brukerens egenaktivitet kan opprettholdes og gi han/henne størst mulighet til å ivareta og eventuelt forbedre gjenværende funksjoner.

Omfang av funksjonshemming trenger ikke være sammenfallende med mengde tid som trengs for å utføre hjelpen. Utgangspunktet for tildeling av hjemmetjenester er en IPLOS kartlegging hvor brukerens bistandsbehov blir registrert.

... de IPLOS-skårene /.../ at en som får en veldig høy skår, kanskje fire eller fem, på en måte ser ut som de er mer hjelpetrengende enn de som kanskje får en treer. Men det er de som har en treer som tar virkelig lang tid, for de klarer å gjøre det sjøl hvis du bare venter. Mens de på en måte utløser mindre ressurser. Hvis det er en som er en femmer, så er det bare å gå og gjøre det, og ut igjen, og ferdig med det.

«For mye hjelp»

Sterke pårørende og brukere kan føre til skjevfordeling mellom eldre. Informantene mener at en del barn umyndiggjør foreldrene sine og de har mange eksempler på «sånne praktiske ting, at det er pårørende som er sjefen i pasientens liv». De bor ikke sammen med brukeren, men de styrer både brukeren og tjenesteytere. Og så gjør «vi mer enn vi skal for husfredens skyld, i mange tilfeller.»

Hvis tjenesteyterne ikke er samkjørte på hva slags hjelp de gir, kan brukere forsøke å sette tjenesteutøvere opp mot hverandre.

Ja, vi ser at noen får litt mye hjelp. Jeg kan bare ta ett eksempel. Jeg går som sagt bare på natt. Vi hadde en mann i en omsorgsbolig, som ringte på natten, at han måtte ha hjelp til å komme seg opp fra do. Så sier jeg til han at: «Forsøk sjøl». Da tenker jeg på hva han klarer sjøl. «Nei», sier han, «dere er her for å hjelpe oss, de andre bruker å hjelpe». Så det var bare det her ene lille eksemplet, at det kanskje er veldig lett til å hjelpe folk for mye. Hjelpe de kanskje i hjel. Og man tror kanskje at det er til nytte for pasienten. Han kom seg opp sjøl.

En informant forteller om en pasient som ba om å få sommerferie:

Sånn at jeg tror nok det at vi gjør andre avhengige av oss, eller tror at de er avhengige av oss, uten at de er det.

Dette problemet kan ytterligere forsterkes ved at pårørende også stiller krav på vegne av brukeren.

Vi har også en gruppe (eldre) pasienter med veldig sterke pårørende, som kanskje gjør ... eller ikke kanskje, som gjør at pasienten får mye mer hjelp enn andre i samme situasjon, enn den gamle som ikke har en sterk pårørende. Så det er noe som kommunen vet om, og kommunen også tar og fattar vedtak i forhold til pårørende. Kanskje litt kritisk, men det har skjedd.

Jeg husker et praktisk eksempel, om den damen som dere måtte følge på do hver natt, for det hadde datteren bestemt. Klokka tre skulle hun på do, om hun var våken eller ikke, om hun skulle tisse eller ikke, vi skulle være der klokka tre. Ja, og klokka tolv, og noen ganger var det klokka seks også. /.../ Der prøvde jo hjemmesykepleien i samråd med damen det gjaldt, å avslutte, men hun torde ikke på grunn av datteren. For datteren blir sint, så ... Det var jo kjempevanskelig.

Vi opplever vel at de pårørende sine ønsker for den og den brukeren ikke er i samsvar med brukeren sine ønsker. Pårørende vil at vi skal gjøre det og det for dem, så kommer vi dit og så ønsker de ikke noe hjelp. De vil ikke ha hjelp til det og det, for de klarer det sjøl, eller vil ikke ha ... Og så får vi klage tilbake igjen for at vi ikke har gjort de tingene, og så blir det å gå tilbake igjen, at det er jo tross alt den brukeren vi skal betjene som bestemmer hva de vil ha hjelp til, ikke pårørende.

Konsekvensene av forventningspress og forhandlinger med brukere og pårørende er både skjevfordeling blant eldre og umyndiggjøring av eldre og ikke minst – at noen eldre brukere får det informantene omtaler som «for mye hjelp», det vi vil omtale som «feil type hjelp». Dette gjelder hovedsakelig hjelp i det daglige, og gjerne oppgaver knyttet til personlig hygiene, ernæring og generell mobilisering. Feil type hjelp innebærer passivering og styrker ikke brukerens funksjon og selvstendighet. Materialet tyder på at det primært er eldre brukere som får passiverende hjelp.

Følge opp mobilisering – en utfordring

Informanter peker på at rehabiliteringstjenesten vanligvis ikke gir tilbud til den enkelte bruker oftere enn én til to ganger i uken; derfor er det vesentlig at treningen følges opp av dem som er hos brukeren daglig. Daglig oppfølging av tiltaket blir således en del av hjemmetjenestens oppgaver:

Det blir jo mer et sånt behandlingsopplegg, der de som regel har et behandlingsopplegg over så og så mange uker, og gjerne en eller to ganger i uken eller noe sånt. Og så hender det jo innimellom at de utarbeider et slags program som vi kan bruke oftere.

... Det er jo nettopp en sånn type trening, hoftebrudd og sånt, vi trener dem opp, har trap-petrening, vi går ute med dem, vi gjør øvelser, får et treningsprogram hos fysioterapeut og følger opp hjemme, fordi at de ikke får komme på rehabiliteringsopphold, for de klarer ikke sjøl i en periode.

Informanter fra rehabiliteringstjenesten beskriver situasjoner som viser at tjenesteutøvere ikke alltid understøtter hverandres tiltak og mål, eller målene er uklare, gjennom måten de arbeider på:

Ja, det var en som kom og sa til meg, at du jobber med den pasienten med fysioterapi? Og hjemmetjenesten har bestilt komfortstol. /.../ Så sier jeg at det kan han jo ikke få, skal han være i aktivitet eller skal han sitte i ro? Og det er jo sant, det er jo en veldig dårlig match. For da var det jo sånn at for enkelte beboere på sykehjem, da ble jo komfortstolen brukt som en sånn plasseringsstol, da satt de der. Og da så jeg jo det, på en av brukerne, at hun satt i den stolen, og da satt hun der, da skjedde det jo ikke noe forflytting og funksjonen gikk jo tilbake. Men da gjør jo de som bestiller den stolen et valg om mindre aktivitet.

... Altså, den situasjonen som ... det var noen som vi hadde felles, for en stund siden, hvor jeg hadde vært en måned tror jeg til frokost, og så var vi gått videre i steget og skulle gjøre andre ting, så jeg kom litt senere den dagen. Og da var alt pådekket, det var til og med sukker i teen. Altså, her hadde jeg gått inn, altså personen hadde laget seg frokost sjøl de dagene jeg var der. Og da jeg kom senere var brødskiven påsmurt, og det var pålegg på skiven. Og når jeg kom så holdt pleierne på å ta sukker i teen. Altså, sukkerskålen sto der, og det var ingen ting som tilsa at ikke det gikk bra. Men vi hadde jo også mange positive ting, andre ting, foruten om den matsituasjonen.

I en spørreundersøkelse blant sykepleiere i hjemmetjenesten svarte over halvparten at det varierer om de har tid til å følge med på behovsutviklingen hos bruker slik at tiltak kan settes inn tidlig for å forhindre forverring i helsetilstand og hjelpebehov, og en fjerdedel mente at de ikke hadde nok tid (Gautun og Hermansen 2011). Erfaringene fra et sykehjem hvor en ergoterapeut og en fysioterapeut ble tilknyttet avdelingene en halv dag per uke, viste at det var viktig at pleierne ble involvert i tiltak terapeutene iverksatte gjennom dialog og direkte samarbeid (Jacobsen og Granbo 2011). Hvordan kommunikasjonen er mellom tjenesteutøverne i de to enhetene i vårt materiale, kommer vi tilbake til senere.

En sentral forutsetning for optimal hjelp til selvhjelp er at utøverne i hjemmetjenesten ser hvor det må settes inn tiltak for å opprettholde eller forbedre brukers funksjonsevne. Det er ikke vanskelig å bli oppmerksom på raskt funksjonstap, men gradvis funksjonsforverring er mer utfordrende å legge merke til. Disse forhold gir ikke materialet informasjon om, men det tyder på at det å opprettholde og å forbedre brukerens funksjon ikke alltid er inkludert som et sentralt aspekt i deres vurderinger. Derfor kan det stilles spørsmål om de eldre sitt potensial med hensyn til funksjon og aktivitet blir neglisjert. I mange tilfeller er det også vanskelig å skille funksjonsreduksjon som skyldes økende alder fra sykdom (Heikkinen 2003). Årsaken til dette er at aldringsprosessen i seg selv medfører reduksjon i sensorisk og motorisk aktivitet, samt endringer i hjerte-kar, muskel-skjelett og nervesystem.

Informantenes oppfatning synes ikke å være at det er et mål at de eldre skal leve som før, men heller at endringer i funksjon aksepteres som livets gang.

4.2.2 Hjelp til selvstendighet og et aktivt liv – yngre

Standarden er høyere enn hos eldre

Selv om vi under intervjuene ble fortalt at det ikke ble gjort forskjell mellom yngre og eldre brukere, at vedtak og tjenester ble styrt av behov og funksjonsnivå, var det en viss reservasjon når det gjaldt standardene på tjenestene.

En informant som arbeider ute i hjemmetjenesten reflekterte rundt bistanden til yngre versus eldre brukere:

Jeg vil jo tro at når det kommer rent sånt fysisk, at der er det på en måte lettere å dele det likt. Fordi kan man ikke vaske seg, så kan man ikke vaske seg. Men kanskje vi har lettere for å heve standarden, at den gamle skal dusje en gang i uken, så for en bruker på 25, så ville du kanskje synes at det var helt utenkelig, at han skulle gjøre det.

Ja, altså nå har jo vi ikke så mange yngre brukere, men vi har jo diskutert på kontoret for eksempel tildeling av praktisk bistand i hjemmene, og at de eldre ville aldri ha fått den mengden som de yngre får. Vi har også diskutert hvorfor det er sånn, og skulle man tildele tjenesten i en sånn mengde til de eldre, så ville det ikke vært det behovet for sykehjemsplasser. Hadde vi gått så kraftig inn og hjulpet dem så mye som enkelte av de yngre får.

Intervjuer: *Hva er det slags type hjelp?*

Informant: *Det kan være sånn ... Standard som de eldre får tildelt, – husvask for eksempel. Og så er det gjerne en og en halv time hver tredje uke. Mens vi har yngre brukere som vi på en måte ikke anser er noe dårligere i funksjon enn mange eldre, som har en time i uken, der vi stusser på hvorfor er det sånn liksom. Hvorfor er det mer akseptabelt at en gammel person vasser rundt i et skittent hus enn at en yngre gjør det?/.../ Da er det egentlig en generell endring på gli, at det er på en måte den gamle sorten eldre som synes det er ok med så sjelden dusjing for eksempel. Mens den nye generasjonen eldre, de synes ikke det er ok, for de har noen standarder i fra før av.*

Ja yngre brukere, der har vi mer at det er partneren som gjerne stiller krav. Da snakker vi om dem under 67 år. Der har vi jo også noen tilfeller med veldig sterke pårørende. Men når det er yngre, så er det jo en forskjell der – eldre de kan gjerne få hjelp i hjemmet, de kan gjerne ha bleiepakken liggende i stuen, hvor etisk riktig nå det er. Men av de yngre pasientene, så er det ikke det institusjonspreget i hjemmet. Der han man kanskje de hjelpemidlene, bleiepakker og sanne ting, det har man kanskje stående på et rom. Sånn at det ikke er så synlig. Det har jeg i hvert fall sett på og tenkt på, at det er litt forskjell der.

Både ved at yngre brukere og deres pårørende stiller krav til standarden på tjenestene, får denne gruppen mer bistand enn eldre. I en beregning av behovet for arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren er det lagt inn at krav om høyere standard på tjenestene er noe som kan forventes fremover (Langset 2006).

Hos yngre oppfattes det dessuten som viktig å opprettholde hjemmet som et vanlig hjem, mens dette ikke blir vektlagt i samme grad hos eldre. Hjemmet er en symbolsk sone og hjemmet får større betydning når størstedelen av døgnet tilbringes der. Hjelpemidler, medisinsk- og pleiutstyr i oppholdsrom uttrykker ikke et selvstendig liv (Thorsen 2008).

Naturlig med innhold i dagen

En uttalt målsetting er at yngre ikke skal bo på sykehjem så fremt det er mulig å unngå (St.meld. nr. 25). Alle tre kommunene har etablert bokollektiv eller omsorgsboliger for yngre personer med omfattende bistandsbehov hvor de bor permanent i egne leiligheter. Til slike boliger er knyttet fast hjemmetjenestepersonell og beboerne forholder seg til et begrenset antall tjenesteutøvere. Dette gir grunnlag for at tjenestene kan utøves enhetlig og målrettet til den enkelte bruker. I bokollektiv er det alltid personale til stede, i alle fall på dagtid, og tjenesteutøverne tilstreber å være tilgjengelig med hjelp for at brukerne skal kunne leve så «normalt» som mulig. Andre yngre bor alene i egen bolig og hjemmetjenestens utetjeneste tilstreber også å gi dem de tjenester de har behov for.

... Vi har noen yngre, men ikke så ... men vi ser at de tar tid i fra personalet, det er mye å gjøre i forhold til dem, de har andre utfordringer enn det de eldre har, ja ...

... Mens de eldre trenger på en måte bare dagliglivets gjøremål, så trenger de yngre mye mer et innhold, altså å være med på å tilrettelegge innholdet.

Fritidsaktiviteter om ettermiddagene, de [yngre] trenger ofte hjelp og tilrettelegging på andre måter [enn eldre], og de er oppe lengre på kveldene, det er en del

Materialet tyder på at informantene identifiserer seg med de yngre brukerne. Det blir påpekt at det er sentralt å bruke skjønn når det gjelder de yngre, eksempelvis er det viktig for de yngre å føle seg fri, ha en meningsfylt hverdag, det er naturlig at de kan komme seg ut, se på TV og legge seg når det passer dem.

Vi har også noen som er på skole for eksempel, og skal prøve å få arbeid og. Så de får jo også litt mer ressurser igjen enn andre som ikke trenger så mye hjelp...

Mens de yngre, så er det i forhold til jobb, altså du ... de skal noe videre, de vil gjøre noe med livene sine. Det er i forhold til utdanning, og jobb, og de vil dra og handle sjøl, og de vil ... ja, de vil på en måte være mye mer deltagende, på en annen måte enn det de eldre vil.

Jeg tenker sånn i forhold til personer som jeg har ansvar for /.../, det levde liv er jo noe kortere enn det livet som man regner med å leve, og derfor er utfordringene å tenke både kortsiktig og langsiktig samtidig. De målene vi setter, de må være samsvarende mellom konstruktiv lov og positive mål, med all aktivitet og alt. Og det er jo en gruppe som er veldig tidsorientert, og de har pårørende som også passer på at sine får riktig hjelp, og det er jo veldig bra, men det er jo en utfordring å stå i det. /.../ Og jeg synes det er veldig bra at yngre personer får tjeneste av en egen gruppe, fordi yngre personer har noen andre typer behov, og det er jo begrunnet med at en 18-åring har kanskje behov for å være på kafé og gå på kino, og være avhengig av hjelp, enn å passe på alt det praktiske rundt seg, og alt skal være bra og sanne ting.

... så har vi de yngre som kanskje ikke har fått sin partner, hvis de har medfødte ting, eller ... Ikke det, at de kan og ... Men de skal være selvstendige. De flytter i fra foreldrene sine for å bo i sitt eget, de skal ha kontroll over sin hverdag, og har kanskje ikke så mange pårørende bestandig som kan gjøre ... Det vil heller bruke hjemmetjenesten, for å være selvstendige overfor familien sin.

Det er gjennomgående i materialet at det tilstrebes å gi hjemmeboende yngre brukere med store bistandsbehov den hjelpen de trenger for å kunne bo utenfor institusjon og leve et selvstendig liv. Til grunn for den skønnsmessige vurderingen av hva denne brukergruppen trenger av bistand, ligger en sammenligning med funksjonsfriske på samme alder.

Tilpasset hjelp – personlig assistent og støttekontakt

Sosialtjenestelovens § 4-3 lyder: «De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2», og sistnevnte bestemmelse omfatter blant annet brukerstyrt personlig assistent og støttekontakt. Disse formene for praktisk hjelp er ut ifra vårt materiale en ordning en del yngre brukere har, og som informantene mener flere yngre kunne ha god nytte av. Den personlige assistenten kan bistå med mange oppgaver som hjemmetjenesten nå utfører, og med denne hjelpen kan brukeren i stor grad selv bestemme hvordan tjenestene skal ytes.

... det hadde vært en mye bedre tjeneste, hadde de kunne hatt litt mer brukerstyrte personlige assistenter. Fordi at de kunne vært litt herre over sin egen dag, sine egne arbeidstider, når tid de enkelte trenger den hjelpen, og kunne hatt litt mer kontroll sjøl over det. I stedet for en hjemmetjeneste som de må tilpasse seg etter.

... Fordi at de kunne ha styrt mye mer sjøl, for de på en måte har en annen tjeneste, som kan hjelpe dem med fritiden og handlingen og de tingene. For jeg tror det blir mye forskjellsbehandling, for det er mye kjemi mellom pleierne og brukerne. Det er mye travelhet i hverdagen, og hvem som takler det rett og slett. For noen takler å ha litt ekstra, og faktisk likevel klarer å ta på seg det lille ekstra oppdraget som brukeren er. Og noen klarer ikke det, de har nok med sin kaoshverdag, på en måte, for de har mye annet som og skal gjøres og henges på knaggen. Det er også de yngre som får støttekontakt.

Det er en utfordring å finne støttekontakt til brukere, noe informantene begrunner med svært dårlig betaling og at det er viktig bruker og støttekontakt finner seg vel til rette med hverandre.

... De nye brukerne får andre tjenester som privat avlastning eller støttekontakt, eller tilbud om å for eksempel grønn omsorg eller sånne ting. Men det er en stor økning, og den ser ut for å bare bli enda større. Men det kommer stadig nye søknader inn, så det er en stor utfordring.

Det som er vanskeligst med det med hele støttekontaktordningen, én ting er jo å få vedtaket i orden, men det er jo å ha en person som kan gjøre det. Hvis kommunen skal ordne noen, så kan det gå lang tid før noen får det. Og det sies vel også at de anbefaler liksom ikke at det er noen nære pårørende som skal ta den oppgaven. Men hvis de nå i det hele tatt skal kunne få den tjenesten, så er det gjerne det det blir. Et barnebarn, eller en yngre nabo som tar den oppgaven. Så det er det å finne personen, som kan være utfordringen.

Materialet vårt er i tråd med statistikk over hvem som har brukerstyrt personlig assistent. Bare én av ti mottakere er over 67 år (Gabrielsen 2011). Dette er et forhold vi kommer tilbake til senere.

Kreftdiagnose legitimerer mye bistand

Når yngre personer har kreft og trenger hjelp eller ønsker å komme hjem for å dø, gir informantene uttrykk for at hjemmetjenesten ønsker å bidra maksimalt. Siden årtusenskiftet har hver helseregion hatt kompetansesenter for lindrende behandling og disse har bidratt med kunnskap om lindrende behandling til sykehus og kommuner i regionen (<http://www.unn.no/category10326.html>). Målet er at det skal gis best mulig behandling der pasienten til enhver tid ønsker å være (NOU 1999:2). En del av ny nasjonal kreftstrategi er vektlegging av kompetanse og kapasitet til å følge opp pasienter i omsorgstjenesten

(St.meld. nr. 25). Når kommunehelsetjenesten får ansvar for syke pasienter, skal de palliative teamene ved de enkelte sykehus være en ressurs ved tilrettelegging av tjenestetilbud.

... og det blir jo mye oppfølging, i hvert fall en periode, med veiledning, informasjon og samtaler. Så endres jo tingene underveis, og kanskje noen ganger så er jeg inne med samtaler i forbindelse med en som har nyoppdaget kreft, så går de til behandling og så blir de friske, og så blir jo vedtaket opphevet da. Så har du den andre biten, hvor vi forventer at de blir bare dårligere og dårligere. Og da prøver man jo å vurdere underveis, ikke sant, og gjøre endringer i forhold til behov. Og der hvor vi må sette inn ekstra ressurser, så blir jo det på en måte dokumentert og synliggjort, at her må vi inn med mer hjelp, blir det døgnvakt, eller er det nattjeneste eller ...

Du siler jo ut, jeg kan jo gjerne hjelpe folk, som kreftsykepleier, for jeg vet jo det blir så mange praktiske ting å ordne opp i, som de kunne ha gjort sjøl. Men du vet at det brukes mye tid og ressurser på det, de er syke, alvorlig syke, så du vil jo gjerne hjelpe dem. Du vil gjerne ta en telefon hit og dit, du vil gjerne gjøre det. Mens en annen gruppe, så vet du godt at denne brukeren kunne godt ha gjort de tingene sjøl, og det tror jeg er viktig for oss å se, å se forskjellene på brukerne.

... Men jeg har jo mange ganger spekulert på det at det kjøres enormt med ressurser til kreftpasienter. Det er jo en del kreftpasienter. Enn med de som har en annen dødelig sykdom? Altså, det er forskjell, det er det, faktisk. Men jeg tenker og det er så mye følelser knyttet opp rundt det her mot kreft. Det er mye angst rundt det, den tematikken. Og det gjør også noe med kanskje folk som skal tildele tjenester, det heves opp på nasjonalt plan, det er mye ressurser i sving rundt det her med kreft, men vi hører jo veldig lite om det i forhold til demens for eksempel.

... Jeg tenker det som har vært til nå, det har jo vært for eksempel når kreftpasienter har kommet ut, og hvis det har vært behov for tilrettelegging, så har det vært hastesaker, så da må vi ta det med en gang, så vi må være fleksibel og kunne gå inn der med en gang.

Tilretteleggingen for at yngre med kreft eller andre alvorlige sykdommer kan tilbringe tid hjemme i siste livsfase blir gitt med henvisning til sosiale forhold og forståelse for deres situasjon. Som en følge av den nasjonale kreftstrategien kan fokus på bistand til personer med kreft ha ført til en forfordeling av hjelp til disse brukerne i forhold til andre som har dødelig sykdom.

Siden omfattende tilrettelegging for å dø hjemme ikke synes å inkludere eldre, kan et slikt valg være uttrykk for aldersdiskriminering. Kostnadene til pleie og behandling i de siste fire månedene av livet er høyere for yngre eldre enn eldre, og de aller eldste dør billigst (Sletvold, Materstvedt og Klepstad 2010). Med andre ord synes det ikke som sykdom med dødelig utgang oppfattes som like dramatisk når pasienten er eldre som når vedkommende er yngre.

4.2.3 Forskjellsbehandling er både ikke-intendert og legitimt

I materialet kommer det fram at eldre brukere er skrøpelige og trenger mye tilrettelegging og hjelp for å kunne komme ut av hjemmet eller på annet vis etablere mer sosial kontakt. Mange eldre er sosialt isolerte og ensomme, men det blir ikke iverksatt omfattende tiltak i samme grad som for yngre for å bistå slik at eldre får mer kontakt med andre. Begrunnelse er at de er slitne og har begrensede behov. Altså er

det en stereotyp oppfatning av hvilke behov eldre har, og ikke et faglig skjønn, som ligger til grunn for vurdering av den enkelte eldre sin situasjon. Høy alder og svekket helse er ikke begrunnelse for særegne hjelpetiltak til eldre. Det må føyes til at en ung og en eldre person med tilsynelatende samme funksjonshemming er forskjellige ut fra at de begge er sosiale og biologiske vesener som blant annet er preget av livet de har levd, sin situasjon og anatomiske og fysiologiske forandringer. Derfor vil sannsynligvis ikke en yngre og en eldre person med samme funksjonsnivå ha like bistandsbehov.

Hjemmetjenesten er i en nøkkelposisjon vis á vis brukerne, det er de som har regelmessig kontakt med brukerne og er den gruppen som kan fange opp hva slags bistandsbehov den enkelte bruker til enhver tid har. Tjenesteyterne gjør kontinuerlig skønnsmessige vurderinger og tilpasser hjelpen ut fra brukerens individuelle situasjon og dagsform. De skal ta seg av den daglige generelle mobiliseringen av brukerne, samt følge opp mer spesifikke tiltak som rehabiliteringstjenesten initierer. Rehabiliteringsenheten har mer begrensede ressurser og bistår sjelden den enkelte bruker daglig. Informantene fra hjemmetjenesten mener seg i ulik grad å være kompetente til å utføre bistanden slik at den fungerer mobiliserende og/eller initiere bruker til egen aktivitet. Funksjonssvekkelse hos eldre som skyldes sykdom kan unndra seg oppmerksomhet, et ytterligere forhold som bevirker skjevfordeling av bistand mellom yngre og eldre brukere. Det kan stilles spørsmål ved personalet i hjemmetjenesten sin generelle kompetanse til å vurdere hvorvidt bruker har behov for ytterligere bistand med mål å bli mer funksjonsdyktig, aktiv og selvhjulpen, selv om det i en lærebok i sykepleie påpekes at en viktig del av sykepleieutøvelsen i hjemmet er å bidra til et tilpasset rehabiliteringsopplegg (Birkeland og Flovik 2011). Vår analyse av materialet viser at bistand gitt fra de to enhetene ikke synes å være innrettet mot samme mål. Mange forhold kan spille inn, og et av flere forhold er at kunnskapsgrunnlaget for skønnsutøvelse når det gjelder brukers funksjon er forskjellig i de to enhetene.

Vårt materiale demonstrerer kategorisering av brukerne i aldersgrupper. Vi mener dette står i et spenningsforhold til sosialtjenestelovens overordnede formål om likebehandling og individualisert hjelp. Studien viser at alder legitimerer en positiv forskjellsbehandling av yngre brukere, altså at yngre brukere får mer bistand enn eldre.

4.3 Organisering av hjemmetjenestene

Vedtak skal gis i henhold til lover og nasjonale retningslinjer, slik vi tidligere har vist, samtidig som det må utformes innenfor en formell organisatorisk struktur, der fordeling av ansvar, samt organisering og krav til standardisering av arbeidet utgjør viktige normer (Kirchhoff 2010:50).

Alle de tre kommunene som inngår i utvalget er organisert etter en tonivåmodell og dessuten organisert i henhold til en bestiller-utførermodell. Det betyr at informantene var knyttet til ulike og strengt adskilte enheter der enhets- eller virksomhetsleder har resultatansvar og rapporterer til rådmannen, for eksempel ved kommunalsjef. En bestiller-utførermodell kan imidlertid organiseres (operasjonaliseres) på ulike måter, omtalt som en «hard» eller «myk» operasjonalisering av modellen (Vabø 2001, Vabø 2003, Kirchhoff 2010).

4.3.1 Tydelige vedtak eller selvstendighet i utøvelsen

Informantene i hjemmetjenesten syns, som tidligere nevnt, at de får til endringer av vedtakene. De ser det som den enkeltes yrkesutøvers plikt «å ta tak i det», og de syns de får gjennomslag når de ser behov og kan argumentere for det.

Så jeg synes det er blitt mye bedre i forhold til vedtak. Og den faglige friheten vi på arbeidsplassen har fått, i forhold til kartlegging, varsle, og gjøre noe med det.

I én kommune ble denne type vedtak omtalt som «åpne» og måtte i følge flere av våre informanter også være det, for det er jo de «som kjenner brukerne».

Dette er en praksis som tyder på «myk» operasjonalisering av bestiller-utførermodellen. I en «hard» operasjonalisering av modellen er relasjonen mellom bestiller- og utførerenheten sterkt formalisert og bestillerenheten søker kontroll over tjenestene ved hjelp av standardiserte bestillinger. En konsekvens er at de ansatte i utførerenheten må forholde seg til rigide bestillinger i form av spesifiserte vedtak (der det er tydelig angitt hva tjenesteyter skal gjøre i møte med brukeren) og som setter utførernes skjønn til side (Vabø 2001, Vabø 2003, Kirchhoff 2010). En myk operasjonalisering innebærer at kontakten i mindre grad operasjonaliseres av formelle regler. Den er kjennetegnet av at brukerens behov anerkjennes, og dermed utløser vedtak om nødvendig helsehjelp. Arbeidet som var nødvendig for å møte behovene kunne derimot defineres av den som skulle utøve hjelpen. Det vil si at skjønn til organisasjonens representant, det vil si arbeidstakernes forståelse av brukerens behov, påvirket forvaltningen av ressurser. Kontrakten er utgangspunkt for dialog mellom enhetene og medfører at man tilpasser og modifiserer bestillingene i forhold til kapasiteten hos utførerenheten. En «myk» operasjonalisering av modellen innebærer samtidig en desentralisering av ansvaret – og et utvidet formelt handlingsrom for utøverne (Kirchhoff 2010: 58-59).

Våre informanter opplevde at de hadde et handlingsrom og de var gjennomgående fornøyd med å arbeide etter «åpne vedtak». De syns de får (må) gjøre egne observasjoner og vurderinger og de får gi tiltak ut fra ulike sykdommer og sykdomsbilder. De beskrev sin arbeidssituasjon som selvstendig og de brukte ord som «faglig frihet» og «faglig skjønn». Ja, at det i grunnen var derfor de arbeidet i hjemmetjenesten, fordi de «*liker mangfoldet, og alle de forskjellige utfordringene*» de står i.

I en intervjuundersøkelse av sykepleiere ansatt i hjemmetjenesten, ble arbeidet omtalt som mer variert, selvstendig og mindre rutinebasert enn arbeidet i institusjon. Arbeidet med pasienter i deres hjemmesituasjon og på brukernes premisser, ble omtalt som «berikende». Sykepleierne viste dessuten god trivsel og kunne ikke tenke seg annet arbeid (Hofstad og Norvoll 2003:65).

Lignende oppfatninger blant høgskoleutdannet personale er beskrevet av Kirchhoff. Han påviser dessuten en tydelig sammenheng mellom kommuner med «myk» operasjonalisering av bestiller-utførermodellen og trivsel i arbeidet. Der utøverne opplevde at de hadde et visst handlingsrom og selvstendighet til å foreta valg ut fra egne vurderinger av brukernes tilstand, hadde de i all hovedsak også en positiv opplevelse av arbeidet (Kirchhoff 2010:114,119).

Denne type organisering av kommunale tjenester, det vil si en modell der de utførende enhetene tillegges ansvar for å definere både omfanget og innholdet i tjenestene, er, i følge Kirchhoff, ikke uten problemer for utøverne. Modellen vil på den ene siden styrke utførernes autonomi og muligheten til å utføre skjønn, slik vi allerede har vist. På den andre siden fører desentralisering av ansvar til muligheten for en arbeidsintensivering, ved at utføreren selv må sette grenser for sitt arbeid (Kirchhoff 2010:59).

Forhandlinger og grensesetting var et aspekt ved arbeidet mange av våre informanter var opptatte av og fant svært utfordrende, til dels krevende og svært lite tilfredsstillende.

Ja, det er vanskelig ... det som er største utfordringer synes jeg, i vår hverdag, som jobber 100 og 120 % prosent hjemme, det å avgrense og prioritere. /.../ altså nå vet jeg at der må jeg avgrense, fordi det går jo galt med noen pasienter. Så lenge vi bare fyller på og fyller på, men det går jo galt. Så kanskje det vi bør lære da, det er å avgrense og prioritere, og hva som er best for det mennesket.

At pasienten er blitt «bruker» og har tydelige forventninger, krever at tjenesteutøverne er veldig «oppe og går faglig sett /.../ og på en måte har en veldig tydelighet i sine oppgaver, og er veldig avgrenset i det.»

Det er den enkelte utøver stilt overfor den enkelte bruker eller pårørende som daglig konfronteres med denne type utfordringer. Hver enkelt bruker har imidlertid mange å forholde seg til.

4.3.2 Det er mange utøvere i sving

Ut fra vårt materiale kan en bruker ha fire besøk i løpet av en dag, på det meste, to ganger på dagen og to ganger om ettermiddagen. Da kan det i løpet av en dag være tre, kanskje fire forskjellige personer innom en pasient, i verste fall.

Og da kan det skje at «enkelte tar det svakeste leddet i personalrekken», og at de blir konfrontert med utsagn som at «dere er her for å hjelpe oss, de andre bruker å hjelpe».

I utgangspunktet kan det faktisk være 28 forskjellige, på ei uke. Men nå er vi jo ikke så mange ansatte som 28 da, så det er nok noen som hadde blitt å kommet innom flere ganger, men ...

Det er «et stort apparat å få alle til å gå i samme retning».

Informantene synes de har mange flinke assistenter og ufaglærte som «gjør en utrolig flott jobb», men utfordringen er at det er blitt så mange flere forskjellige yrkesutøvere rundt den enkelte brukere, at mange har forskjellig bakgrunn og at det eksisterer så mange ulike synspunkter blant utøverne.

Det er for eksempel vanskelig å opprettholde målsettingen om at brukeren skal bli mest mulig selvhjelpen. Mange assistenter og faglærte har ikke lært å vurdere hva en skal forvente av den enkelte bruker eller hvilke ressurser den enkelte bruker har.

Hva slags observasjoner kan man gjøre, hva kan man få de selv til å gjøre. Og selv komplekse sykdomsbilder – man har kanskje noen som har vært og stelt et sår, men hvorfor har de det såret? Jo, det har jo svikt i flere organer, pga. ødemer ... Men når man ser det såret, så drar man hjem.

De mener også at assistenter med minoritetsbakgrunn, innvandrere, kan ha en helt annen synsvinkel eller serviceorientering enn «vi med den rehabiliterende biten», og ofte fremmer en holdning om at «ja stakkars deg, jeg kan hjelpe deg.»

Forhandlinger med brukere og pårørende, prioritering og grensesetting hører med til dagens orden. Det er alminnelig enighet om at den enkelte tjenesteyter har et stort ansvar, både for innholdet i tjenestetilbudet, å spille på lag med brukeren og å sette grenser for omfanget av tjenestetilbudet. De er ikke av

den oppfatning at klarere vedtak er veien å gå. Det er jo utøverne som kjenner brukerne best, og kvaliteten og arbeidsgleden ligger i å kunne tilpasse tjenesten til den enkelte bruker. Men hvis alle tilpasser arbeidet på sin måte oppstår problemer.

4.3.3 Fra vedtak til felles mål

En av de store utfordringene er at alle «er nødt for å være lojale mot det samme målet. Og så oppdager man at noen jobber på noe helt annet.»

Ønsket om å arbeide mot felles mål er noe flere av informantene er inne på og som de forsøker å løse på ulike måter.

Det jeg har savnet litt i denne tjenesten den siste tiden, jeg har også tatt det opp på rapport, men jeg vet ikke om det når fram, det er det her at vi skal gjøre ting enhetlig mot pasienter.

Altså, du må jobbe målrettet, selv om vi alle er forskjellige på jobb. Men felles linje må vi kjøre uansett. Hvis det er samkjørt med lov, med pasientens tilstand, og hele arbeidsgruppen, altså faglig.

Samtidig som du har primæransvaret for pasienten, og du må stole på den arbeidsgruppen selv om den er ufaglært, eller fagperson, når du kjører felles linje eller prosedyre, ikke sant?

Problemer med å arbeide målrettet og å ha «en felles linje» ble ikke bare relatert til travelhet, men også forklart med at de «jobber alle forskjellig» og at det var noe de «burde tenke på».

Nettopp det at hjelpen blir utført av enkeltpersoner hjemme hos den enkelte bruker, er i tilsynsrapporter beskrevet som en organisering som stiller store krav til personellens årvåkenhet, vurderingsevne og selvstendighet. Det krever at personellet ikke må oppleve å bli overlatt til seg selv med hensyn til hvordan de skal løse oppgavene og ivareta brukernes behov på en forsvarlig måte (Rapport Helsetilsynet 5/2011:47).

At den enkelte tjenesteutøver ikke skal overlates til seg selv, er en viktig ambisjon som mange av våre informanter deler. Det stiller krav til hvordan arbeidet blir fordelt og det krever kommunikasjon mellom et stort antall utøvere med forskjellig bakgrunn.

Jeg tenker det er viktig når man har så mange forskjellige omsorgspersoner med forskjellig bakgrunn, så er det viktig hvordan man fordeler jobben, hvem som går til hvem.

Hvem som går til de sykeste. Man trenger ikke å sende en assistent til den sykeste, hvor det er mye som skal observeres og følges opp. Sånn at det er jo akkurat å finne ut hvor er det viktig at vi ... ja, hvem er det viktigst å prioritere. Noen trenger kanskje mindre oppfølging enn andre.

Det er også viktig at de som kjenner brukerne best, har et overordnet ansvar med hvordan arbeidet skal fordeles.

Nå vet jeg jo ikke hvordan det er i forhold til den nye listen vi har laget, men sånn som det var før. Det var andre som satt og fordelte jobben, /.../og det ble jo ofte ikke fordelt slik at sykepleierne eller hjelpepleierne gikk til de som hadde behov for det.

Deltidsstillinger gir dessuten uforholdsmessig mange å forholde seg til både for brukere og kollegaer.

Så tror jeg du har masse effekt med å få minst mulig småstillinger, både i forhold til sykefravær og i forhold til oppfølging og kvalitet til tjenester. For det er mer kvalitet på brukerstøtte, du får et større engasjement og tilhørighet, ingen tvil om det, i større stillinger.

Det tror jeg vi har innenfor vår virksomhet i det store og det hele, vi har det ganske klart hvem som har ansvar og hvordan man skal utføre oppgaver. Og oppgaver kan delegeres, men ikke ansvar, sånne ting. For det er vi nødt å ha når vi har den fagsammensetningen som vi har. Og jeg har også en god del assistenter, men det er jo stort sett i helgene.

Problemet er ikke bare at de «har fått flere ufaglærte inn», men også at «fagstillingene har liksom ikke økt i takt, det ser vi jo veldig godt».

Det er klart at overvekten, i hvert fall for hjemmebasert, med assistenter – er veldig stor altså.

4.3.4 Skriftlig dokumentasjon og stille rapport

Antallet utøvere stiller store krav til dokumentasjon og kommunikasjon mellom utøverne. Elektroniske dokumentasjonsformer var innført i alle kommunene som inngikk i undersøkelsen. De som var mest fortrolig med å bruke dem, var gjennomgående også svært fornøyd med å ha tatt det i bruk. Det elektroniske verktøyet de bruker i kommunene ble omtalt som «et ypperlig verktøy nå som heter Profil» eller at «den her profilen» den er de veldig fornøyd med nå eller at det er «kjempeslott med Profilsystemet».

Bruken, eller hvor fortrolig de var med å bruke dette systemet, fremstår imidlertid som noe forskjellig blant informantene. Noen av informanten sier at de går bare «inn og haker ut på prioriteter» og at det fine da er at de kan ta ut «bare prioriteten». Hvis det er endringer til det verre eller bedre, så kan de ta ut «bare de rapportene».

Det som går jevnt hver dag, det samme, det er jo greit. Men det er jo de endringene som er noe å legge merke til, de kan du plukke ut.

Noen av informanter mener at systemet kunne utnyttes bedre, for eksempel ved å bruke pasientkardex, som allerede er opprettet på hver eneste pasient, og i den kunne de «tatt og skrevet en sånn liste over at sånn gjør vi hos den pasienten som står der på første side, for da kommer vi ikke til det at vi gjør ting forskjellig».

De har opplevd spørsmål på rapporter om hvor lenge en bruker skal ha øyendråper, og om ikke behandlingen skulle ha vært avsluttet for lenge siden. Eller spørsmål om en bruker som «blir hjulpet opp fra do selv om han klarer det sjøl». Slike ting mener de burde ha vært skrevet ned «at sånn gjør vi hos den pasienten». Hun legger imidlertid til at det forutsetter at man reviderer planene når behovet blir endret.

For det går jo på vi som går turnus, vi har dager vi har hatt fri, det kan ha skjedd mye på de fire dagene vi har vært borte.

Profil blir omtalt som et godt verktøy. Informantene ser muligheter med dokumentasjonssystemet, også der det fortsatt ikke er godt nok utnyttet. Noen av de som er vant til å bruke det, ser imidlertid også problemer med hvordan de skal klare å utnytte mulighetene.

Jeg ser når jeg f.eks. er på natt, da har jeg tid til å se på profilen på en pasient, og så gjerne se litt tilbake på kardex, hva er det som har skjedd med den pasienten, som både kan ha verne-

pleie og ergoterapi, at man lærer litt om pasienten. Og som jeg sier, at på natten har vi tid til å se litt på det hjelpemidlet. Og hvis man blir flinkere til å bruke det – tidligere så hadde vi en kardex /.../. Nå er det samlet i ett system, så det er mye lettere for oss å følge opp pasienten på den måten. Men på dag, så tror jeg kanskje ikke det er tid å gjøre det.

Det er også eksempler på avdelinger som fortsatt ikke har innført Profil.

Noen dokumenterer i hjemmjournaler, noen i kardex, noen inne i elektronisk pasientjournal, det er klart du får feilkilder, når du har tre plasser du skal sjekke. Jeg har dokumentert det, men hvor har du dokumenter det? Jeg har skrevet det i hjemmjournalen – men vi skal ikke bruke hjemmjournalen, du skal bruke Profil.

I tilsynsrapporter som omhandler den kommunale helse- og sosialtjenesten, er det rapportert store mangler både når det gjelder tydelig ansvars- og oppgavefordeling, bruk av dokumentasjonssystem og at dokumentasjonen er spredd på ulike steder. Det fremheves som viktig å sikre at alle involverte til enhver tid vet hvilke tiltak som er planlagt, gjennomført, evaluert og eventuelt justert. Det krever at alle involverte har tilgang til den samme informasjon. Hvis ikke er det stor sannsynlighet for at hjelpen ikke blir gitt som planlagt og at effekten av tiltakene blir dårligere. Tilstrekkelig opplæring og gode systemer for dokumentasjon samt nødvendige føringer for hvordan oppgaver skal gjennomføres er en av flere tiltak som nevnes (Rapport Helsetilsynet 5/2011:33,47).

Men utfordringen er stor. Det er uten tvil et stort antall ansatte i sving hos den enkelte bruker og dessuten et stort antall personer med varierende faglig, sosial og kulturell bakgrunn ansatt i denne tjenesten. I 2007 hadde 8,5 prosent av sysselsatte i pleie- og omsorgssektoren innvandrerbakgrunn, det vil si de var enten innvandrere selv eller norskfødt med innvandrereforeldre. Antall deltidsstillinger er høyt og personell uten helsefaglig utdanning utgjør en viktig del av arbeidsstokken i kommunene (Kjelvik 2011, Rapport Helsetilsynet, 5/2011). Dette er hverdagen i store deler av kommunehelsetjenesten.

Spørsmålet er derfor hvordan klare å gi «nødvendig føringer for hvordan oppgavene skal gjennomføres» eller å innfri kravene om tilstrekkelig opplæring og gode systemer for dokumentasjon eller å sikre at «alle involverte til enhver tid vet hvilke tiltak som er planlagt, gjennomført, evaluert og eventuelt justert». Det er neppe tilstrekkelig at alle har samme tilgang til den samme informasjon og at informasjonen til en hver tid er oppdatert. Det er en av flere forutsetninger. Informasjon er ikke det samme som kunnskap og kompetanse, og det krever kvalifikasjoner å lese og fortolke informasjon.

En gruppe var opptatt av å lage gode pleieplaner, og ikke bare skrive hva som skal gjøres, men hvorfor.

Vi legger en del arbeid i å lage gode pleieplaner som skal være lette å forstå for hver og en, og der man kanskje også skriver litt om hvorfor de tingene skal gjøres, ikke bare at de skal gjøres.

Helsepersonell som yter helsetjenester på selvstendig grunnlag har plikt til dokumentasjon, også av den løpende tjenesteytingen. Dokumentasjonen skal omhandle observasjoner, vurderinger, beslutninger og iverksatte tiltak. Dokumentasjonen skal også bidra til å tydeliggjøre formål og målsetning med tjenestetilbudet for de som gir hjelp og tjenester, og den skal bidra til å kvalitetssikre tjenestetilbudet (IS-1040:64).

Alle som er involvert i å gi disse tjenestene må derfor både selv dokumentere og de må gjøre seg kjent med hva som er dokumentert i forhold til den enkelte bruker. Det kan skje ved at den enkelte tjenesteyter selv leser hva som står i rapportene, såkalt stille rapport, og det kan skje gjennom muntlig rapport. Det er reist kritikk mot muntlig rapport for å være tidkrevende, varierende i innhold og form og at den

kan bidra til at de skriftlige dokumentasjonsformene ikke får den oppmerksomhet som er påkrevet. En evaluering i en sykehusavdeling som gikk over fra å bruke både muntlige og skriftlige rapporteringsformer til kun å bruke «stille rapport», viste større bruk av skriftlig dokumentasjon, sykepleieplaner av bedre kvalitet og med mer presise formuleringer, mindre tidsbruk og større tilfredshet blant sykepleiere. Resultatene er beskrevet som sammenfallende med andre forskningsresultater (Solvang 2005). Det må presiseres at den nevnte undersøkelsen er utført i en sykehusavdeling og kun med sykepleiere som informanter. Sammensetningen av personale ser annerledes ut i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Sammensetningen av personale er ikke tema i en definisjon fra Nasjonalt digitalt læringscenter (2011). Der heter det: «Stille rapport er en skriftlig rapport om pasientene, lest uforstyrret i vaktskiftet av de som kommer på neste vakt». Muntlig rapport i tradisjonell forstand blir samme sted betegnet som overflødig, og at kun «praktiske opplysninger, arrangementer og lignende blir nødvendig muntlig supplement».

Den siste påstanden er ikke i samsvar med de erfaringene våre informanter kan vise til.

Mange av informantene er opptatt av å utvikle god skriftlig dokumentasjon og noen av informantene ser at dette er dokumentasjonsformer som kan og må forbedres.

En bevisst arbeidsfordeling som tar hensyn til brukernes tilstand og behov, gode pleieplaner, informasjon og gode rutiner for dokumentasjon, er viktige bidrag for å opprettholde kontinuitet og kvalitet i tjenesten. Det går likevel tydelig frem av vårt materiale at dette er ordninger som ikke kan kompensere for de utfordringene vi så langt har skissert, men må suppleres med andre ordninger.

Det er også interessant at de samme informantene som er mest opptatt av å ha gode rutiner for skriftlig dokumentasjon, og mener at de har utviklet gode pleieplaner, der de «også skriver litt om hvorfor de tingene som skal gjøres», likevel er svært opptatt av å skape rom for muntlige møteplasser.

4.3.5 Felles møteplasser og muntlig rapport

I intervjuene ble betydningen av felles møteplasser, muntlig rapport og samtaler relatert til ulike sider ved virksomheten, som for eksempel ansvar, støtte, veiledning, refleksjon over holdninger og betydningen av å utvikle en felles kultur. Hensynet til assistenter og ufaglærte veier tungt.

Men uansett, den muntlige biten, du klarer ikke å komme utenom den med en stille rapport, når det kommer til assistenter og ufaglærte. Med faglærte så kan du i større grad klare det med stille rapporter. Men hjemmetjenesten er jo blitt ei gruppe med færre fagpersoner dessverre, og stadig økende assistentgruppe.

Og det er noe med at fagpersoner klarer jo bedre både avgjørelser sjøl og vurderinger og observasjoner sjøl. Men alle assistentene trenger både veiledning, hva man skal se etter, bekreftelse på det de har observert, og tips om hvordan de kan løse ting. Fordi at de har ikke noen utdanning, de har ikke noen erfaring på hvordan man skal gjøre det. Sånn at ... Og det klarer du ikke å gi hvis du ikke har de rapportene, eller samtalene. Og av og til holder det at to stykker sitter og prater om en sak.

Å vite hva som skal observeres blir omtalt som en stor utfordring for mange, og da er det heller ikke så lett å vite hva som skal dokumenteres og hvordan det skal gjøres. Skriftlig dokumentasjon er også noe som krever øvelse, opplæring og utdanning.

Og det er mange assistenter som aldri har lært hva som er viktig å dokumentere egentlig /.../ og det er ikke alle som vet hva de skal skriftliggjøre.

De skriver bare at brukeren «har fått etter pleieplanen». Altså klarer de ikke å gjøre observasjoner før man sitter og har en samtale. Og så ja, men det så jeg! Det er da du får opp de gode rapportene, det er det muntlige. Og så kan man selvfølgelig diskutere om alle dagene trenger å være like, og om det alle dagene trenger å være like mye rapport. Men det møtet med rapporten er alfa og omega for å gi en god tjeneste, sier jeg.

Under de muntlige rapportene og i muntlige samtaler er det også mulig å diskutere holdninger.

Informant 1: *Og det er jo noen som også har veldig lyst til å bli vasket, fra A til Å.*

Informant 2: *Det er jo veldig opp til pleieren, hvor OBS du er på det ...*

Intervjuer: *Det høres ut som dere er veldig klare på det, men er det noe som er gjennomgående i miljøet?*

Informant 2: *Vi prater mye om det, ja. Og vi har jo rapporter hver dag, og der går vi jo gjennom, og så informerer man hverandre.*

Og en av informantene legger til at de «på en måte prøver å hjelpe litt hverandre, at vi blir oppmerksomme på dem».

Ansaret oppleves som stort for den som selv har utdanning, og som har et større formelt ansvar.

Og jeg kjenner jo i kommunen nå at det er et kjempestort ansvar som ligger hos de med utdanning, både for å veilede også, i forhold til holdninger.

Altså, jeg måtte lære alle mine, det er ikke derfor du nekter han hjelp, du motiverer han til å reise seg opp. Det er to forskjellige ting.

For når det er mange assistenter og mange ufaglærte, sprer det seg sånne rare holdninger som ... Jeg tenker de som har utdanning, for man har gått mange år på skole, og man lærer jo noe der tenker jeg. Det er jo litt forskjell på en som har utdanning eller ikke. Det ville ikke være noen vits å ta utdanningen hvis ikke, ikke sant? Ja, og jeg tenker at det blir en ganske stor utfordring, eller et ganske stort ansvar å fange opp og veilede, og prøve å ta tak i de holdningene.

Jeg oppfatter det sånn at vi prater om det, og så er vi enige om at her må vi gjøre det likt, fordi at det ikke skal bli sånn «de snille» og «de gode», og at vi blir satt opp mot hverandre. For det at hun gjør dét og hun gjør dét, hvorfor gjør ikke du dét? Den har vi hørt mange ganger. Og så går det en tid, og så merker vi at det begynner å skli ut, og da er vi nødt å hanke det inn igjen.

Og så er vi veldig opptatte av at alle skal få lov til å utvikle seg, at alle skal få lov til å ta utfordringer så vi gir god opplæring til både assistenter og hjelpepleiere.

Noen steder har de også ansvar for studenter og syns en viktig oppgave er å bidra til å gjøre studentene trygge, for de opplever at mange er «redde for å gå ut i hjemmetjenesten» og at det er en helt annen trygghet å være på et sykehus «hvor du har så mange i ryggen». På et sykehus vet alle hva som skal gjøres.

Du vet at nå er det å henge opp ditt og henge opp datt.... Ja, og nå er vi på «gastro» eller nå er vi på «lunge», da er det spesifikt.

Jeg bruker å si til nyansatte, at du kommer til å ha en periode på noen uker hvor du føler at du har vann over hodet, men du kommer deg opp etter hvert.

De informantene som er mest opptatt av å utvikle en «felles kultur», arbeider også mye med saken og syns det er viktig at kulturen får utvikle seg. De ønsker ikke en kultur som «ikke hører på nye som kommer» og de syns for eksempel at studenter er et viktig innslag.

Men det som vi og snakker om, og det er jo spesielt i de periodene vi har sykepleierstudenter, at det skjerper oss å ha studenter.

Du går ikke på autopiloten lengre, nei.

De tvinger jo og en diskusjon med inn på rapportrommet, som gjør at det blir helt naturlige diskusjoner og refleksjoner.

De vi har rekruttert, det har ofte vært studenter som har jobbet som ekstravakt hos oss, som liker den jobben. Men de har jo på en måte vurdert om dette var stedet eller om sykehuset var stedet.

Våre informanter mener det er lettere for de faglærte å forholde seg til stille rapport og skriftlig dokumentasjon. De har lært hva de skal observere og de har større trening i skriftlig dokumentasjon, men syns likevel de står overfor store utfordringer i arbeidet som de gjerne vil diskutere med andre.

Men det som er, det er jo det der med at de faglige utfordringene er blitt så store etter hvert.

Dette er noen få som skal utføre en profesjonell jobb i et hjem med alle de utfordringene det medfører. Altså, du kommer inn på en privat arena, du skal utføre et arbeidsstykke, og du skal håndtere demente som ikke vil det. Altså blir det utfordringer folk skal utsettes for. Så vi har sånne massive ... Og dette med at flere lever lengre med sine sykdommer, vi har jo flere med alvorlig lang kommet kreft, du har folk med store slagskader ... Det er noe med det der at samfunnsutviklingen ikke er på vår side. Det er jo her på en måte støtene skulle vært gjort.

Og så er det tøft å stå i situasjoner. Føler jeg i hvert fall. Det kan være ganske tøft å på en måte være den som skal ha ansvaret. Så det er også for vår del, at vi kan ... at vi også blir servet bedre. I sånne ekstresituasjoner. For det er jo det det egentlig er. Alt kan skje, på vekten din.

Som fagperson står jeg også alene i den refleksjonen, hva gjør man med dette valget, og gir man rett råd. Man har jo ansvaret for at det man gjør og ikke gjør er galt. Jeg føler at jeg har ansvar for det jeg ikke gjør også.

Vi har ikke noen på gangen som vi kan gå og spørre hvordan var det, var det gjort i går, eller hvordan skal vi gjøre det nå. Du står alene, du står med hovedansvaret ute i felten, og det muntlige er den eneste plassen du virkelig kan få samlet litt tråder, og få snakket med de andre, få råd, og få de her spørsmålene som er akkurat det spørsmålet som trengs for at det kan være det som gjør at brukeren er blitt dårlig, for det var observert i går, og dagen før.

Som fagutøvere opplever de stort ansvar og vet at de må ta mange avgjørelser selv, men også de trenger «å bli servet bedre» og de trenger muntlige rapporter og felles møtesteder.

I Veileder for Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene nevnes utarbeidelse av «systemer for å utnytte ansattes kunnskap og erfaringer» som en del av Internkontrollforskriften (s.19). I veilederen nevnes videre behovet for målbare kjennetegn eller indikatorer for kvalitet og det stilles krav til prosedyrer eller «system av prosedyrer» og til prosedyrer for å kartlegge behov. Det anerkjennes også at den enkelte ønsker, behov og ressurser ikke kan kartlegges en gang for alle, at situasjonen kan forandres fra dag til dag for den enkelte og at det finnes subjektive indikatorer på kvalitet. Som et siste punkt nevnes arenaer for «Refleksjon og ettertanke». Behovet for arenaer for refleksjon og ettertanke er imidlertid knyttet til vanskelige etiske problemstillinger og det foreslås for eksempel av «det settes ned en gruppe som drøfter problemene før beslutningen fattes» (IS-1201: 20, 30,32, 36).

Bruk av «åpne vedtak» og muligheten til å bruke faglig skjønn og egne vurderinger ble på den ene siden vurdert som positivt og noe som ga utfordringer og trivsel i arbeidet. På den andre siden ser vi at forhandlinger om tjenestetilbudet til den enkelte utøver både var utfordrende og førte til store ulikheter i tjenestetilbudet. Skriftlige dokumentasjonsformer og gode pleieplaner ble beskrevet som viktig, krevende å bruke og fremsto ikke som en tilstrekkelig forutsetning for å håndtere de daglige utfordringene. Muntlig rapport ser ut til å være en salderingspost. Den er tid- og ressurskrevende, og manglende opplæring i hva den skal og bør anvendes til kan ha ført til at denne rapporteringsformen har blitt utsatt for kritikk.

Intervjuene ga rom for en type refleksjon over spørsmål som kunne og burde ha vært diskutert i det daglige arbeidet – og som noen så smått var begynt å tenke over selv. Det var nemlig ikke slik at de informantene som kommer fra avdelinger som syntes de kom litt til kort når det gjelder hensiktsmessig fordeling av arbeidet eller bruk av skriftlig dokumentasjon og pleieplaner, er de som er mest opptatt av å holde fast ved muntlig rapport. Det var de gruppene som mente at de allerede hadde etablert gode ordninger og felles møteplasser, som raskest grep fatt i våre spørsmål og som også selv var begynt å ta opp noen av de samme spørsmålene selv.

Men det er noe med det her å kunne reflektere, og for å ta de her vanskelige valgene /.../ og gi de vanskelige beskjedene om at vi kan ikke ... Jeg hører hva du sier, men jeg kan ikke oppfylle det du ønsker nå. Fordi vi lever i en rettighetstid, der folk skal ha krav på det. Nå har de betalt skatt hele sitt liv, og nå skal de ha det de har rett på. Og da være den da som på en måte gir andre svar, kanskje ikke det-de-ønsker-svar.

Vi har jo diskutert på kontoret, for eksempel tildeling av praktisk bistand i hjemmene, og at de eldre ville aldri ha fått den mengden som de yngre får.

Muntlig rapport, hvis den fungerer optimalt, kan være et viktig hjelpemiddel både når det gjelder støtte og veiledning, læring og opplæring og for å kunne arbeide mot felles mål og klare å sette grenser, men også for å kunne diskutere holdninger og verdier, og gi grunnlag for å kunne utøve best mulig faglig skjønn – det vil si et skjønn som også er forankret i en felles kultur

Etablerte rom for refleksjon over egen praksis, kunnskaper og holdninger, vil kunne bidra til at skjønnsutøvelsen bringes nærmere helsepolitiske intensjoner om et forsvarlig tjenestetilbud til de som trenger det mest, og at tjenestetilbudet skal være likeverdig og uavhengig av alder. Rommet for refleksjon må derfor ikke snevres inn, slik nasjonale forskrifter og andre undersøkelser legger opp til, men heller inngå som en sentral og innarbeidet del av det daglige arbeidet.

Vi ser ikke bort fra at tiden til refleksjon, muntlige rapporter og felles møtepunkter var, eller ofte ble, en salderingspost. Den er, som tidligere vist, heller ikke tilstrekkelig estimert i offentlige veiledere og retningslinjer som omhandler dokumentasjon og kunnskapsoverføring mellom tjenesteytere. I undersøkelser av leger sin kliniske praksis, er det påvist at «*time-pressured situations in which attention is called to a number of tasks at once, individuals may be more likely to engage in stereotyping*» (Levy og Banaji 2002:50).

4.4 Samarbeid og samhandling mellom enheter

Ifølge Helsepersonelloven § 4 har helsepersonell ansvar for å samarbeide med andre instanser når pasientens behov tilsier dette. Kommunehelsetjenesteloven § 1-1, første ledd, inneholder pliktbestemmelsen om at kommunene skal dekke pasientenes nødvendige behov, uavhengig av hvordan tjenestene er organisert. Dersom rehabiliteringstilbudet er organisert som en egen deltjeneste, må ikke dette hindre at de som oppholder seg i helseinstitusjon eller som mottar hjemmesykepleie får dekket sitt behov for rehabiliteringstjenester. Mange mennesker med behov for helsetjenester har ofte et hjelpebehov som utløser rettskrav på en rekke tjenester etter både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (IS-1040:18). Disse prinsippene blir fra 2012 ført videre i ny lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

4.4.1 Et kritisk punkt – henvisning fra spesialist- til primærhelsetjenesten

Kommunene skal bli i stand til å gi praktisk bistand, behandling og oppfølging av brukere i tråd med kvalitetsgarantien, noe som innebærer at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, være samordnet og preget av kontinuitet, samtidig som de skal være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Nasjonal Helseplan (2007-2010):279). En forutsetning for at kommunene kan følge opp sine forpliktelser er god informasjonsflyt fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. I materialet vårt beskriver informantene at spesialisthelsetjenesten tar direkte kontakt med de kommunale enheter som skal følge opp brukeren etter utskrivelse. Hjemmetjenesten får informasjon om pasientens funksjonsstatus og videre tjenestebehov. Informantene forteller at mange sykehusavdelinger har rutiner på å informere om pasienter før utskrivelse slik at kommunen kan planlegge tjenestetilbudet.

Og min erfaring er at det er stor forskjell fra avdeling til avdeling på sykehuset, hvor tidlig de melder til hjemmetjenesten om at her har vi en mulig kandidat til dere. Noen er tidlig ute, og vi er med på mange møter, mens noen ringer og sier at i morgen kommer han hjem.

Ofte går melding om brukere fra ergo- og fysioterapitjenesten i spesialisthelsetjenesten direkte til kommunens rehabiliteringstjeneste med en redegjørelse for brukerens videre tjenestebehov. I de tilfeller henvisningen sendes kun til hjemmetjenesten og bruker også trenger ergo- og eller fysioterapitjeneste, er det først og fremst hjemmetjenesten som må fange opp dette behovet og videreformidle det.

.... det var en dame som hadde fått en protese i hoften, og det var jo en eldre dame da, der det ikke var sendt noen henvisning. Eller det gikk i hvert fall veldig lang tid, så hun hadde vel sittet i et par uker etter at hun kom fra [sykehus] da, bare sittet i en stol. Og da følte jeg jo at jeg kom inn alt for sent, men det gikk jo i orden, og damen ble bra. Men jeg følte jo at det

var feil, her skulle jeg vært inne fra første dag, i forhold til informasjon og oppfølging. Damen satt og var engstelig, og visste ikke hva hun skulle gjøre og hva hun ikke skulle gjøre. Så jeg prøver liksom å tenke, er det hos de eldre man har følt at man har kommet for sent inn ...

I en rapport fra Canada er det pekt på at for å videreføre tilpasset rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten er informative epikriser om innholdet i rehabiliteringen betydningsfullt (Reid et al 2002).

Det beste er at spesialisthelsetjenesten tar direkte kontakt med aktuell enhet i kommunen.

... men vi har jo i noen tilfeller ... da har [sykehuset] kontaktet oss i forkant, der det er kanskje pasienter som har store sammensatte problemer, og der de har sett – der det har vært helt klart at fysioterapeut i hjemmetjeneste skal inn, og det må være et nært samarbeid mellom ulike instanser, da har [sykehuset] tatt kontakt med vår leder i forkant, for å forberede oss på at nå kommer det en bruker ut i kommunen som vil trenge bistand fra dere. Og da har det vel gått smidigere. /.../ Nei, for at da står vi parat, og da vet vi om det når [sykehuset] har tatt direkte kontakt.

Og også når ambulant rehabiliteringsteam er inne i bildet, da og kommer vi jo tidlig inn i saken.

Brukere som rehabiliteringstjenesten tidligere har bistått med tjenester, kan raskt bli fanget opp, selv om sykehuset ikke har søkt dem til denne tjenesten ved utskrivelse.

... når det er pasienter som allerede er i systemet vårt, og som skal inn på [sykehuset] og kommer ut igjen, da /.../ flyter det bedre, når man vet om vedkommende i utgangspunktet...

Og også det kognitive, det er det heller ikke fokus på. Jeg hadde for ikke så lenge siden en sak hvor en kom hjem i fra rehabiliteringsavdelingen, og hadde ikke hjemmetjeneste, og for at jeg visste om denne personene så spurte jeg på rehabiliteringsavdelingen hvorfor ikke vi hadde fått henvisning og oppfølging på han. Nei da, han klarer seg jo så bra i hverdagen, i de store trekkene. Men det er jo mange ting i forhold til det kognitive som vi kunne ha gått inn og jobbet videre med når han kom hjem. Så det er noe som man må ha mer fokus på.

Og når vi snakker om eldre, så tror jeg jo også at det er mange eldre som har vært inne på [sykehuset] som burde i hvert fall hatt en vurdering på hvordan fungerer de i hjemmet nå.

Er informasjonen til kommunehelsetjenesten om både yngre og eldre brukere mangelfull, viser materialet at det i praksis blir hjemmetjenesten sitt ansvar å fange opp brukerens behov for ulike tjenester. Tjenesteutøverne har fokus på å kompensere for funksjonshemminger til yngre brukere og risikoen er derfor stor for at de eldre blir mest skadelidende med hensyn til å få relevant hjelp for å fremme funksjon og aktivitet. Funksjonsfall hos eldre oppfattes ofte som en del av aldringsprosessen. I materialet er det uklart om det er gjennomgående til yngre eller eldre brukere rehabiliteringstjenesten kommer for sent inn med hjelp til. Ut fra argumentasjonen over er det nærliggende å antyde at det er de eldre sine rehabiliteringsbehov som i størst grad blir oversett.

4.4.2 Ergo- og fysioterapeuter kommer for sent inn – formidling fra hjemmetjenesten

Vårt materiale viser at rehabiliteringstjenesten tildeler ergo- og fysioterapitjenester etter søknad. Initiativ til søknad kan være brukerens primærkontakt i hjemmetjenesten, fastlege, brukeren selv eller pårørende. Tjenester blir tildelt av en inntaksgruppe i rehabiliteringsenheten. Er søknaden mangelfull, kartlegger ergo- og/eller fysioterapeut situasjonen; gjør en funksjonsundersøkelse og vurderer hjemmesituasjonen til brukeren.

Både hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten er enige om at sistnevnte blir trukket for sent inn til brukere.

En sykepleier sier: ... *men jeg tror vi er for lite flink til å trekke inn andre yrkesgrupper. Og når du snakket tidligere om hvem andre vi skulle hatt, så er det absolutt ergoterapeut og vernepleier, i kollegiet.*

En fysioterapeut uttaler: *Ofta kommer vi inn først når det er oppstått problem, da får vi henvisninger. Jeg opplever det i hvert fall sånn, at jeg skulle ønske den henvisningen hadde kommet så mye tidligere, for at da er det mye lettere å gjøre noe før det blir et problem.*

På spørsmål om noen av oppgavene som gjøres av rehabiliteringstjenesten er av forebyggende art, svarer en fysioterapeut:

Ja, og den tankegangen har vi jo i forhold til prioritering av pasientene våre, når vi får henvisninger, at vi tenker at her er det viktig å komme inn for på en måte å unngå videre problematikk, og for å kunne beholde brukerne, at de skal bo i sine hjem lengst mulig. Sånn sett så tenker vi jo forebygging i forhold til hvordan vi prioriterer.

Intervjuer: *Synes dere at dere komme tidsnok inn i bildet?*

Informant1: *Nei ...*

Informant 2: *Ofta så gjør vi ikke det ...*

Intervjuer: *Har du eksempler på hva slags problemer som har oppstått som gjør at dere får henvendelser?*

Informant 2: *Jeg tenker for eksempel. slagpasienter, som blir utskrevet til hjemmetjenesten i fra [sykehuset]. Og da blir de skrevet til hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten er jo stor, så vi i rehabiliteringstjenesten får ikke dem før at det har oppstått et funksjonsfall. Og egentlig skulle de hatt oppfølging når de kom ut av rehabiliteringsavdelingen, men den henvisningen*

blir ikke sendt videre til rehabiliteringstjenesten, veldig ofte. Som vi opplever. Det gjelder vel for fysioterapi og. ...

Om hvorfor henvisning til rehabiliteringstjenesten kommer for sent sier informanter:

Jeg tenker jo det handler litt om at de har noen andre øyne de ser med, så de kan ikke på en måte ... ja, se hva vi kan bidra med. Når du ikke vet hva andre kan bidra med, så ser du ikke behovet for å etterspørre det heller, før det oppstår et problem som blir ... at de ser at her er det et problem.

Og så har ikke hjemmetjenesten på en måte sett behovet for å dra inn oss. Det er vel der problemet har vært.

Informantene mener at rehabiliteringstjenesten ikke kommer til med tiltak så tidlig at videre funksjonsreduksjon forhindres. Dessuten er det et spørsmål om det blir søkt om tjenester fra rehabiliteringsenheten til alle brukere som kunne profitert på tjenester derfra; herunder kommer også personer med hjerneskader og kognitiv svikt.

Jeg tror at det er veldig mange som kommer ut som vi ikke vet om. For det er jo så mange som får hjerneslag, og blir syk, og jeg synes jo vi har lite henvisninger egentlig, i forhold til hvor mange som jeg tenker egentlig har behov, som blir syke. Jeg tror ikke vi vet om halvparten, holdt jeg på å si.

Ja, jeg tror det fullt og fast, jeg er helt overbevist om at det er mange, at vi skulle hatt mange flere henvisninger.

Når rehabiliteringsenheten behandler søknader, er første prioritet personer med akutte problemstillinger og brått funksjonstap der det er stor mulighet for å gjenvinne funksjon. Enheten har alltid mange flere søknader enn den til enhver tid har ressurser til å imøtekomme. Hvis tjenesten ikke kan gis umiddelbart (det betyr oftest innen to uker), plasseres bruker på venteliste og blir tatt inn avhengig av prioritering. Informanter fra rehabiliteringsenhetene i kommunene vårt materiale kommer fra sier at de ikke rår over tilstrekkelige ressurser til at brukere med kroniske lidelser får regelmessige tilbud.

Det blir forsøkt å gi tilbud om fysioterapi til kronikerne i bolker på noen uker, så noen uker opphold der det er ønskelig at hjemmetjenesten bistår brukeren med oppfølging, for så å gi fysioterapibehandling i noen uker igjen.

Vi har jo til tider hatt en lang venteliste, så hvem er det som på en måte blir stående? Jeg lurer på om det er en del kronikere som har vært inne i systemet før, som kanskje har vært stabile, og så henvises de igjen, om det er den gruppen som blir stående? Jeg tror jo at de som har hatt et funksjonstap, jeg tror jo at det er de som på en måte prioriteres.

Intervjuer: Brått funksjonstap?

Informant 1: Ja, brått, det er jo de hastesakene, de tas jo, det blir ikke stående.

Informant 2: ...som gjerne blir stående, det er jo kronikerne, og når vi får dem så har vi dem jo.

I Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre var det bred enighet om at i alle de syv inkluderte kommunene var begrenset tilgang på fysio- og ergoterapeuter

i hjemmetjenesten (Riksrevisjonen 2009: 29). Således synes ikke beskrivelsene fra vårt materiale å være noe unntak med hensyn til omfang av disse ressursene.

Ergo- og fysioterapeutene mener at de skulle kommet til tidligere for å styrke brukers funksjon, men på grunn av begrensede ressurser foregår fordeling av deres tjenester etter en streng prioritering. Informantenes utsagn tyder på at funksjonsreduksjon hos eldre som tidligere har fått nedsatt funksjon på grunn av sykdom, ofte ikke fanges opp i hjemmetjenesten. Derfor ser det ut som særlig eldre brukere blir tapere. Som tidligere berørt viser materialet at det er en generell holdning at aldring med redusert funksjon er livets gang. Andre grunner til funksjonsreduksjon hos eldre kan bli oversett og aktuelle tiltak ikke iverksatt.

4.4.3 Uklar kompetanse og arbeidsdeling

Uklarheter i enhetene om hvilke roller og oppgaver de ulike faggruppene skal ha, vanskeliggjør samarbeid og samhandling.

Materialet vårt inneholder mange beskrivelser av både avklarte og uavklarte roller og oppgavefordelinger. I én kommune har utøverne i hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten sammenfallende forventninger til hvilke oppgaver hver av de to enhetene skal ha ansvar for. I den andre kommunen har rehabiliteringsenheten gjennomført endringer i oppgavefordeling med hensyn til bestilling og tilpasning av tekniske hjelpemidler, uten at denne beslutningen er nedfelt i hele hjemmetjenesten. Konsekvensen er at hjemmetjenesten har fått ytterligere en oppgave, noe som har skapt betydelig frustrasjon og følelse av utilstrekkelighet. Samtidig ser noen i hjemmetjenesten at det kan være hensiktsmessig selv å ta ansvar for anskaffelse av enklere utstyr. Mer kompliserte hjelpemidler, som for eksempel rullestol, skal rehabiliteringstjenesten bidra til å rekvirere. At den som skaffer utstyret også er den som har regelmessig kontakt med brukeren, kan bidra til at utstyret blir anvendt. Tidligere var det et problem at mange hjelpemidler ble liggende ubrukt etter anskaffelse.

Mens nå er det liksom vi som skal fylle ut skjemaene. Og vi som skal hente, og vi som skal skru det opp, og vi som skal lese bruksanvisningen, og vi som skal prøve det på pasientene, sånn er det blitt nå.

Så det er klart at det blir litt sånn vanskelig. For det er jo ikke noe vi er kompetente til. Vi føler jo ikke at vi har utdannelse for å holde på med alarmer, og montere alarmer osv. ...

Jeg liker jo veldig godt at vi får bestille, for jeg synes det går fortere. Og det er jo vi som er ute hos dem og ser hva de trenger. Men jeg har jo ikke oversikt over hvordan hjelpemidler som finnes. Så det er litt vanskelig. Da blir man sittende på nettet og søke gjennom alt mulig på NAV som de tilbyr.

Omdefinering av arbeidsoppgaver og prioriteringer i rehabiliteringstjenesten får konsekvenser for samarbeidende enhet, og det blir hjemmetjenesten som må ta oppgavene når andre avgrenser sine tjenester.

Når rehabiliteringstjenesten gir tjenester til bruker som også har hjemmetjenester, lages vanligvis et mobiliserings- eller bevegelsesprogram til hjemmetjenesten som hjemmetjenesten får ansvar for å følge opp. En informant fra rehabiliteringstjenesten uttaler:

... Men det er jo ofte veldig personavhengig, hvem som er rundt brukeren og hvilken sektor brukeren er i, hva kan man få til. /.../ ja, daglig mobilisering, så er det jo ikke vi som skal

gjøre det, det skal jo de gjøre, som jobber rundt brukeren hver dag. Og så er det vanskelig å få forståelse for at det er løsningen på henvisningen.

I hovedsak så ønsker vi jo å bidra til funksjonsforbedring. Og hvis det er en konkret problemstilling som vi kan hjelpe til med. Men hvis det er miljøfaktorer, hvis det er vedlikehold og ... ja, igangsetting og ting som skal skje hver eneste dag, flere ganger om dagen, så er ikke vi de som skal dekke det behovet.

En informant fra hjemmetjenesten mener: ... dette med kontrakturprofylakse, dette med gåtrening, mobilisering, at det skal ligge på oss. /.../ Det handler litt om grunnkompetanse rundt omkring, hva er det vi faktisk kan gjøre.

Videre sier informanten at hjemmetjenesten trenger veiledning i forhold til brukere med behov for mer komplisert mobilisering og trening.

... Og jeg ser vi kan godt gå inn og gjøre noen øvelser, vi har jo en del slagpasienter, og MS, som vi gjør noen øvelser med hver dag. Men så kan du jo stå der og tenke med deg sjøl, at du må jo se for deg hvordan ser det ut innvendig i den her kroppen, hvordan er leddene, hvordan er kroppen oppbygd. Ok, hvis jeg gjør sann, kan det skje noe galt hvis jeg tar den litt for langt, og så er det å vite akkurat hvordan du skal bevege på et lem for at du ikke skal gjøre noe galt, for du kan jo tross alt gjøre skade på folk. Så jeg synes jo det har noe med kompetanse å gjøre, at vi skal ikke gå inn og gjøre sanne oppgaver. De har en utdannelse, og jeg går ut i fra at det er fordi de skal jobbe med det.

Hvis de kommer nyoperert ut i fra sykehuset, bare de er operert i en skulder, så er det jo veldig viktig at de får en sann bevegelse. Vi i hjemmetjenesten har ikke kompetanse til å gå inn og gjøre de bevegelsene riktig. Vi kan godt få opplæring og gjøre de, men så lenge vi ikke får den opplæringen og vet hva vi skal gjøre, så kan ikke vi begynne å bryte på pasienten. Og nå har jeg en sann pasient, som har ventet fem uker på fysioterapi siden hun ble operert. Nå er hun så stiv og så hoven i armen, at de er rystet. Det er sanne problemer som vi opplever veldig mange ganger. Og det er et problem at de ikke får fysioterapi, og det er ikke fysioterapeutene sin skyld, for de har så utrolig mange pasienter, og de er for få. For det er kjempeøkende problem, og de trenger å være overalt, og de er for få.

Arbeidsfordelingen er at det i utgangspunktet er de som daglig eller hyppigst møter bruker som skal følge opp mobilisering av generell art. Hva som betraktes som generell mobilisering eller som spesifikk, er sannsynligvis forskjellig hos dem som har mye respektivt lite kunnskaper om de aktuelle forhold. Flere informanter fra hjemmetjenesten mener de ikke har kunnskapsgrunnlag til å ta ansvar for individualisert mobilisering og treningsopplegg, mens rehabiliteringstjenesten forventer at hjemmetjenesten skal følge opp når det lages aktiviseringsprogram for felles brukere. Her er det klare motsetninger mellom krav til tjenesteutøvere i hjemmetjenesten og den kompetansen flere av dem mener å ha. Selv om sykepleiere skal være viktige aktører i rehabilitering i hjemmet (Birkeland og Flovik 2011), viser materialet at en del sykepleiere mener at de trenger opplæring og oppfølging for å gjennomføre mer spesifikk mobilisering og opptrening. Dette understøttes av funn presentert i pkt. 4.2; pleiepersonell har etter egen oppfatning begrenset bakgrunn for å gjøre gode skjønnsmessige vurderinger når det gjelder brukernes fysiske funksjon og funksjonspotensial, samt oppfølging ved kognitiv svikt som følge av slag. En stor andel av brukerne i hjemmetjenesten har kroniske lidelser, deriblant mange eldre. Det vil si at det er tale om spesifikk mobilisering ut fra den enkeltes individuelle forutsetninger. Det er sannsynlig at de eldre sitt potensial for ivaretagelse av funksjon blir oversett. I tillegg er det nødvendig å ha et nyansert blikk på eldre og aldringsprosesser for å kunne differensiere om funksjonsendringer primært foregår

som følge av sykdom og plager eller av generell alderdomssvekkelse. Begge prosesser kan foregå parallelt, og funksjonsfall på grunn av sykdom hos eldre er ofte mer omfattende enn hos yngre og det er også mer krevende å gjenvinne funksjon. Kompetanse til å gripe tak i slike forhold på et tidlig stadium er avgjørende. Når det blir tatt for gitt at funksjonsfall hos eldre har med en generell utvikling å gjøre, er det de eldre som i størst grad ikke får relevante tjenester på grunn av kompetansebegrensninger og uklartheter om hvilke faggrupper som skal gjøre hva i hjemmetjenesten.

4.4.4 Møtearenaer

Uklartheter med hensyn til hvilke faggrupper som skal gjøre hva i forhold til bruker, begrenset kompetanse til å utføre hjelpen slik at den fungerer aktiviserende for bruker og uklare mål, må ses i sammenheng med hvilke arenaer de to enhetene har for kommunikasjon med hverandre.

Det er ikke etablert regelmessige møtepunkter om felles brukere mellom utøvere i hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten. Aktuelle tjenesteutøvere fra de to enhetene deltar i samarbeidsmøter som arrangeres ved spesifikke behov. Det er oftest brukerens primærkontakt som initierer et slikt møte, som for eksempel når hjemmetjenesten skal følge opp et treningsprogram.

... når vi samarbeider om brukere så har vi jo jevnlig møter der det er behov. Og mange ganger et godt samarbeid.

Selv om noen utøvere fra begge enhetene møtes om en bruker, er det ofte utfordrende for hjemmetjenesten å følge opp aktivitetsprogram fra rehabiliteringstjenesten, blant annet siden mange brukere med omfattende bistandsbehov har et stort antall tjenesteytere. Størsteparten av utøverne i hjemmetjenestene er fagarbeidere eller ufaglærte.

De har turnus, de har små stillinger, det er vanskelig å kommunisere. Mitt inntrykk er at det er vanskelig å kommunisere nedover til alle i organisasjonen ...

Men jeg tenker vi har også eksempler på det i forbindelse med kommunikasjon og samarbeid, hvor det har fungert veldig bra. Men la oss si samarbeid mellom meg som fysioterapeut, rundt en pasient og hjemmetjenesten, hvor at jeg anbefaler nettopp et sånt kontrakturprofylakseopplegg. Lager et opplegg, tar bilder, beskriver hvordan det skal gjøres. Leder av sektoren i hjemmetjenesten kaller inn sine ansatte til et møte der vi går gjennom det, hvordan det skal gjøres. Og de møter opp, for de har fått pålagt det fra sin overordnede, ikke sant. Alle kommer, jeg demonstrerer, og det fungerer veldig bra. De skriver ned på en sånn sjekkliste, omtrent som en vaskeliste, at det er gjort klokka da og da, og dato da og da. Og det har vi jo fått til å fungere. Men ikke sant, det er ganske personavhengig, både i fra ansatt til ansatt, og i fra avdelingsleder til avdelingsleder.

Ja, det er i forhold til fysioterapi. Men da er det jo gjerne brukere som er kronikere, som på en måte trenger nesten kontinuerlig oppfølging. Eller som vi får til fysioterapibehandling, og så er jeg kanskje inne med behandling, men at jeg blir jo godt kjent med personalet, fordi jeg er der to ganger i uken, og følger personen kanskje opp i seks uker, seks uker av og seks uker på, i forhold til hvordan de gjør det med enkelte som trenger en type kontinuerlig tilbud. Og da er jeg inne hele tiden, og på en måte treffer de andre som jobber der, det blir kontinuitet over det. Og da opplever jo jeg at det fungerer. Men da blir det hele tiden min rolle å være en

pådriver, i forhold til det faglige jeg kan bidra med på en måte. At jeg føler at jeg hele tiden må mase, og tenke at det er en av mine oppgaver og på en måte huke tak i folk, og spørre hvordan går det med det, og gjør dere sånn, og fungerer det. Og da opplever jeg at man får det til. Men da ser jeg også at da er det nesten min oppgave å ...

Eksempelene over tyder på at tjenesteyterne arbeider mot samme mål og de har til felles at det er fysiske møter med informasjonsutveksling mellom tjenesteyterne fra de to enhetene. I en meta-analyse av tverrfaglig samarbeid var en av konklusjonene at de profesjonelle ulikhetene ble redusert i samarbeidet når teamene klarte å fokusere på hvilke resultater de ønsket (McCallin 2000).

I en avgrenset periode kan det fungere for hjemmetjenestepersonell å gjennomføre mobilisering etter en sjekkliste, men det kan etter hvert være behov for å gjøre tilpasninger ut fra endringer i brukeren sin funksjon. I slike tilfeller kreves skjønnsmessig vurdering og individuell tilpasning for at hjelpen skal være treffsikker. Disse oppgavene er utfordrende om ikke oppfølgingen foregår i tett samarbeid med rehabiliteringstjenesten.

Begrenset kompetanse i funksjonsvurdering gjør at fagutdannet personell i hjemmetjenesten får instruks om å følge opp treningsprogram laget av rehabiliteringstjenesten. Dette er ikke bekvem situasjon; at en profesjon instruerer en annen i hvordan denne skal handle. Dette er et eksempel på at praksisstrukturene i helsetjenesten er i forandring og stadig flere oppgaver løses av flere personer i form av samarbeid og arbeidsdeling (Dreier 1996).

Ikke alle brukerne med sammensatte behov og hvor mange forskjellige faggrupper er involvert, har ikke krevd og har derfor ikke individuell plan. Noen brukere har ansvarsgruppe med en oppnevnt koordinator til å samordne tjenestene og tilse at brukeren får de tjenester som er blitt vurdert som nødvendig. Erfaringen til informantene er at de fleste som har koordinator er yngre brukere.

Jeg tror de eldste har koordinator til kanskje i slutten av 50-årene, jeg tror ikke det er noen over 60 år.

Jeg tror jo kanskje at når folk er i jobb og i utdanning, at det sånn er mer som skal på plass. De har mange flere å forholde seg til da.

Hensikten med individuell plan er å etablere et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og ordningen skal bidra til å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere foruten mellom tjenesteyter og bruker, eventuelt pårørende og mellom tjenesteytere og etater (Thommesen et al 2008). Ifølge våre informanter er det yngre brukere som har individuell plan, noe som kan ha sammenheng med at dette er en ordning brukeren selv skal be om. Begrenset bruk av individuell plan eller ansvarsgruppe, hemmer samarbeid om oppfølging av den enkelte bruker.

Der de har ansvarsgrupper rundt pasientene er det lettere, ja. Men så har vi så ufattelig mange som vi ikke har noen ansvarsgruppe rundt.

... Når man ikke har ansvarsgruppe rundt pasienten, eller individuell plan, så blir det sånn på måfå. Da er det om å gjøre å mase mest, hvem som er mest iherdig på telefonen, og hvem som får gjennom ... ja, det er sånn det fungerer.

Alle samarbeidspartnerne ... For det er noe med at ... Vi kommer tilbake til det med individuell plan, eller bruk av personlige assistent. Jeg synes det er mange ganger så uavklart hvem som skal ha hvilken rolle, og dermed blir det, tror jeg, mye mer arbeid enn det hadde trengt

og vært i enkelte tilfeller. Og vi har brukt mye mer penger enn det hadde vært nødvendig hadde man kunne koordinert det på en litt annen måte.

Selv om utøvere fra de to enhetene betjener samme bruker, ser de ikke hverandre ofte.

... Og vi vet jo ikke mange ganger at ergoterapeutene har vært der, vi er ikke i kontakt med hverandre, vi ser bare at det har fått det, ja? Ja, ergoterapitjenesten har vært der, ok!

Andre ganger møtes de fordi de har sitt faste tilholdssted fysisk nært hverandre.

Ellers så er både fysio- og ergoterapeutene ofte innom kontoret vårt og prater om felles brukere, og kommer med sine observasjoner. Det er ikke noe fast organisert, men når de synes at det er noe vi bør vite, og likedan går vi til dem når det er noe.

Tidligere foregikk ikke tildeling av de ulike tjenestene så formalisert som nå og tjenesteyterne tok i større grad uformell kontakt med hverandre.

... For før så kom den telefonen inn på kontoret vårt, og så tenkte jeg at aha ... Og så gikk jeg bort og spurte de på rehab avdelingen her, at her tror jeg det er noe som kunne være interessant for dere å ha vært med på.

Ja, men jeg savner litt den her ansikt til ansikt... den der. /..! Jeg følte liksom at det gikk litt fortere. Når du kunne gå dit bort, og du fikk en bedre informasjonsutvikling. For en ting er jo å skrive ned her, men du får ikke med deg... /..! Altså de spørsmålene og de svarene som kan komme rundt det. Det kommer jo, men det kommer kanskje på et mye senere tidspunkt, når de tar opp det. Her har vi en ny søknad, nå må vi ta kontakt med hjemmetjenesten, og ja...

Jeg synes at det tette samarbeidet vi hadde med f.eks. ergoterapeut og ..., ja, de som holdt til her borte, ergo er jo der enda, men allikevel så gjør det det litt vanskelig for oss, selv om hun er der /..! du kan bare gå bort dit og...hallo, vi har en bruker her. Men det er ikke sånn lenger. Så kreves det at vi sender en egen søknad inn... Så det er en mer kronglete vei for på en måte...

En studie fra Canada viste at tjenesteytere i små tverrfaglige miljø hvor medlemmene så hverandre jevnlig og hvor arbeidsplassene var i fysisk nærhet samarbeider effektivt (Oandasan et al 2009). Viktige forhold for å lykkes med teamarbeid var jevnlig og langvarige nok møtepunkter til å etablere gjensidig forståelse for hverandres faglige roller og å lære å sette pris på det faglige samarbeidet. I vårt materiale gjenfinnes ikke, bortsett fra arbeidssted i nærheten av hverandre, andre forhold som i studien ble trukket fram som vesentlige for et godt faglig samarbeid.

Som berørt tidligere informerer tjenesteutøvere fra de to enhetene hverandre i skriftlig form. Rehabiliteringstjenesten legger program for mobilisering og trening hjemme hos bruker når de forventer at hjemmetjenesten skal følge opp aktiviteten. Begge enhetene bruker samme elektroniske journal. Imidlertid plasserer enhetene informasjonen forskjellige steder i journalen og når utøverne går inn i journalen, ser de ikke umiddelbart om det er lagt inn noe fra den andre enheten.

Vi kan se de rapportene som fysio og ergo har skrevet, men da må vi aktivt gå inn og se dem, de dukker ikke opp av seg sjøl. Så vi må på en måte allerede ha tenkt på at nå skal jeg gå og se om de har skrevet noe om den brukeren.

Ifølge Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (St. meld. nr. 16:64) har mottakerne av hjemmetjenesten behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging. Dette gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens, psykiske lidelser og personer med behov for koordinerte tjenestetilbud fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tverrfaglighet innebærer en integrasjon av de ulike bidragene teoretisk og/eller metodisk, slik at fagene griper inn i hverandre med nye vinklinger på problemstillingen (Nyseth 2007).

Gjennomgående viser materialet at møtepunktene mellom utøverne i hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten for en stor del er tilfeldige og beror ofte på individuelle initiativ. Materialet vårt tyder på at det er en utfordring i kommunene å utvikle tverrfaglig oppfølging av brukere, særlig rundt de eldre. Det er tidligere pekt på at slik oppfølging primært kommer yngre brukere til gode, blant annet fordi de er under utdanning eller i arbeid og har mange forskjellige tjenesteytere rundt seg. Dette er i samsvar med funn der informantene forteller at det er yngre brukere som har individuell plan og koordinator.

4.4.5 Ansvar uten myndighet

Informantene i hjemmetjenesten har et stort ansvar for å observere, vurdere, samarbeide med brukere og pårørende, sette felles mål for tjenestene og til å samarbeide med andre enheter og tjenester. Dette er et ansvar og en type kontroll med arbeidssituasjonen de fleste informantene ønsker å ha, selv om det både er ansvarsfullt, personlig utfordrende og krevende. Den største utfordringen er imidlertid å finne gode organisatoriske løsninger slik at alle arbeider mot felles mål. I den grad informantene ønsket tydeligere vedtak var det for å kunne avgrense seg fra oppgaver de selv mente lå utenfor deres arbeidsområde, men som de nærmest ble pålagt fordi det ikke var noen andre til å utføre det og fordi *«de var jo der likevel»*.

I slike tilfeller opplever de å ha ansvar, men ikke myndighet, noe som omtales som frustrerende. De har ikke fått *«myndigheten til å levere tilbake»* og de kan ikke *«gå inn og på en måte bestemme hvor våre avgrensninger skal være heller. Fordi at det er noen andre som definerer det for oss»* og det blir forventet at de skal stille opp på det som kan gagne brukeren.

Eksemplene på oppgaver hjemmetjenesten får er mange:

Når renovasjonen bestemte at de ikke skulle gå og hente søppelkassene for en seks-sju år siden, «hvem skal da gjøre det?» Og når posten bestemmer at de skal ha «sønn fellesarena, de skal ikke gå med posten inn til husene, hvem er det som må da gå etter posten?»

Eller når en butikk sier det at *«nei, vi leverer ikke varer lengre, hvem er det da som må på en måte finne ut hvor er det man får tak i vareleveranser, eller hvordan skal man ordne det?»*

Eller flyktninger som nettopp har fått oppholdstillatelse *«der man skal ha et samarbeide med flyktningkontoret, og det er vanskelig å finne ut hvem skal ta hvordan roller»*.

Eller det kan være en bruker som ikke ønsker å ta drosje til et dagsenter og *«det er på en måte ingen som kan ta den biten der.../.../ Og da sier de det at da kan hjemmetjenesten kjøre. Og vi har ganske mange sanne dagsenter ...»*

Intervjuer: *Men har dere folk som kjører?*

Informant: *Vi må jo gjøre det, fordi at det er en viktig del av hans ... Altså man blir satt i en sånn sjakk matt situasjon. Det er veldig ofte /.../ Altså det er vanskelig dette her, fordi at mye av det som er behovene hos folk /.../. Og vi er nødt til å ... da blir vi på en måte ansvarliggjort i det.*

Når brukerne ikke har fått tildelt andre former for praktisk hjelp, blir det hjemmetjenesten som må ta oppgavene.

Sånn som å gå på kjøpesenter og kjøpe klær for eksempel, synes jeg jo egentlig ikke tilhører en hjemmesykepleier, det synes jeg hører under en annen plass, støttekontakt eller personlig assistent, noen andre roller enn hjemmesykepleien. Fordi at vi får jo yngre, mange har ikke andre som kan hjelpe dem, og det blir sånn at når vi ser at de trenger klær, selvfølgelig må vi jo hjelpe dem. Men jeg føler at det kanskje ikke er helt der vår rolle skal være. Når man ser at faggruppen blir mindre og mindre, og det blir mindre utdannende, og det er vanskelig å rekruttere folk innen hjemmesykepleie. Og noen peiler seg kanskje inn på sykehuset, for der er det prosedyrer, og der er det konkrete ting. Mens her er det blitt så utvannet, at du blir nesten en sånn personlig assistent hjemme hos folk.

Hjemmetjenesten møter brukerne hyppig og vil unngå at brukerne blir lidende på grunn av oppgaver det ikke er noen til å utføre. Særlig i en av kommunene savner informantene hjelp til å sette grenser for hvilke oppgaver de skal løse og hva som er andres ansvar. Vedtakene om bistand er ikke avgrenset mot tjenester det er mulig å kjøpe privat eller oppgaver det kan være relevant at samarbeidende instanser tar. Så blir alt hjemmetjenestens ansvar.

... Og da tenker jeg på det, at jeg har ansvar men jeg har ikke myndighet.

Vi har prøvd å lage systemer som på en måte skal fange opp dette her med å ha primærkontakt, og med å ha sykepleierfaglig ansvar, og litt sånne ting, som skal på en måte kunne dra litt i trådene. Men det er jo noe med det her med tiden til å sette seg ned og tenke igjennom og diskutere, den blir det for lite av. Fordi at vi har et krav på oss at vi skal ut og være ansikt til ansikt, du skal ut og produsere, du skal ut og gjøre noe. Også pluss at det går mye tid til ... mye av den administrative tiden går jo til å oppdatere pleieplaner, til og ...

Informant 1: *Legekontakt, sykehuskontakt, medisiner ...*

Informant 2: *Ja, og alle de her samarbeidspartnerne. Sånn at den tiden til å sette seg ned og snakke sammen, den holder ... Vi har stort sett de rapportene.*

Forskning på nettopp hjemmetjenesten viser at det er viktig å skille mellom på den ene siden ansvar som makt eller myndighet til å prege utførelsen av arbeidet, og på den andre siden myndighet og ansvar for oppgaver de blir tillagt ansvar for og ikke har myndighet til avgrense seg fra. Desentralisering og nedbygging av hierarkier betyr nødvendigvis ikke mer makt til utøverne i organisasjonen, i betydning av større samsvar mellom ansvar og myndighet (Christensen 2003:29).

Informantenes situasjon er at de opplever å ha mye ansvar for brukerne, men ikke makt til å sette grenser. De mener at det er hjemmetjenesten som har ansvar for å ta de konkrete valgene ut fra likhetsprinsippet samt den enkeltes individuelle behov. Disse prinsippene kan ofte by på vanskelige avveininger. Med andre ord delegeres ansvaret ned til den enkelte tjenesteutøver som må forholde seg til brukers ønsker og behov, prioritere og sette grenser for hva slags hjelp som skal gis. Som omtalt i kapittel 4.2 identifiserer informantene seg mest med de yngre brukerne, og de er opptatt av at den praktiske hjelpen

er slik at de yngre kan ha et så «normalt» liv som mulig. De yngre vil være uavhengig av eventuelle pårørende, noe som forutsetter bistand fra hjemmetjenesten for å leve selvstendig. Målet er at yngre brukere skal bo hjemme, mens flytting til sykehjem for eldre brukere som må ha omfattende bistand er gyldige alternativ i hjemmetjenesten. Dette taler for at hjemmetjenesten gir mye hjelp til yngre brukere, nettopp for å forhindre endring i boforhold.

4.4.6 Uregelmessige møter og flerfaglig arbeid

Hjemmetjenesten har utstrakte oppgaver og er samtidig i en nøkkelposisjon siden det er deres tjenesteutøvere som hyppigst møter den enkelte bruker og til enhver tid forventes å fange opp brukerens eventuelle endrede hjelpebehov. Dette krever omfattende kunnskap. Når etater og institusjoner begrenser sine tjenester til befolkningen, er det hjemmetjenesten som må påta seg oppgaver og tjenester brukeren ikke klarer å gjøre selv. Således kan hjemmetjenesten betegnes som frontlinjebyråkrater, som gjennom sitt bruk av skjønn skal iverksette de plikter de mener det offentlige har for bruker for å få dekket de hjelpebehov de mener brukeren har krav på. Frontlinjebyråkratene er de som er de endelige iverksetterne av offentlig politikk (Eriksen og Molander 2008:163).

Informantene mener at de forskjellige faggruppene har særegne kompetanser som utfyller den hjelpen egen faggruppe kan gi. Tjenesteutøverne fra de to enhetene bidrar med hjelp ut fra sin faglige kompetanse, og ofte er kommunikasjonen mellom dem begrenset og de utfører sine oppgaver ved siden av hverandre. Slik arbeidet i hjemme- og rehabiliteringstjenestene i de undersøkte kommunene er fremstilt, bærer det knapt nok preg av flerfaglighet, som vil si at bidrag fra flere fag er rettet inn mot å belyse et felles problem (Nyseth 2007). De forskjellige fagutøverne gir tjenester ut fra sine faglige perspektiv.

Imidlertid har vi i denne studien ikke undersøkt målfastsettelse i forhold til tjenestene til den enkelte bruker og hvorvidt målsettingen er eksplisitt og omforent. Noen eksempler på hjelp fra de to enhetene som er løftet fram i materialet tyder på uklare mål, men eksemplene kan også være uttrykk for begrenset faglig forståelse av brukerens muligheter til selvstendighet og egenaktivitet. Intervjumaterialet indikerer at det først og fremst er eldre brukere som blir skadelidende når tjenesteytere ikke har kompetanse til å vurdere funksjon og muligheter til forbedring. I en tilsynsrapport hvor kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre ble undersøkt, er det slått fast at pleieplaner ikke inneholder mål og tiltak for tjenestemottakernes fysiske aktivisering og at det er nødvendig kontinuerlig å rette oppmerksomheten mot aktivisering i den daglige pleien av brukerne (Riksrevisjonen 2009).

Med utgangspunkt i den gjennomgående oppfatningen at aldring i seg selv innebærer tilbaketrekking og funksjonsfall, samt at normen når det gjelder levesett for yngre er jevnaldrende uten funksjonshemming, er det eldre brukere som blir taperne når det gjelder vurdering av hjelpebehov. En undersøkelse av kommunenes helse- og omsorgstilbud viser at bare en femtedel av de spurte sykepleierne synes de har tid til å observere og vurdere Eldres behovsutvikling slik at tiltak for å forhindre forverring i helsetilstand kan iverksettes i tide (Gautun og Hermansen 2011).

I følge rammeplaner for bachelorutdanningene blir særlig pleie, omsorg og behandling av syke vektlagt i sykepleie. I ergoterapi er fokus primært å gjenoppbygge tapt aktivitet og fremme tilpasning til ny livssituasjon, mens i fysioterapi er en opptatt av funksjon og bevegelse i forhold til å forebygge og behandle funksjonssvikt. Vernepleiere retter særlig oppmerksomheten mot funksjonsvansker og miljøarbeid. Dessuten er en stor del av tjenesteutøverne i hjemmetjenesten ufaglærte og utfører praktisk hjelp med utgangspunkt i pleieplaner og kan i begrenset grad gjøre selvstendige vurderinger. De ulike

profesjonsgruppene oppfatter og vektlegger ulike forhold ut fra sine fagtradisjoner eller personlige oppfatninger når de gjør skjønnsmessige vurderinger av den enkelte brukers behov og situasjon. Utfallet av skjønnsmessige vurderinger kan derfor være forskjellig når det gjelder bistand til den enkelte bruker. Dessuten kan de ulike normene som ligger til grunn for vurdering av hva slags hjelpebehov yngre og eldre brukere har, bevirke at det er gruppen eldre som i størst grad taper på at pleiepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap for å vurdere funksjon.

Et virkemiddel til å oppnå effektive hjemmetjenester er ifølge dagens politikk å arbeide tverrfaglig (St. meld. nr. 16). For at tjenestene skal kunne kalles tverrfaglig forutsettes ulike faglige bidrag, målet må være felles og fagutøverne må ha et kommunikasjonssystem (McCallin 2000).

Slik hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten arbeider, har vi identifisert begrenset rom for møtepunkter hvor det åpnes for å utvikle felles forståelser av problemstillinger og bli så kjent med hverandre at likheter og forskjeller i fagsyn kan identifiseres. Slik kjennskap er utgangspunkt for å kunne utvikle felles mål (McCallin 2000).

Materialet synliggjør at i én av kommunene er det til dels stor uenighet om hvilke oppgaver som tilfaller utøverne fra de to enhetene informantene kommer fra, og slike forhold hindrer et godt samarbeidsklima. I den forbindelse kan nevnes at ett av funnene i en meta-analyse av tverrfaglig praksis og samarbeid i helsevesenet er at uklare roller blokkerer for kommunikasjon og samarbeid (McCallin 2000).

Forskjellig organisatorisk tilknytning for faggruppene, ulike fysiske plasseringer av arbeidsplass, ulike målsettinger, manglende innsikt i hverandres roller, arbeids- og ansvarsområder er aktuelle hindringer for å oppnå effektive tverrfaglige tjenester i primærhelsetjenesten. Dette oppsummeres som sentrale utfordringer for at tverrfaglig samarbeid skal fungere (Griffiths, Austin og Luker 2004). Disse funn fremkom som resultat av en studie med observasjon og samtaler over ett år med medlemmene i et nyopprettet rehabiliteringsteam for eldre i primærhelsetjenesten. Profesjonelle og hierarkiske grenser er ifølge denne studien den største utfordringen for å utvikle fleksibelt samarbeid på tvers i den nye arbeidsorganiseringen. Vårt materiale tyder på at de formaliserte møtepunkter som er mellom hjemmetjenesten og rehabiliteringsenheten først og fremst omhandler yngre brukere.

Forebygging av hjelpebehov er også en måte å besvare økningen i hjelpebehov på grunn av demografiske og epidemiologiske utviklingstrekk. En utfordring er å komme inn tidlig med tiltak for å hjelpe brukeren til å være mest mulig selvhjulpen lengst mulig. Siden hjemmetjenesten i dag har en nøkkelfunksjon når det gjelder å trekke inn andre tjenester til rett tid, er hjemmetjenestens muligheter til å vurdere brukers funksjonsnivå og ressurser avgjørende.

Samarbeid mellom faggrupper med forskjellig kompetanse er en måte å løse problemet på. I et større dansk utviklingsprosjekt ble det lagt vekt på å styrke rehabiliteringspotensialet hos brukere av hjemmetjenesten (Kjellberg 2011). Det ble iverksatt et intensivt hverdagsrehabiliterings-prosjekt som besto av at hjemmetrenerne i samarbeid med en terapeut fulgte opp personer over 65 år som for første gang kontaktet hjemmetjenesten for å få praktisk hjelp og pleie. Hjemmetrenerne sto for den praktiske utførelsen av rehabiliteringen under veiledning av terapeuter. Målsettingen var å sette folk i stand til å klare seg selv igjen. Evalueringen av prosjektet viste at målsettingen med å hjelpe brukerne til uavhengighet var en suksess. Mens hjemmetrenerne i prosjektet var opptatt av å gjøre brukerne i stand til selv å ivareta oppgavene, var pleiepersonalet i den ordinære hjemmetjenesten opptatt av å løse oppgavene for brukerne. Etter den første prøveperioden på 4,5 måneder hadde 10 prosent av brukerne i prøvedistriktet helt eller delvis avsluttet hjemmehjelptjenesten, 3 prosent avsluttet til ingen hjelp, mens ca. 6,5 prosent fikk mindre hjelp enn de ellers ville hatt behov for (Kjellberg 2011: 25). Prosjektet indikerer at det er nødvendig

at ergo- og/eller fysioterapeut instruerer, særlig de ufaglærte tjenesteutøverne i hjemmetjenesten, for at opptreningen skal være vellykket.

Altså er det vesentlig at tjenestene er målrettede, rettet mot brukers aktive deltakelse ut fra funksjonsnivå og at det er tett samarbeid i teamet som gir tjenester til den enkelte bruker. Sannsynligvis vil særlig eldre brukere profitere på at det blir rettet mer oppmerksomhet og hjelp mot dem med mål å hjelpe dem til å bli mer uavhengig. Hvis det ikke er opplagt at det trengs bistand til spesifikk funksjonstrening, blir ikke rehabiliteringstjenesten trukket inn når hjemmetjenesten i de kommunene som er inkludert i vår undersøkelse får nye brukere.

Mangelfull samhandling mellom tjenesteytere med ulike fagbakgrunn rammer både yngre og eldre brukere, men siden vi mener å ha identifisert en positiv forskjellsbehandling av yngre brukere på bekostning av eldre, rammes i størst grad eldre brukere.

Slik som tjenestene er organisert, er det hjemmetjenesten som har et kontinuerlig ansvar for å vurdere hva slags tjenester brukeren har behov for, og særlig er det viktig å være oppmerksom på forandringer i funksjonsnivå. De yngre brukernes hjelpebehov blir vurdert ut fra funksjonsfriskets funksjonsnivå, mens funksjonsendringer hos eldre kan oppfattes som et uttrykk for aldringsprosessen. Dette er et vesentlig grunnlag for forskjellsbehandling av yngre og eldre brukere i forhold til å identifisere hjelpebehov. Å kunne se funksjonspotensial og bidra aktivt til forbedring hos brukere med kroniske lidelser, både hos yngre og særlig hos eldre brukere, krever kompetanse til å gi individualisert hjelp, noe hjemmetjenestens personell mener at de ikke har. Personer med kroniske lidelser er ikke blant de høyest prioriterte i en presset rehabiliteringstjeneste. Vi mener det er eldre som i størst grad mister mulighet til relevante tjenester på grunn av begrenset kompetanse på dette feltet i hjemmetjenesten.

Få arenaer for faglige diskusjoner og avklaringer er faktorer som ligger til grunn for at tjenestene de to enhetene bidrar med, ofte ikke er rettet mot samme målsetning. Uklare mål kan ses i sammenheng med hjemmetjenestens sitt kunnskapsgrunnlag for skjønnsutøvelse i forhold til brukernes funksjon.

5 SKJØNNETS BYRDER

Avgjørelser basert på helse- og sosiallovgivningens område må, som nevnt tidligere, ofte være skjønnsbasert. En avgjørelse kan derfor komme til å stå i et spenningsforhold til rettstatens krav til myndighetsutøvelse og kravet om at like tilfeller skal behandles likt. Ulik behandling krever relevante forskjeller mellom tilfellene, det vil si faglige begrunnelser (Grimen 2008:144, Eriksen og Molander 2008:167-168).

Under intervjuene ble vi dels fortalt at det ikke ble gjort forskjell mellom yngre og eldre brukere, vedtak og tjenester ble styrt av behov og funksjonsnivå, og dels ble vi utover i intervjuene, sammen med og ved hjelp av de samme informanter, i stand til å avdekke store ulikheter i tjenestetilbudet.

Intervjuene avdekket ulikheter i tjenestetilbudet til yngre og eldre brukere på en rekke områder, noe som er i samsvar med en rekke nyere kartleggingsundersøkelser. Yngre mottakere av hjemmetjenester får vedtak om flere timer i uka enn eldre brukere. Mens brukere over 67 år får tildelt 4,3 timer i uka i gjennomsnitt, får de yngre mottakerne tre ganger så mange timer i uka. Nye kommunale tilbud som trygghetsalarm, omsorgslønn, støttekontakt og avlastning, av helsedirektoratet omtalt som «de nye omsorgstjenestene» er, med unntak av trygghetsalarm, i hovedsak et tilbud rettet mot yngre brukere (Kjelvik 2011). Det samme gjelder brukerstyrt personlig assistent (Gabrielsen 2011). At det var store forskjeller i tildelingen av tjenester var derfor ikke overraskende. Det som var overraskende var at det i så liten grad ble tematisert. Når spørsmålet om mulig forskjellsbehandling ble introdusert innledningsvis under fokusgruppeintervjuene, ble spørsmålet først avvist. Når det utover i intervjuene likevel kom opp en rekke forskjeller, ble det begrunnet med ord som «naturlig», «sånn er livet», «livets gang» – og bruk av skjønn.

Grunnen til at det omtales som naturlig at unge skal ha en annen type hjelp enn eldre, og at eventuelle forskjeller ikke umiddelbart ble oppfattet som forskjellsbehandling, kan forklares med at yngre og eldre brukere ikke vurderes på samme måte. Yngre og eldre brukere oppfattes ikke som like, eller sammenlignbare tilfeller, derfor kan forskjellsbehandling oppfattes som legitimt, naturlig og være vanskelig å se. Yngre brukere sammenlignes med funksjonsfriske personer på deres egen alder – og hva som oppfattes som et verdig og akseptabelt liv for dem. De sammenlignes ikke med eldre – selv om de er brukere av de samme tjenestene og «konkurrerer» om de samme ressursene. Det er altså forskjeller i tildeling av hjelp mellom yngre og eldre som, når de blir avdekket eller tematisert, i første omgang omtales som naturlig og dermed unntatt fra videre begrunnelse.

Et viktig spørsmål når det gjelder krav til begrunnelse, er derfor hvorvidt alder likevel kan sies å være et relevant kriterium for tildeling av tjenester, eller om det kan sammenlignes med det Grimen omtaler som «irrelevante forskjeller som kjønn, klasse, etnisitet» (Grimen 2008). Alder er ikke nevnt. I Helse- og omsorgsdepartementets strategiske plan for omsorgstjenestene (2011-2015) nevnes heller ikke alder, men at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

I henhold til sosialtjenesteloven § 4-2 inngår alder (i tillegg til sykdom, funksjonshemming, og «andre årsaker») som et kriterium for tildeling av for eksempel praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse og støttekontakt. Eldre får imidlertid mindre hjelp, slik en rekke undersøkelser har vist, spesielt på de nevnte områdene, eller hjelpen settes inn for sent eller er feil hvis målet skulle være mobilisering, og mye tyder på at det skjer nettopp på grunn av alder. Alder fremstår som en legitim grunn for forskjellsbehandling – til fordel for yngre brukere.

5.1 Aldersmessig overskygging

Studier har vist at profesjonelle beslutninger ikke bare varierer, men også at variasjonene kan knyttes til utøvernes egne verdi- og moraloppfatninger (se Eriksen og Molander 2008:167-168). I profesjonell handling vil også normer og verdier kunne styre atferd og organisering (Grimen 2008:144).

Ulikheter i tjenestetilbudet til yngre og eldre brukere er, i hvert fall delvis, uttrykk for informantenes verdioppfatninger. Trolig er det normer og verdier som kan relateres til fortolkningskontekster som eksisterer i en bredere makro-orientert forståelsesramme (Blaakilde, Kirk & Swane 1998, Levy og Banaji 2002, Daatland og Solem 2011:123).

Det er god dokumentasjon på at synet på alderdom i den vestlige verden kan være både unyansert og forbundet med negative og stereotype oppfatninger (Blaakilde mfl 1998, Levy og Banaji 2002). Dette omtales i litteraturen som ageism eller alderisme. Vi har også valgt å bruke betegnelsen aldersmessig overskygging. Tendensen kommer til syne ved et implisitt uttrykk for at alderen i seg selv forklarer det problem eller behov som vurderes i tilknytning til «eldre» (Blaakilde mfl 1998:13-14). Levy og Banaji omtaler dette som «implicit ageism», det vil si «an alteration in feelings, belief, or behavior in response to an individual's or group's chronological age». Et viktig aspekt ved alderisme er at den nettopp kan være operativ uten at en er oppmerksom på det eller har intensjoner om å skade noen (2002:50). I kjernen av alderismen ligger at «de» gjøres til noe annet enn oss. De har ikke samme behov, interesser og verdi som oss (Daatland og Solem 2011:122), men den kan gå lengre. Alderdom kan settes lik med «sykdom og svækkelse» (Blaakilde mfl 1998) og «the presence of stereotypes linking weak, frail, and passive with the elderly» (Levy og Banaji 2002:56). I følge Daatland og Solem har tilbaketrekning, «å trekke seg tilbake», blitt det moderne samfunnets primære forventning til eldre år. Retten til pensjon veksles så å si mot en forventning om at en ikke lenger skal arbeide eller forplikte seg, men returnere til det nære og private rom (2011:231).

Utbredelsen av negative holdninger i befolkningen er imidlertid ikke tilstrekkelig kartlagt (Daatland og Solem 2011:123, Levy og Banaji 2002:56). Negative holdninger kan dessuten leve side om side med positive holdninger og verdier. Synet på eldre og alderdommen kan dessuten være forbundet med en viss ambivalens, og særlig negative holdninger kan være vanskelig å avdekke. Befolkningsundersøkelser (blant hvite amerikanere) har avdekket at *«implicit age attitudes stand in contrast to explicit attitudes, with the explicit attitude showing less negativity toward the elderly than the implicit association measure reveals»* (Levy og Banaji 2002: 55).

Våre bilder av aldring og eldre er historisk begrunnet og dermed kulturelt fundert, og negative bilder har, i følge Blaakilde mfl, gjort seg gjeldende både i gerontologisk forskning så vel som i hverdagslivets handlings- og språkbruk (1998:13-14). Daatland og Solem viser til tre ulike paradigmer som har preget det gerontologiske fagfeltet; først tilbaketrekningsteorien (disengagement theory), senere kom aktivitets-teorien, som er en sammenfatning av den kritikken som ble reist mot tilbaketrekkingsteorien og er mer

en måte å tenke på enn en sammenhengende teori. Der tilbaketrekkingsteorien fant tilbaketrekking, fant aktivitetsteorien utstøtning. Der tilbaketrekningsteorien fant indre forklaring, fant aktivitetsteorien ytre – eller eksterne begrensinger. Der tilbaketrekkingsteorien bygde på tilbaketrekking som nøkkel til det gode livet i eldre år, sto aktivitetsteorien for aktivitet og engasjement. Et tredje paradigme omtales som kontinuitetsteorien og fremstår som en brobygger mellom tilbaketrekkingsteorien og aktivitetsteorien (Daatland og Solem 2010:145-7). Dette er i samsvar med studier som hevder at gerontologien etter hvert er preget av begrepet aldring som en prosessuell utvikling fremfor mer fastlåsende kategorier som alderdom (Blaakilde mfl 1998:13-14)

Den aktivitetsteoretiske tankegang representerer, i følge Daatland og Solem, den sentrale begrunnelsen for en aktiv eldrepolitikk, og er uten tvil den tankegangen som har vært dominerende i den moderne eldrepolitikken og fortsatt er det (2011:146). Det slutter vi oss til. Aktiv omsorg er en av regjeringens fem strategier for å møte fremtidens utfordringer med flere nye brukere og flere eldre brukere. Tidlig intervensjon, forebygging og «hverdagsrehabilitering» ut fra brukernes egne premisser og ønskemål vektlegges. En utvidet forståelse av begrepet omsorgstjenester inneholder derfor tiltak som styrker fysisk aktivitet, sosial deltakelse, opptrening og tilrettelegging for å mestre dagliglivet og deltakelse i nærmiljøet (St.meld. nr 25 (2005-2006), NOU 2011:11, kap 5.5.1, s 63).

Å knytte behovet for mobilitet og aktivitet og muligheten til funksjonsforbedring til alder, slik vi har gitt flere eksempler på, er derfor ikke i samsvar med nasjonal helsepolitikk, nasjonale retningslinjer eller nyere medisinsk og gerontologisk forskning. En rekke undersøkelser har påvist at det ikke lengre gir mening å fastholde et universelt begrep om alderdomssvekkelse og at aldringen har store individuelle variasjoner og stor variasjonsbredde. Det vil si at innarbeidete normer og verdier kan settes på prøve ved hjelp av fagkunnskap.

I følge Blaakilde mfl har det gradvis skjedd en økende bevissthet om det problematiske ved å definere felles trekk ved alderdommen, ved det å være gammel og hvilke karakteristika som følger med alderen. Likevel er det ofte vanskelig å overføre nyansert kunnskap til daglig praksis (1998:13). Holdninger som er forankret i sentrale kulturelle verdier og blir delt av mange, er vanskelig å endre, ikke minst når de er internalisert og automatisert i ung alder. Det betyr at også eldre mennesker, som alle andre, vil kunne ha internalisert de samme holdninger (Daatland og Solem 2011:122). Levy og Banaji (2002) har en påstand om at alle mennesker, i varierende grad «are implicated in the practice of implicit ageism» (2002:50) og at negative og stereotype holdninger til eldre «er grunnleggende i vår kultur».

Når våre informanter vurderer behov som noe som er avhengig av brukerens alder, og forskjellsbehandling oppfattes som naturlig og derfor ikke krever noen videre begrunnelse, er det fordi ingen etterspør en slik begrunnelse. Det er «naturlig» for mange, og ikke bare de aktuelle tjenesteyterne som inngår i våre intervjuer. De innledende samtalene med enhetsledere viste i samme retning, og må det legges til – som forskere var vi trolig av samme oppfatning. I hvert fall til å begynne med.

Vårt oppdrag, og vår intensjon, var imidlertid å skaffe kunnskap om forskjellsbehandling av yngre og eldre brukere. Vi opererte derfor gjennomgående med kategorier som «de yngre» og «de eldre». Mange av våre informanter insisterte på de store forskjellene det var innad i disse kategoriene og at de tok individuelle hensyn. De mente at det var den enkelte bruker som var i fokus, og slik er det trolig også – i mange tilfelle.

Etter hvert ble det likevel tydelig at de mange tildelingene av tjenester som i utgangspunktet, og for mange, ble oppfattet og omtalt som «naturlig» og «normal» – og uttrykk for skjønn, også krever nærmere granskning og må gjøres til gjenstand for diskusjon.

5.2 Skjønn krever også begrunnelse

Rommet for skjønn er beskrevet som enda større når det ikke bare er rettigheter som skal innfris, men mål eller tilstander som skal realiseres gjennom offentlig inngripen. I blant blandes også rettigheter og målrealisering, som når en type hjelp (de skriver om økonomisk sosialhjelp) i følge loven er så vel en rettighet, gitt visse omstendigheter, som et middel til å gjøre hjelpemottakeren selvhjulp (Eriksen og Molander 2008:166).

Tildeling av tjenester skal skje i henhold til et krav om likebehandling, like tilfeller skal behandles likt, og hverken være vilkårlig, tilfeldig eller uforutsigbar samtidig som et element av skjønn er uunngåelig i tjenester knyttet til individuelle behov. Utøvelsen har i tillegg en faglig side der skjønn inngår som et element i alle kliniske beslutninger.

Skjønnsutøvelse står sentralt, men det må sees både innenfor en likebehandlingskontekst og en faglig kontekst, der førstnevnte også er regulert gjennom lover og retningslinjer. Tjenesteutøverne må altså innenfor de samme organisatoriske rammer forholde seg til to ulike kontekster. Det er to kontekster som stiller ulike krav til legitimering. Dette kan omtales som skjønnsnets normative kontekster, og betyr at skjønnsutøvelsen nettopp er bundet og situert (og ikke helt fritt). Dette er de to formelle kontekstene tjenesteutøverne handler innenfor, og det er ikke alltid helt klart hvilken målestokk for å bedømme en handling, som er relevant (Grimen og Molander 2008:188) – for eksempel om en person trenger mer pleie og omsorg enn annen.

I følge Svensson og Karlsson avgjøres de ulike kontekstenes betydning av hvordan yrkesutøverne faktisk rettferdiggjør sine beslutninger eller bedømmelser, om det skjer med henvisning til lover, økonomi og administrativ effektivitet eller til vitenskap og utprøvd erfaring og etikk (2008:265).

På grunn av den innledende problemstillingen, hadde vi som forskere fokus på forskjeller mellom yngre og eldre brukere, det vil si at likebehandlingskonteksten og sammenligning mellom grupper ble tillagt vekt. Det er imidlertid gode grunner for å tro at yrkesutøverne svarer ut fra en faglig eller klinisk kontekst.

Intervjuer: Når vi er inne på det store spørsmålet som vi er opptatt av, er det sånn at eldre gjennomgående får dårligere tilbud enn yngre, vil dere kunne si det?

Informant 1: Nei, ikke i fra vår side.

Informant 2: Nei, det vil jeg ikke si.

Intervjuer: Ikke fra deres side?

Informant 2: Det er jo prosedyrer for hva de trenger hjelp til, og hvis det endrer seg, så lager vi nye prosedyrer, og så oppdaterer de hele tiden.

Intervjuer: Dere gir hjelp etter vedtak, ikke sant?

Informant 2: Jo. Og hvis vi ser at /.../ nå har de endret seg, for nå har de hatt et sykehusopphold, nå er det dårligere med hjertet, og kanskje må vi gå inn og gjøre mer ting der. Så endrer vi prosedyrer, og så kommer vedtaket etter hvert.

Dette er eksempler på at de argumenterer ut fra individuelle behov, funksjonsnivå og diagnose hos den enkelte brukere, det vil si ut fra faglige eller kliniske begrunnelser. Ut fra denne konteksten kan

spørsmål om forskjellsbehandling bli oppfattet som irrelevant. Spørsmålet er stilt ut fra en likebehandlingskontekst, som stiller krav til at like tilfeller skal behandles likt, mens informanten svarer ut fra en klinisk eller faglig kontekst.

Andre undersøkelsen av hjemmetjenesten viser at markedsinspirerte tenke- og talemåter i større grad har funnet fotfeste, eller fremstår som uproblematisk, på det administrative plan – i det kommunale toppsjiktet. De ansatte som sto i nær kontakt med hjelpemottakerne, beskriver arbeidet i erfaringsnære begreper og kategorier som ligger nærmere den tradisjonelle velferdsmodellen. Beskrivelser som røper en oppfatning om at god omsorg krever en fleksibel tilpasning til konkrete personer og situasjoner (Vabø 2003:120).

Det stemmer med erfaringer vi har gjort gjennom våre intervjuer.

Gode vurderinger er avhengig av flere forhold enn diagnose og funksjon, men også av faktorer som gir andres liv mening og verdighet, slik vi har beskrevet innledningsvis. Begrunnelser av denne type handling må derfor baseres på en situasjonsbeskrivelse. Slike beskrivelser krever både dagliglivskunnskap og vitenskapelig kunnskap, og utgjør sentrale elementer i all utøvelse av skjønn (Grimen og Molander 2008:203). Oppfatninger av hva som er nødvendig og hva som er verdig omsorg er knyttet til handlinger som ligger nær opptil våre personlige, daglige gjøremål i eget hjem og familie – ja, til våre egne normer og verdier. Slike beskrivelser fikk vi mange av gjennom våre intervjuer.

Oppgavene er selvsagt mer utfordrende og kunnskapskrevende ved sykdom og funksjonsnedsettelse, men denne nærheten kan medføre «at rammer som er moralske på et vis som hører mer heime i dagliglivet blir gjort gjeldende» (Måseide 2008:31). Problemet er ikke at dagliglivet bringes inn i den faglige vurderingen, men at «dagliglivskunnskapen» får forrang og normer og verdier som hører dagliglivet til overtar eller skygger for eventuelle faglige vurderinger, eller oppfattes som tilstrekkelige og selvsagte og derfor unndrar seg videre begrunnelse. Et sentralt eksempel er når vårt spørsmål om det gjøres forskjell på brukere blir gitt følgende svar: «Ja, det tror jeg. Men det tror jeg er ubevisst» eller begrunnes med at det er «naturlig... altså, det er jo skjønn i alle saker».

I denne type tilfeller, og det var det flere av, blir ingen av de to formelle normative kontekstene for skjønnsutøvelse gjort relevante – eller virksomme. En vurdering fattet ut fra eksisterende, etablerte og implisitte verdier og normer og oppfatninger tas for gitt, slik vi allerede har vist, og legitimeres ved å henvise til utøverens rett til å utøve «skjønn». Denne formen for «skjønn» kan neppe kvalifisere til betegnelsen faglig skjønn – og vurderingen var i mange tilfeller ikke knyttet til den enkelte brukers individuelle behov og funksjonsnivå, men til alder – og oppfatninger om «livets gang». Det er i slike tilfeller vi kan snakke om alderisme eller aldersmessig overskygging.

Nyere gerontologisk forskning viser at både «såkalte aldringsfænomener» og fysisk svekkelse i alderdommen oftest kan diagnostiseres som sykdom og eller manglende fysisk vedlikeholdelse (Kirk 2002:25,46,47). Individualiseringen har dessuten et formål, for eksempel å minske den enkeltes lidelse eller forbedre hans fysiske, psykiske og sosiale funksjonsnivå. Den individualiserte behandling er ferdig når formålet er oppnådd (Grimen og Molander 2008:190). Diskusjoner om mål er derfor avgjørende for å få frem de faglige begrunnelsene, og slike begrunnelser må være fundert i det enkelte tilfelle og hvilke ressurser brukeren har i forhold til mobilisering. Dette må også gjelde eldre brukere.

Skjønnsutøvelsen er uomgjengelig, men den må ernære seg av faglig kunnskap som kvalifiserer for utførelsen av en rekke oppgaver og som både kan systematiseres, kommuniseres og læres. Samtidig er det ikke noe én til én forhold mellom den allmenne fagkunnskapen eller forskningsresultatene og det

enkelte tilfelle. Vurdering krever dømmekraft og dømmekraft utvikles gjennom personlig erfaring. Dagliglivskunnskap inngår dessuten som et sentralt element i all skjønnsutøvelse, noe som trolig er særlig tilfelle i hjemmetjenesten.

Skjønnsutøvelse innebærer alltid en risiko, et moment av vilkårlighet, omtalt som skjønnets byrder (Grimen og Molander 2010). Skjønnets moment av vilkårlighet kan slå ut på flere måter. Tjenesteyterne er opptatt av individualisering, samtidig som det er et problem hvis tid, penger og energi er knappe ressurser, som det oftest er. Da oppstår et prioriteringsproblem, som, i følge Grimen og Molander, ikke kan løses uten å ta hensyn til andre enn eget unikt tilfelle. Resultatet kan bli ubegrunnet ulikebehandling, hvis individualiseringskravet tar overhånd, eller utilstrekkelig individualisering hvis krav om likebehandling tar overhånd (Grimen og Molander 2008:190).

Problemet er imidlertid ikke, slik vi ser det, at individualiseringen har gått for langt, slik Grimen og Molander antyder at den kan gjøre, og dermed føre til ulikhet i tjenestetilbud. Problemet er heller at tjenesteutøverne opererer innenfor en ulegitimert handlingskontekst som tillater at eldre behandles som gruppe eller kategori uavhengig av deres individuelle behov. Sammenlagt kan det foregå en systematisk forskjellsbehandling, ved at yngre og eldre rent faktisk tildeles tilbud – utfra oppfatninger om yngre og eldre som tas for gitt og derfor unndras diskusjon og korreksjon. Normer og verdier, og mulige stereotype oppfatninger om alderdom og «livets gang» korrigeres ikke av fagkunnskap eller konkrete beskrivelser av brukerens faktiske situasjon – for eksempel ensomhet.

Våre intervjuer har avdekket at en rekke «behov» hos eldre brukere kan være underkommunisert, oversett, ikke vurdert eller regnes som en uløselig del av livet selv. Behovene kan eksistere, de kan til dels oppfattes, men kategoriseres ikke som «bistandsbehov» og utløser i hvert fall ikke tilbud om tjenester. Vedtakene om bistand kan dessuten ikke sees uavhengig av målene. Ulike mål, uenighet om målene, eller kanskje også manglende diskusjoner om mål, vil kunne gi forskjellig innhold i tjenestene, og – kan i seg selv være uttrykk for ulike holdninger til yngre og eldre mennesker – intendert eller ikke. Det implisitte målet for yngre brukere er at livet skal være mest mulig likt slik det kan være for andre yngre mennesker, mens eldre brukere ikke blir gitt lignende sammenligningsgrunnlag. I tillegg kommer at yngre brukere er mer bevisst sine rettigheter og trolig har lettere for å få gjennomslag for sine behov, av de samme grunner som angitt ovenfor.

5.3 Felles møteplasser – en arena for kvalifisering av skjønn

Tjenestene til den enkelte bruker involverer mange og forskjellige hjelpere med ulik alder, faglig og kulturell bakgrunn. Felles mål og «klare linjer» er derfor et viktig anliggende for våre informanter.

Å sette, og å opprettholde, klare mål for tjenestene innebærer i seg selv en utfordring. Situasjonene endrer seg kontinuerlig, og endring er i seg selv en begrunnelse for nødvendigheten av skjønnsutøvelse. Informantene la derfor vekt på betydningen av observasjon og på betydningen av å kunne observere og vurdere fra gang til gang. De faglærte opplevde å ha et stort ansvar, og et ansvar som strakk seg utover egen tjeneste fordi de også måtte stole på tjenesteutøvere uten utdanning og opplæring. De måtte «delegere oppgaver, men ikke ansvar». Det krever at de personene som møter den enkelte bruker også kan observere og forstår hvordan observasjonene skal tolkes, beskrives og bringes videre. Det krever bevisstgjøring, refleksjon og veiledning – og det krever muntlig dialog.

Behovet for bevisstgjøring gjennom dialog er i samsvar med teoretiske analyser av hvordan skjønnstøvelse kan ansvarliggjøres, det vil si å gjøre skjønnnet så kvalifisert som mulig. En strategi er å gi rom for ordninger som til en viss grad kan holde noen av byrdene, for eksempel innflytelse av egen erfaring og vage begrep, i sjakk. Det siste må trolig forankres i argumentasjonsfellesskap, som kontinuerlig gjør skjønnets byrder til gjenstand for diskusjon (Grimen og Molander 2008:179,193, 195). Det er i samsvar med andre studier av praksis, der en av grunntankene er at «italesat, måske begrebliggjort» praksis må gjøres til gjenstand for både individuell og kollektiv refleksjon. Dette kan igjen bidra til å utvikle praksis – i en forhandlet utviklingsretning, også fordi en endret forståelse av praksis i seg selv kan bidra til å endre praksis. Synspunktene er basert på at det er et skille mellom handling og umiddelbare beskrivelser av handling og refleksjoner over handlinger (Borg 2010:205).

Et stort antall tjenesteutøvere, som ikke er samkjørte i arbeidet overfor den enkelte utøver, kan bidra til manglende kvalitet og være kilde til frustrasjon: Å arbeide mot felles mål blir en utfordring og utøvere kan settes opp mot hverandre, slik vi har vist flere eksempler på. Motsetninger mellom utøverne kan imidlertid utnyttes positivt, og bidra til utvikling og mer komplekse og nyanserte situasjonsbeskrivelser, men det krever som tidligere nevnt felles møteplasser og kvalifisert ledelse og bevissthet om møtenes innhold, form og funksjon.

En viktig del av profesjonsetikken eller yrkeskulturen er knyttet til refleksjon over normer og verdier (Grimen 2008:144). Det er kjent fra klassisk sosialpsykologi at negative holdninger og stereotyper trives best når de ikke korrigeres av egne korrigeringer (Daatland og Solem 2011: 123), og uten nødvendige korrigeringer vil tendensen til det vi tidligere har omtalt som «en ikke-intendert, ubegrunnet forskjellsbehandling» kunne opprettholdes (Eriksen og Molander 2008). Refleksjon over normer og verdier krever også at innarbeidete praksiser gjøres synlig og eksplisitt (Levy & Banaji 2002:50). Praksis dreier seg ikke bare om innsatser som kan planlegges, gjennomføres og evalueres instrumentelt, der kvalitet kan standardiseres og måles (Borg 2010:205).

Mange av informantene var svært bevisst betydningen av felles møteplasser og muntlig rapport som arena for refleksjon over faglige spørsmål, normer og verdier. Noen avdelinger hadde i større grad enn andre klart «å gi rommet for faglig skjønn» et innhold og gjort diskusjoner om skjønn til et felles anliggende og ikke bare den enkeltes individuelle ansvar. Det var nødvendig for å kunne «jobbe målrettet» og etter «felles linje» selv om de «alle er forskjellige på jobb». En faglig forsvarlig praksis blir dermed gjort til et felles anliggende og kan bidra til et tydeligere og felles kunnskapsgrunnlag. I NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg blir det formulert et behov for å gi omsorgstjenestene en synlig identitet og å anerkjenne nødvendigheten av at sektoren har sitt eget kunnskapsproduserende regime samtidig som utvikling av tjenestekvalitet krever en flerfaglig utvikling (130,150). Et tydeligere fokus på skjønnets normative kontekster kan øke bevisstheten om eget kunnskapsgrunnlag.

Kompleksiteten i tjenesten har økt og det er en kjensgjerning at en enkelt yrkesgruppe ikke kan møte alle behovene. Er det flere som gir tjenester til samme person, noe det ofte er, avhenger den enes muligheter og virkninger av det den andre gjør, og hva andre faktisk kan gjøre. Den ene skal virke gjennom den andre. Det krever at flere og i utgangspunktet spredte aktører og institusjoner skal lære å etablere en koordinert innsats, som både krever oppgavefordeling og arbeidsfordeling (Dreier 1996). Det krever bevissthet både om eget og andres kunnskapsgrunnlag og om hverandres mulige bidrag.

Et tydeligere kunnskapsgrunnlag kan være en forutsetning for de samarbeidsformer som praksisfeltet etter hvert krever og bidra til et bedre faglig grunnlag for samarbeid på tvers av etater og yrkesgrupper. Det kan være en av flere forutsetninger for å innfri kravene som stilles i de nasjonale i retningslinjene

om at «skjønnsutøvelsen og hvilke vurderinger som er gjort i den konkrete sak» krever en redegjørelse (IS-1040:47). Da kan skjønnsutøvelsen bringes nærmere helsepolitiske intensjoner om et forsvarlig tjenestetilbud til de som trenger det mest, og at tjenestetilbudet skal være likeverdig og uavhengig av alder (Prop 1 S (2009-2010):159).

6 KONKLUSJON

Bakgrunn for dette prosjektet er den store veksten i yngre brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester og at eldre brukere, selv om de er flest, får en stadig mindre andel av ressursene. Hjemmetjenester er regulert av lover og retningslinjer og tildeles til personer som har vesentlig svekket funksjonsevne og som ikke kan dra omsorg for seg selv eller er helt avhengig av praktisk hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Tjenesteutøverne skal på bakgrunn av vedtak gi likeverdig bistand basert på skjønnsmessige vurderinger, og ulik behandling krever relevante forskjeller mellom tilfellene.

Ulikheter i tjenestetilbudet til yngre og eldre brukere er allerede godt kartlagt. Spørsmål om ulikheter i tjenestetilbudene ble likevel sentralt også i denne undersøkelsen, også for å få svar på hvorfor det er slik. Et gjennomgående spørsmål har derfor vært synet på hva som er nødvendig og hva som er verdig omsorg, og om det er grunnlag for å snakke om ulike praksiser – eller omsorgsregimer til yngre og eldre brukere.

For å kunne besvare disse spørsmål ble det gjennomført fokusgruppeintervju med høyskoleutdannet personale i to ulike enheter: hjemmetjenesten og rehabiliteringsenheten, i tre kommuner i tre forskjellige fylker.

Vi har fått kunnskap om innholdet i tjenestene, hvordan tjenesteutøverne samarbeider om felles brukere internt i egen enhet og på tvers av enhetene, samt informantenes begrunnelser og vurderinger som ligger til grunn for tjenestene de gir til yngre og eldre med bistandsbehov.

På bakgrunn av vårt empiriske materiale vil vi konkludere med at det er forskjellige praksiser til yngre og eldre brukere av hjemmetjenester, med ulike vurderingsgrunnlag og standarder for hjelpen.

Yngre brukere og yngre pårørende oppleves som grupper som er godt kjent med sine rettigheter som (for)brukere og som er i posisjon til å stille krav. I tillegg ble vi presentert for flere eksempler på at yngre brukere har lettere tilgang til en rekke tjenester enn eldre. Det vil si at deres krav og behov anses som mer legitime eller selvsagte, uavhengig av om de stiller krav eller ikke. Et sentralt funn er derfor at alder i seg selv utgjør en uttalt norm og blir lagt til grunn for vurdering av bistandsbehov. Målet med tjenestene er at yngre brukere, så langt det lar seg gjøre, skal kunne leve mest mulig som yngre personer – uten funksjonshemming. Derfor trengs det omfattende bistand.

Eldre brukere er mindre kjent med sine rettigheter og stiller ofte ikke krav. Behov hos eldre brukere vurderes heller ikke ut fra samme målestokk eller norm som hjelp til yngre brukere. Intervjuene avdekket at en rekke «behov» hos eldre brukere kan være underkommunisert, oversett, ikke vurdert, eller regnes som en uløselig del av livet selv. Behovene kan eksistere, de kan til dels oppfattes, men kategoriseres ikke som «bistandsbehov», og de utløser ikke tilbud om tjenester.

Grunnen til at det omtales som naturlig at unge skal ha en annen type hjelp enn eldre, og at informantene ikke umiddelbart oppfattet dette som forskjellsbehandling, kan forklares med at yngre og eldre brukere ikke vurderes på samme måte. Yngre og eldre brukere oppfattes ikke som like, eller sammenlignbare tilfeller, derfor kan forskjellsbehandling oppfattes som legitimt, naturlig og være vanskelig å se.

Yngre brukere sammenlignes med funksjonsfriske personer på deres egen alder – og hva som oppfattes som et verdig og akseptabelt liv for dem. De sammenlignes ikke med eldre – selv om de er brukere av de samme tjenestene og «konkurrerer» om de samme ressursene. Pleietrengende eldre sammenlignes ikke med funksjonsfriske eldre på samme alder. Det er altså forskjeller i tildeling av hjelp mellom yngre og eldre som, når de blir avdekket eller tematisert, i første omgang omtales som naturlig og dermed unntatt fra videre begrunnelse.

Våre analyser viser at etablerte og felles rom for refleksjon over egen praksis, kunnskaper og holdninger vil kunne bidra til at skjønnsutøvelsen bringes nærmere helsepolitiske intensjoner om et forsvarlig tjenestetilbud til de som trenger det mest, og at tjenestetilbudet skal være likeverdig og uavhengig av alder.

REFERANSELISTE

- Abrahamsen, DR (2005) Mer hjemmetjenester til mottakere under 67 år. Statistisk Sentralbyrå. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200605/04/> lok.18.5.2011
- Beswick, AD; Rees, K; Dieppe, P; Ayis, S; Gooberman-Hill, R et al (2008) Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 371: March 1
- Birkeland, A; Natvig, GK (2008) Gamle, hjelpetrengende og alene. *Vård i Norden*, 28; 1:18-21
- Birkeland, A; Flovik, AM (2011) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Blaakilde, AL; Kirk, H; Swane, CE (1998) Mennesket i gerontologien, i Blaakilde AL, Swane CE (red) *Aldring og aldrebilder – mennesket i gerontologien*. Munksgaard. København
- Borg, T (2010) Viden i praksis, i Thorgaard, K; Nissen, M; Juul Jensen, U. *Viden, virkning og virke – forslag til forståelser i sundhedspraksis*. Roskilde Universitetsforlag
- Brevik, I (2010) Den nye hjemmetjenesten – langt mer enn eldreomsorg. NIBR-rapport: 2
- Carlson, JF et al (1999) Disability in older adults 2: Physical activity as prevention. *Journal of behavioural medicine*, 24:157-168
- Christensen, K (2003) De stille stemmer, i Isaksen, Lise Widding (red.) *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk. Oslo
- Coffey, A; Atkinson, P (1996) *Making sense of qualitative data*. Sage Publications. London
- Curry, LA; Nembhard, IM; Bradley, EH (2009) Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation* 119: 1442-1452
- Dreier, O (1996) Ændring af professional praksis på sundhedsområdet gennem praksisforskning, i Juul Jensen, U., Quesel, J og Fuhr Andersen, P.(red.) *Forskelle og forandring. Bidrag til humanistisk sundhedsforskning*. Philosophia. Århus
- Daatland, SO; Solem, PE (2011) *Aldring og samfunn*. Fagbokforlaget. Bergen
- Eriksen, EO; Molander, A (2008) Profesjon, rett og politikk, i Molander A og Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget AS. Oslo
- Flick, U (2008) *Doing Focus Groups*. Sage Publications Ltd. London
- Fudge, N; Wolfe, CDA; McKevitt, C (2008) Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. *BMJ* 336: 313-317
- Gabrielsen B (2011) Flere med brukerstyrt personlig assistent. *Samfunnsspeilet*. Statistisk sentralbyrå 2:18-22.
- Gautun, H; Hermansen, Å (2011) Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. Fafo-rapport 12
- Gosbee, J (1998) Communication among health professionals. Human factors engineering can help make sense of the chaos. *BMJ* 316: 642
- Griffiths, J; Austin, L; Luker, K (2004) Interdisciplinary teamwork in the community rehabilitation of older adults: an example of flexible working in primary care. *Primary Health Care Research and Development*; 5:228-239
- Grimen, H (2008) Profesjon og profesjonsmoral, i Molander A og Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget AS. Oslo
- Grimen, H; Molander, A (2008) Profesjon og skjønn, i Molander A og Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget AS. Oslo
- Halkier, B (2010) *Fokusgrupper*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo
- Heikkinen, E (2003) What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf>, accessed 29.09.2003)

- Hofstad, GE; Norvoll, R (2003) *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Rapport Sintef Helse
- Huby, G; Brook, JH; Thompson, A; Tierney, A (2007) Capturing the concealed: interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care* 21: 55-67
- Jacobsen, K; Granbo, R (2011) Større faglig bredde bidrar til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. *Sykepleien Forskning*, 6.152-158
- Kirchhoff, JW (2010) *De skjulte tjenestene – om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Dissertation. Karlstad University Studies:1
- Kirk, H (1998). Aldringskurven som svækkelsesbilde, i Blaakilde AL, Swane CE (red) *Aldring og aldrebilder – mennesket i gerontologien*. Munksgaard. København
- Kjellberg, PK; Ibsen, R; Kjellberg, J (2011) Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. Dansk Sundhedsinstitut, publikation. København
- Kjelvik, J (2011) Mindre del av utgiftene går til eldre. *Samfunnsspeilet nr 2*. Statistisk sentralbyrå
- Kvale, S (1996) *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage. London.
- Lambert, H (2002) Anthropology in Health research: from qualitative methods to multidisciplinary. *BMJ*; 325:210-213
- Langset, B (2006) Arbeidskraftbehov i pleie- og omsorgsektoren mot år 2050. *Økonomiske analyser* 4. Statistisk sentralbyrå
- Levy, B; Banaji, M (2002) Implicit Ageism, i Nelson TD (ed) *Ageism. Stereotyping and prejudice against older people*. Massachusetts Institute of Technology
- Malterud, K (2002) Kvalitative metoder i medisinsk forskning—forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 25; 122: 2468-7.
- McCallin, A (2000) Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated review. *J Clin Nurs*. Jul; 10(4):419-28
- Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring. www.kunnskapssenteret.no. lok.28.11.2010
- Måseide, P (2008) Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv, i Molander, A og Terum, LI (red.) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget AS. Oslo
- Nasjonalt digitalt læringsenter, Stille rapport, <http://ndla.no/nb/pring/6743?fag>, lok.16.11.2011
- Nyseth, T (2007) Introduksjon, i Nyseth m.fl. (red.) *I disiplinenes grenseland: tverrfaglighet i teori og praksis*. Fagbokforlaget. Bergen
- Oandasan, IF; Conn, LG; Lingard, L; Karim, A et al (2009) The impact of space and time on interprofessional teamwork in Canadian primary health care settings: implications for health care reforms. *Primary Health Care Research and Development*, 10:151-162
- Orvik, A (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. J.W. Cappelens Forlag a.s. Oslo
- Reid, R; Haggerty, J; McKendry, R (2002) Defusing the Confusion. Concepts and Measures of Continuity of Healthcare. Ottawa. Canadian Health Services Research Foundation
- Romøren, TI (2006) *Yngre personer som mottar hjemmetjenester: hvem er de, og hvorfor øker antallet så sterkt?* Høgskolen i Gjøviks rapportserie nr. 8. Høgskolen i Gjøvik. Gjøvik
- Savage, J (2000) Ethnography and health care. *BMJ* 321: 1400-1402.
- Skaar, R; Fensli, M; Söderhamn, U (2010) Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt – En intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge. *Vård i Norden*. 30;2:33-37
- Sletvold, O; Materstvedt, LJ; Klepstad, P (2010) *Prisen på et liv*. Kronikk, Aftenposten 15.06
- Solvang, A (2005) Stille rapport, *Sykepleien* 2005 93(19):58-60
- Spiriduso, WW; Cronin, DL (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine and science in sports and exercise*; 33:598-608
- Svensson, LG; Karlsson, A (2008) Profesjoner, kontroll og ansvar, i Molander A og Terum LI (red.) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget AS. Oslo
- Thommesen, H; Normann, T; Sandvin, JT (2008) *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Kommuneforlaget. 2. utgave. Oslo
- Thorsen, K (2003) Ensomhet og helse. Intervju med Kirsten Thorsen. <http://www.sinneshelse.no/artikler/ensomhet.htm>

-
- Thorsen, K (2008) Betydningen av hjemmet i eldre år, i Hauge S og Jacobsen FF. *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Cappelen Damm AS, 15-34. Oslo
- Thorsen, K; Clausen, SE (2009) Hvem er de ensomme? *Samfunnsspeilet*. Statistisk sentralbyrå, 1:74-78
- Tremethick, MJ (2001) Alone in a crowd: A study of social networks in home health and assisted living. *Journal of Gerontological Nursing*, 27, 5:42-47
- Vabø, M (2001) *Forbrukermakt – en kilde til bedre omsorgstjenester?* i Thorsen K, Dahle R. og Vabø M. Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene. Nova. Oslo
- Vabø, M (2003) Forbrukermakt i omsorgstjenesten – til hjelp for de svakeste? i Isaksen, LW (red.) *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsetaten*. Makt- og demokratiutredningen. Gyldendal Akademisk. Oslo
- Ware, NC; Lachicotte, WS; Kirschner, SR; Cortes, DE; Good, BJ (2000) Clinician experiences of managed mental health care: a rereading of the threat. *Medical Anthropology Quarterly* 14: 3-27

Offentlige dokumenter

- FOR 2010-11-12 -1426 *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. Helse- og omsorgsdepartementet
- FOR 2003-06-27-792 *Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Helsedirektoratets strategiske plan for omsorgstjenestene 2011 – 2015. Helsedirektoratet
- IS-1040 Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet 2006
- IS-1112 Veileder. IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet
- IS-1201 Veileder. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven
- LOV-1982-11-19-66 *Lov om helsetjenesten i kommunen*. Helse- og omsorgsdepartementet (sist endret: LOV-2009-06-19-72)
- LOV-1991-12-13-81 *Lov om sosiale tjenester mv.* Helse- og omsorgsdepartementet (sist endret: LOV-2009-12-18-131)
- Nasjonal helseplan (2007-2010). St.prp.nr. 1 (2006-2007). Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU 1999: 2 *Livshjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop 1 S (2009-2010). Helse- og omsorgsdepartementet
- Rapport fra Helsetilsynet 5/2011. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre
- Riksrevisjonen (2009). Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1
- Rundskriv I-20/2000 til lov om sosiale tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld. nr. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Helse- og omsorgsdepartementet
- Utvikling gjennom kunnskap (2010). Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing, Overordnet strategi 2011-2015. Helsedirektoratet

TIDLIGERE UTGIVELSER I SENTER FOR OMSORGSFORSKING – RAPPORTSERIE:

1/2012: Mona Andersen: En kartlegging av relevante og praksisnære problematikker knyttet til implementering av IPLOS i norske kommuner. Sluttrapport fra en pilotstudie

2/2012: Vibeke Bostrøm og Per Gunnar Disch: Lindrende omsorg ved livets slutt. En evaluering av et kompetanseutviklingsprogram i Vestfold

1/2011: Torbjørn Herlof Andersen: Det er slik livet er. Perspektiver fra et forskningsprosjekt om menn som primære omsorgspersoner for partner/ektefelle med betydelig omsorgsbehov.

2/2011: Oddvar Førland: Evaluering av prosjektet «Trygg overføring»: Et samhandlingsprosjekt om inn- og utskriving av eldre pasienter mellom sykehus og kommunale hjemmetjenester

Rapportene finnes i fulltekst på www.omsorgsforskning.no



Senter for
omsorgsforskning
N O R D - N O R G E