



Tilgang til helse- og omsorgstjenester for hjemmeboende
eldre som får lite hjelp fra et sosialt nettverk

Pernille Martinussen

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Masteroppgave

Master i tjenesteutvikling til eldre

Antall ord: 23821

01.12.2021

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Tittel: Tilgang til helse- og omsorgstjenester for hjemmeboende eldre som får lite hjelp fra et sosialt nettverk

Bakgrunnen: for oppgavens tematikk er en politisk satsning på mer pårørendeinvolvering i eldreomsorg. Det offentlige har lenge tatt stort ansvar i eldreomsorg i Norge, men i senere politiske styringsdokumenter legges det opp til å fordele flere omsorgsoppgaver til uformelle omsorgsgivere. Det gjør det relevant å utforske hvordan det tas høyde for at noen eldre mangler tilgang til hjelp fra uformelle omsorgsgivere.

Formålet: med oppgaven var å utforske hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige og fungerer for eldre som får lite hjelp fra et sosialt nettverk.

Metode: jeg søkte kunnskap om tematikken gjennom fem kvalitative intervjuer med tjenesteanvarlige hjemmesykepleiere. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Funnene ble utarbeidet gjennom en refleksiv tematisk analyse bestående av seks analytiske steg beskrevet av Braun et al. (2019).

Funn: ble presentert som tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer. Temaene omhandlet aspekter ved tjenestetilbudet som kunne gjøre det mindre tilgjengelig og helhetlig for eldre med lite hjelp fra et sosialt nettverk. De tre hovedtemaene var 1) ingen til å stille krav, 2) manglende hjelp med praktiske gjøremål og 3) behov for ekstra tid til kartlegging.

Konklusjon: Med utgangspunkt i erfaringene til et begrenset utvalg hjemmesykepleiere tyder funnene på at det kan være vanskelig for eldre uten hjelp fra uformelle omsorgsgivere å få nødvendig hjelp med å komme seg til medisinske undersøkelser og behandlinger utenfor hjemmet. Fordi det kommunale følgetilbudet var unntaksvis og tilfeldig organisert. Videre beskrev hjemmesykepleierne at kommunens tilbud på en lite helhetlig måte imøtekom brukernes praktiske behov når det var snakk om oppgaver utenfor kommunens definerte tjenestetilbud. Hjemmesykepleierne beskrev videre at det kunne være sårbart å stå uten uformelle omsorgsgivere som stilte krav til omsorgstilbudet. De erfarte at dette noen ganger gjorde at brukerne fikk et mindre omfattende omsorgstilbud.

Nøkkelord: *hjemmeboende eldre, helse- og omsorgstilbud, eldre med lite hjelp fra et sosialt nettverk, eldre med lite støtte i et sosialt nettverk, ingen uformelle omsorgsgivere*

Abstract

Title: Access to healthcare services for home-dwelling elderly who has little help and support in social networks.

Background: The backdrop of this thesis is a political change of direction presented in recent Norwegian white papers indicating that more responsibility in elderly care will be displaced to informal caregivers. This makes it important to examine how elderly who lack support in social networks is ensured necessary and appropriate healthcare services.

Purpose: The purpose was to provide knowledge about how municipal health care services are accessible and comprehensive to elderly who has little help and support in social networks.

Method: Knowledge was generated through five qualitative research interviews with home health nurses. The interviews were carried out based on a semi-structured interview guide. The results were developed through a reflexive thematic analysis based on six analytic steps introduced by Braun et al. (2019).

Findings: the findings were presented as three main themes with subthemes. The themes reflected aspects to the municipal healthcare services that could make them less accessible or integrated for elderly that lacks support from a social network. The three main themes were: 1) no one to claim for their rights, 2) a lack of help with practical chores and 3) necessary with extra time for screening to gain insight in needs

Keywords: home care, health care services to elderly, without informal caregivers, access to services, integrated home care services

Forord

Først vil jeg takke bydelene som tok imot min forespørsel om å intervju ansatte i deres bydel. Videre vil jeg takke alle informantene som stilte opp på intervju og delte av sine erfaringer og av sin tid. Det gjorde dette prosjektet mulig.

Videre vil jeg takke veilederen min Lise-Merete Alpers, som jeg har hatt gleden av å samarbeide med og lære fra gjennom prosjektet. Du har vært engasjert, oppfølgende, trygg, og faglig dyktig. Tilbakemeldingene du har gitt meg, har hjulpet meg forbi mang et hinder.

Jeg vil takke Esther Marie Lier, ved Ullern frivillighetsentral, for interessant samtale om frivillighetsentralenes historie, rolle og arbeid.

Jeg vil takke Lars Eivind Bjørnstad, prosjektleder for prosjektet «Frivillighet og Nettverk» i Oslo kommune, for interessant samtale om prosjektarbeidet som så på måter å knytte den formelle eldreomsorgen til initiativer og fellesskapsarenaer utenfor helsesektoren.

Jeg vil takke Liridona, min beste venninne, som har støttet meg gjennom hele prosjektet.

Jeg vil takke hunden min Bobby, for at han er min beste avkobling etter en dag med skriving.

Jeg vil takke foreldrene mine som med innlevelse støtter prosjektene jeg starter opp.

Helt til slutt vil jeg takke den eldre damen, som ble en venn, og som er inspirasjonen bak denne oppgaven.

Oslo, desember 2021

Pernille Martinussen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Hensikt og problemsstilling.....	3
2	Tidligere forskning og teoretisk rammeverk.....	4
2.1	Uformell omsorg.....	4
2.1.1	Uformell omsorg i dag og i fremtiden.....	5
2.2	Formell omsorg.....	5
2.2.1	Likeverdige helse- og omsorgstjenester.....	6
2.2.2	Forvaltningsmodeller for kommunale helse- og omsorgstjenester.....	7
2.2.3	Bestiller-utfører-modellen.....	7
2.2.4	Tillitsmodellen.....	9
2.3	De uformelle omsorgsgivernes rolle i tjenestetildeling.....	10
2.4	Teoretisk rammeverk.....	12
2.4.1	Lipskys teori om bakkebyråkratene.....	12
2.4.2	Limit client demand – «begrense etterspørselen etter velferdstjenesten».....	13
2.4.3	Creaming – «skumming av fløten».....	14
2.4.4	Advocacy – «kjempe brukerens sak».....	15
3	Metode.....	17
3.1	Forskningsdesign.....	17
3.2	Kvalitative forskningsintervju.....	18
3.3	Forforståelse.....	18
3.4	Utvalg og rekrutteringsprosess.....	20
3.4.1	Strategisk utvalg.....	20
3.4.2	Fremgangsmåte rekruttering.....	20
3.4.3	Beskrivelse av utvalget.....	21
3.5	Litteratursøk.....	22
3.6	Gjennomføring av intervjuene.....	24
3.7	Analyse.....	26
3.7.1	Steg 1: gjøre seg kjent med datamaterialet.....	26
3.7.2	Steg 2: koding.....	27
3.7.3	Steg 3: utvikle foreløpige temaer.....	27
3.7.4	Steg 4: vurdere de foreløpige temaene.....	27

3.7.5	Steg 5: definere og navngi temaene	28
3.7.6	Steg 6: skrive rapporten.....	28
3.8	Reliabilitet, validitet og overførbarhet.....	29
3.9	Etiske overveielser.....	30
3.9.1	Personvern og anonymitet.....	30
3.9.2	Frivillighet.....	31
3.9.3	Etiske betraktninger i transkripsjon og analyse.....	31
4	Resultater.....	32
4.1	Ingen til å stille krav	33
4.1.1	Ingen som stiller krav etter utskrivning fra sykehus	33
4.1.2	Ingen som stiller krav til varighet på korttidsopphold	35
4.1.3	Ingen som klager ved avslag på sykehjemssøknad	35
4.2	Manglende hjelp med praktiske gjøremål	38
4.2.1	Unntaksvis og tilfeldig følgetilbud.....	38
4.2.2	Udekkede praktiske behov i hjemmet	42
4.3	Behov for ekstra tid til kartlegging.....	46
4.3.1	Etterspør ikke tjenestene på eget initiativ	46
4.3.2	Må opparbeides tillit.....	48
4.3.1	Behov for tid til samtale	50
4.3.2	Behov for tid til observasjon	51
5	Diskusjon.....	53
5.1	Kan man møte helsevesenet alene?	53
5.1.1	Barrierer som hindrer brukernes tilgang til helse- og omsorgstjenester	53
5.1.2	Transport- og følgebarrieren	54
5.1.3	Søke- og klagebarrieren	55
5.1.4	Standardisering av tjenestetilbud hindrer helhetlig omsorg.....	57
6	Konklusjon	59
6.1.1	Hovedresultater	59
6.1.2	Slutninger	61
6.1.3	Konklusjoner	61
6.1.4	Implikasjoner for praksis.....	62
	Litteraturliste	63
	Vedlegg	68

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: intervjuguide i stikkordformat

Vedlegg 3: Godkjenninger fra NSD

Vedlegg 4: Samtykkeskjema (informasjonsskriv)

1 Innledning

Både i Norge og internasjonalt skjer en aldring av befolkningen (Blix, Stalsberg og Moholt, 2021; WHO, 2017). Demografien er i endring, og antallet og andelen personer som når en høy alder, øker (Gleditsch, Thomas og Syse, 2020). Statistiske framskrivninger anslår at antallet eldre på 70 år eller eldre, vil dobles før 2060. Dette vil tilsvare en økning av denne gruppen fra i underkant av 670 000 i dag til 1,4 millioner mennesker de neste 40 årene (Gleditsch, Thomas og Syse, 2020). Økende alder er forbundet med økt risiko for kronisk sykdom og funksjonstap, og dermed ventet en økning i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester i flere tiår fremover (Blix, Stalsberg og Moholt, 2021). Samtidig vil den yrkesaktive andelen av befolkningen minke sett i forhold til andelen eldre. Det vil påvirke tilgangen på personell til å utføre de etterspurte helse- og omsorgstjenestene (Blix, Stalsberg og Moholt, 2021). For å møte fremtidens etterspørsel, er et av de velferdspolitiske løsningsforslagene å legge til rette for økt pårørendeomsorg og frivillighet. Denne målsetningen vektlegges blant annet i stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), i regjeringens plan for omsorgsfeltet *Omsorg2020* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) og i den norske offentlige utredning *Innovasjon i omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I Norge har den offentlige helse- og omsorgstjenesten en viktig rolle i eldreomsorg (Nergård, 2015). Retten til forsvarlig og nødvendig helsehjelp er nedfelt i norsk lovverk, og det er et mål at tilgangen til slik hjelp ikke skal påvirkes av alder, kjønn, kulturell bakgrunn, sosial- eller økonomisk status (Helsedirektoratet, 2016; Vabø, 2012; Tønnesen, Førde og Nortvedt, 2009). Det er personens hjelpebehov som skal ligge til grunn for hvilke tjenester personen har rett på og i hvilket omfang (Helsedirektoratet, 2016). Helsevesenet står likevel ikke alene om å møte befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Uformelle omsorgsgivere utfører helse- og omsorgstjenester av tilsvarende stort omfang som den offentlige helsetjenesten, målt i årsverk (Skinner mfl., 2020; Daatland og Veenstra, 2012). De uformelle omsorgsgiverne defineres her som familie, venner eller andre bekjente som bistår sine eldre med hjelp. Mens med de formelle omsorgsgiverne menes alle som leverer og utfører offentlige helse- og omsorgstjenester. Den formelle og uformelle omsorgen trekker vekslers på hverandre, og er ofte avhengig av hverandre for å fungere best mulig. Det etableres enten avtalte eller uuttalte fordelinger av omsorgsoppgaver mellom de formelle og uformelle omsorgsgiverne (Daatland & Veenstra, 2012). De uformelle omsorgsgiverne, bidrar oftest med praktisk og emosjonell

bistand, mens de formelle omsorgsgiverne som regel står for de helsefaglige og pleierelaterte oppgavene (Nergård, 2015; Kirchhoff og Lauvli Andersen, 2015). Ifølge Daatland og Veenstra (2012) er det vanskelig å se for seg en velfungerende formell omsorg uten den uformelle omsorgen som også støtter opp om de som trenger hjelp, i form av støtte fra familie, vennekrets, eller fra andre ved fellesskapsarenaene vi tar del i. Spørsmålet blir likevel hvor avgjørende de sosiale ressursene våre er for tilgangen vi har til nødvendige helse- og omsorgstjenester, i møte med alderdom og funksjonstap.

Det er en politisk målsetning i Norge at eldre skal få nødvendig hjelp til å kunne bli boende hjemme så lenge som mulig (Lunde & Otterlei, 2020; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s.36). I 1992 bodde halvparten av alle 90-åringer på institusjon, mens i 2006 bodde bare en tredjedel av alle 90-åringer på institusjon (Gautun, Grødem og Hermansen, 2012). Dette viser hvordan det har skjedd en dreining vekk fra institusjonsbasert omsorg, i retning av mer hjemmebasert omsorg (Wollscheid et al., 2012, s. 415; Lunde og Otterlei, 2020). Denne utviklingen har blitt forsterket av Samhandlingsreformen som førte til en ytterligere overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, ettersom et av målene med Samhandlingsreformen var å avlaste sykehusene fra oppgaver som ikke krever spesialkompetanse (Lunde og Otterlei, 2020; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Kommunen har dermed samlet sett fått et stort ansvar for å yte hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester til sine eldre innbyggere (Førland & Folkestad, 2016) Omfanget man kan få av hjemmebaserte tjenester avgrenses ofte av at hjemmetjenesten får ansvar for stadig flere oppgaver, kombinert med økonomisk og bemanningsmessig ressursknapphet. Avgrensingsarbeid gjøres blant annet gjennom at det formidles tydeligere grenser for hvilke spesifikke oppgaver hjemmetjenesten kan utføre, og ikke kan utføre (Lunde & Otterlei, 2020). Det å studere hvilke oppgaver som faller innenfor og utenfor det kommunen anser som sitt ansvar, er relevant for eldre som ikke kan få denne hjelpen fra et sosialt nettverk. Det påvirker muligheten denne gruppen eldre får til å bli boende i eget hjem lengst mulig, og til å oppleve en trygg alderdom. Retten til forsvarlig og nødvendig helsehjelp skal gjelde uavhengig av familiesituasjon, sosial og økonomisk status (Helsedirektoratet, 2016), og det gjør det viktig å utforske om denne retten oppfylles i praksis.

Tidligere forskning om uformell omsorg og tilgang til helse- og omsorgstjenester for eldre har hovedsakelig omhandlet hvilke oppgaver pårørende bidrar med (Nergård, 2015; Otnes, 2013; Kirchhoff og Lauvli Andersen, 2015), hvilken rolle pårørende har i tildelingsprosesser av

kommunale helse- og omsorgstjenester (Øygard, 2018a; Tolo Heggstad og Førde, 2021; Tønnesen, Førde og Nortvedt, 2009) og hvordan hjemmesykepleiere prioriterer tiden de har til disposisjon i møte med krav pårørende stiller (Tønnesen, Førde & Nortvedt, 2009). Det er imidlertid få studier som vektlegger hvordan eldre hjemmeboende med lite eller ingen hjelp fra et sosialt nettverk får tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvordan det kommunale tjenestetilbudet fungerer for denne gruppen, slik denne studien gjør.

1.1 Hensikt og problemsstilling

Temaet for denne masteroppgaven er hvilken tilgang eldre som får lite hjelp fra et sosialt nettverk har til kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvordan det kommunale tilbudet fungerer for denne gruppen eldre. Tematikken er utforsket fra tjenesteansvarlige i hjemmesykepleien sitt perspektiv. Dette utvalget er valgt fordi tjenesteansvarlige hjemmesykepleiere både står tett på eldre brukere uten støtte i et sosialt nettverk og har forståelse for organiseringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Jeg har derfor også søkt kunnskap om hvilken rolle tjenesteansvarlige i hjemmesykepleien har mulighet til å ta for eldre som får lite hjelp fra et sosialt nettverk, innenfor kommunens rammebetingelser og organiserings- og forvaltningsformer. Dette vil jeg til sammen utforske gjennom problemsstillingen;

Hvordan opplever tjenesteansvarlige hjemmesykepleiere at tilbudet om kommunale helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige og fungerer for eldre som får lite hjelp fra et sosialt nettverk?

2 Tidligere forskning og teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenterer jeg først tidligere forskning om uformell omsorg. Videre gjør jeg rede for formell omsorg, og to ulike forvaltningsmodeller for kommunale omsorgstjenester. Til slutt i kapittelet presenteres Lipskys (2010) sin teori om bakkebyråkratene, som har nyttige perspektiver knyttet til oppgavens problemstilling.

2.1 Uformell omsorg

Uformell omsorg kan defineres som «den praktiske hjelpen som gis til en person med behov for hjelp, fra mennesker personen står i relasjon til» (Broese van Groenou & De Boer, 2016, s. 271). Det kan være alt fra en partner, barn, andre familiemedlemmer, en nabo, venn eller andre i det sosiale nettverket. Videre i oppgaven vil «uformelle omsorgsgivere» benyttes for å beskrive personer som bidrar i den uformelle omsorgen for en eldre person de står i relasjon til (Rønning, 2021; Andfossen, 2019).

Mange eldre brukere av hjemmesykepleie mottar uformelle omsorgstjenester fra det sosiale nettverket sitt i tillegg til hjemmesykepleiens tjenester (Kirchhoff og Lauvli Andersen, 2015). Den formen for omsorg som uformelle omsorgsgivere oftest bidrar med er praktisk hjelp (Kirchhoff og Lauvli Andersen, 2015; Nergård, 2015). Mange eldre opplever kontakten med det sosiale nettverket sitt som god (Kirchhoff og Lauvli Andersen, 2015). Likevel er det en andel eldre som ikke mottar uformell hjelp. Omtrent 12 prosent av eldre som mottar hjemmetjenester får verken hjelp fra familie eller venner (Kirchhoff og Lauvli Andersen, 2015). Videre har omtrent 9-14 prosent i alderen mellom 70 – 84 år verken partner (i live), foreldre eller barn, og har derfor ofte mindre tilgang til uformell hjelp enn de som står i slike relasjoner (Daatland og Veenstra, 2012). Det er denne gruppens tilgang til helse- og omsorgstjenester, jeg retter søkelys mot i denne oppgaven.

Et fellestrekk hos mange eldre som flytter til omsorgsbolig eller sykehjem er at de har mottatt mindre uformell hjelp fra pårørende og sosialt nettverk enn de som har valgt å bli boende hjemme lengre (Munkejord, Eggebø & Schönfelder, 2018a). Det kan derfor tyde på at uformelle omsorgsgivere bidrar med et bredt spekter av oppgaver og støtte som muliggjør at eldre kan bli boende i eget hjem lengre. I mange tilfeller fører hjelp fra uformelle

omsorgsgivere til at behovet for sykehjemsplass utsettes, særlig i tilfeller der den eldre selv har ønsket å bli boende i eget hjem (Tolo Heggstad og Førde, 2021).

2.1.1 Uformell omsorg i dag og i fremtiden

Hjelp fra privatpersoner imøtekommer en betydelig del av behovene for helse- og omsorgstjenester i Norge. Uformelle omsorgsgivere bidrar med helse- og omsorgstjenester til sine nærmeste som samlet tilsvarer ca. 150.000 årsverk (Skinner mfl., 2020). De uformelle omsorgsgiverne bidrar dermed med helse- og omsorgstjenester av samme omfang som den formelle omsorgen (Daatland og Veenstra, 2012). Samtidig foreslås det politisk å mobilisere til økt deltakelse og involvering av uformelle omsorgsgivere, for å kunne møte fremtidens etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester (Skinner mfl., 2020).

Fremtidsutsiktene for dette velferdspolitiske løsningsforslaget har blitt stilt spørsmål ved i flere studier (Rønning, 2021; Andfossen, 2019; Broese van Groenou & de Boer, 2016; Skinner et al., 2020; Blix, Stalsberg & Moholt, 2021). Ifølge Blix, Stalsberg og Moholt (2021) ser det ut til at det velferdspolitiske målet om økt pårørendeomsorg og frivillighet vanskeligjøres av sviktende demografiske forutsetninger for dette. I dag er den gruppen som yter mest pårørendeomsorg, personer i alderen 50-66 år. Denne gruppen er ventet å minke i størrelse i forhold til gruppen med personer over 85 år (Blix, Stalsberg og Moholt, 2021). Dette vil føre til at det blir færre til å drive pårørendeomsorg de kommende tiårene. Ser man videre på de demografiske forutsetningene for økt rekruttering til organisert frivillig arbeid, er personer i alderen 67-79 år den gruppen som i særlig grad tar på seg frivillige oppgaver innen eldreomsorg i dag. Denne gruppen er også ventet å minke i forhold til den økningen som er forespeilet i gruppen på over 85 år (Blix, Stalsberg & Moholt, 2021). Det kan derfor diskutere hvor gode forutsetningen er for uformell omsorg og frivillighet i årene som kommer.

2.2 Formell omsorg

Formell omsorg er de helse- og omsorgstjenestene som det offentlige leverer, og som utføres av profesjonelle. Det norske offentlige helsevesenet er utviklet innenfor en sosialdemokratisk tradisjon, der målsetningen er at helse- og omsorgstjenestene skal være tilgjengelige for alle, og holde samme kvalitet for hele befolkningen (Øversveen og Thorsen Rydland, 2021). Det offentlige tar et forholdvis stort ansvar i eldreomsorgen i Norge (Nergård, 2015).

Organisering av det offentlige helsevesenet kan deles inn i to; de tjenestene kommunen har ansvar for, *primærhelsetjenesten*, også kalt kommunehelsetjenesten, og de tjenestene stat og fylkeskommunene har ansvar for, *spesialisthelsetjenesten*. Hjemmesykepleie er en tjeneste som inngår i primærhelsetjenesten, som betyr at oppgavens problemstilling har blitt utforsket med utgangspunkt i primærhelsetjenesten.

Kommunen skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). Dette innebærer helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, institusjonsplasser til de som trenger det og dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. I tillegg skal kommunen tilby hjelp med utredning, diagnostisering og behandling gjennom fastlegeordningen og hjelp ved ulykker eller andre akutte situasjoner. Kommunen skal også kunne tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, samt helsefremmende og forebyggende tjenester (2011, §3-1). Dette utgjør til sammen primærhelsetjenestens lovpålagte ansvarsområder.

To av de nevnte lovpålagte tjenestene som er særlig relevante for hjemmeboende eldre som får lite hjelp fra et sosialt nettverk, og derfor for oppgavens tematikk, er hjemmesykepleie og personlig assistanse i form av praktisk bistand. *Hjemmesykepleien* er den kommunale enheten som utfører den helsefaglige hjelpen i hjemmet. Hjemmesykepleietjenester skal erstatte medisinsk behandling i helseinstitusjon, i de tilfellene der det er medisinsk forsvarlig (Kirkevold, 2020). *Praktisk bistand* er kommunens tilbud om hjelp med praktiske gjøremål til de som opplever funksjonsnedsettelse eller sykdom. Denne kommunale enheten ble tidligere kalt hjemmehjelpen (Helsedirektoratet, 2018). Dersom man refererer til hjemmesykepleie og praktisk bistand under ett, kan man bruke begrepet *hjemmetjenester* eller *hjemmetjenesten*.

2.2.1 Likeverdige helse- og omsorgstjenester

Et av hovedformålene med helse- og omsorgstjenesteloven er at befolkningen skal sikres et likeverdig tjenestetilbud (2011, §3-1). Et likeverdig tjenestetilbud innebærer at alle skal ha like god tilgang til helse- og omsorgstjenester, og at tilgangen ikke skal bero på parametere som alder, diagnose, personlig økonomi, etnisitet, kulturell bakgrunn, sosial status eller livssituasjon. Dette innebærer først og fremst at helse- og omsorgstjenesten må være organisert på en måte som hindrer ulikhet. I tillegg til organisatorisk tilrettelegging, stilles det også krav til personellens profesjonalitet og forsvarlighet for å nå denne målsetningen (Helsedirektoratet, 2015). Likeverdige tjenester betyr ikke å levere tjenester som ser helt like

ut til alle, men å sørge for at tjenestene som tilbys imøtekommer den enkeltes behov for nødvendig og forsvarlig hjelp. Hva som skal til for å møte en persons behov for nødvendig og forsvarlig hjelp kan være forskjellig fra person til person, fordi den enkeltes forutsetninger, situasjon og behov varierer. Hjelpen som gis må ta utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger og behov, for å bli likeverdig, i tråd med Pasient og brukerrettighetsloven (1999). Et likeverdig tjenestetilbud betyr derfor at nødvendig og forsvarlig helsehjelp er tilgjengelig for hele befolkningen.

2.2.2 Forvaltningsmodeller for kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester har blitt forvaltet etter ulike modeller gjennom tidene. I dag er den vanligste forvaltningsmodellen, *bestiller-utfører-modellen*. Oslo kommune har nylig begynt å innføre og teste ut en ny forvaltningsmodell for hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, som går under navnet *tillitsmodellen*. Jeg vil presentere både bestiller-utfører-modellen og tillitsmodellen i det følgende, fordi informantene i denne studien jobber for bydeler organisert enten etter bestiller-utfører-modellen eller tillitsmodellen.

Forvaltningsmodeller er relevant for studiens tematikk fordi en forvaltningsmodell påvirker hjemmesykepleiernes grad av autonomi til å bestemme omfanget av og innholdet i tjenestene de leverer.

2.2.3 Bestiller-utfører-modellen

Bestiller-utfører-modellen er en forvaltningsmodell med styringsprinsipper hentet fra New Public Management (Wollscheid, 2012; Vabø, 2012). New Public Management er en samlebetegnelse for omorganiseringer av offentlig sektor der målet er å bruke prinsipper fra næringslivet i styringen av offentlig sektor. Formålet har vært å gjøre bruken av offentlige ressurser mer kostnadseffektiv, og øke kvaliteten på de offentlige tjenestene. Dette gjennom mer resultat- og målstyring, mer dokumentasjon av hva offentlige ressurser går til og mer konkurranse i leveringen av offentlige tjenester (Hansen, 2018). Innføringen av bestiller-utfører-modellen begynte i de store og mellomstore kommunene i Norge på slutten av 90-tallet (Wollscheid, 2012).

Bestiller-utfører-modellen karakteriseres ved at en forvalterenhet i kommunen, også kalt et bestillerkontor, får ansvaret for å tildele velferdstjenester. Dette gjøres på bakgrunn av søknadene de mottar, og behovskartleggingene de gjennomfører. Profesjonsutøvere, i dette

tilfellet hjemmesykepleiere, får ansvar for å utføre tjenestene som bestillerkontoret har beskrevet i vedtak. Før bestiller-utfører-modellen ble introdusert rundt 90-tallet, var den vanligste tildelingspraksisen at hjemmesykepleierne selv gjorde disse vurderingene og tildelte hjemmetjenester i tråd med det de så at brukerne hadde behov for (Wollscheid, 2012). Den største kritikken av denne tidligere forvaltningsmodellen var at den var lite transparent om begrunnelsene som lå til grunn for fordelingen av hjemmesykepleiers tid, og at tjenestene derfor potensielt kunne fordeles ulikt (Øydgard, 2018b).

Bestiller-utfører-modellen har gjort det lettere for kommunen å sette tydeligere rammer og grenser for tjenesteytingen. Det er lettere å ha kontroll med ressursbruken når innbyggernes forespørsler må saksbehandles, og tildelingen må følge definerte kriterier. Skriftliggjøring av vedtak er ment å skulle gi brukerne større innsyn i begrunnelsene som ligger til grunn for de tjenestene de får innvilget, og dermed også større mulighet til å klage på tilbudet (Skaar et al, 2014). På den andre siden vil det at brukerne må sende søknader for å få tilgang til tjenester, i praksis gjøre at tjenestene blir mer utilgjengelige for brukerne. Terskelen for å etterspørre tjenester har økt med bestiller-utfører-modellen. Dette er i tråd med Lipsky (2010) som beskriver at en vanlig utvikling for institusjonene som leverer offentlige velferdstjenester, er at de innfører systemer og praksiser som demper innbyggernes etterspørsel etter velferdstjenestene de leverer, gjennom å gjøre det vanskeligere å etterspørre tjenestene (Lipsky, 2010).

En annen innvendig mot bestiller-utfører-modellen har vært at utførerne av tjenestene får mindre innflytelse over tjenestetilbudet de leverer (Kassah og Tønnessen, 2016). Beslutninger om hvilke tjenester som skal tildeles den enkelte tas ved en enhet lengre unna brukerne og hjemmesykepleiernes hverdag i forhold til tidligere måter å organisere hjemmesykepleien på. De ansatte ved bestillerkontorene har ikke innsyn i hverdagssituasjonen til brukerne på samme måte som hjemmesykepleierne som utfører tjenestene. Dette er også noe av poenget med bestiller-utfører-modellen, da det argumenteres for at det vil gi en mer rettferdig, standardisert og nøytral vurdering av den enkeltes situasjon og behov for tjenester. Likevel har det vist seg at modellen har gjort det vanskeligere for hjemmetjenesten å møte enkeltbehov som oppstår spontant eller uventet, fordi hjemmesykepleiers arbeidsoppgaver forhåndsdefineres og blir mer oppgavespesifikke (Vabø, 2012). Det går hardest utover de som mangler hjelp fra et sosialt nettverk, fordi de ikke har noen de kan spørre om hjelp med oppgavene de ikke har fått innvilget i vedtak. Samtidig som systemet kan ha blitt mindre

sensitivt for brukernes skiftende behov, trekker Vabø (2012) samtidig en tentativ konklusjon om at levering av hjemmetjenester har utviklet seg til å bli mer forutsigbar og pålitelig innenfor bestiller-utfører-rammen, enn den var tidligere (Vabø, 2012).

2.2.4 Tillitsmodellen

De siste årene, gjennom flere byråd, har man i Oslo kommune kommet til enighet om at helse- og omsorgstjenestene i Oslo må avbyråkratiseres. Det har vært en felles oppfatning at kontroll og rapporteringsrutiner har kommet til å prege helsetjenestene og forvaltningen av dem i for stor grad (Eide m.fl., 2018). Et ønske om å gi mer tillit og beslutningsmyndighet til de som utfører tjenestene, har vokst frem. Derfor ble det i 2017 besluttet at tillit skulle være et bærende prinsipp i all styring og ledelse i Oslo kommune. Som en del av dette har det blant annet blitt utviklet en ny forvaltnings- og organisasjonsmodell for de hjemmebaserte helse- og omsorgstjenestene i Oslo. Modellen er ment å skulle erstatte bestiller-utfører-modellen på sikt, og har fått navnet Tillitsmodellen. Tillitsmodellen ble utviklet gjennom en nedenfra-opp-prosess basert på hvordan brukere, ansatte i tjenestene og fagorganisasjonene har ment at modellen burde se ut (Eide m.fl., 2018).

Tillitsmodellen karakteriseres ved at de hjemmebaserte helse- og omsorgstjenestene organiseres og utføres av mindre selvstyrte tverrfaglige team. Disse teamene har ansvar for et eget geografisk område. Saksbehandlingen gjøres innad i teamet, istedenfor ved et bestillerkontor. I motsetning til bestiller-utfører-modellen der helsepersonellet ikke selv kan endre på vedtakene, skal teamene selv kunne fatte vedtak og justere vedtakene etter brukernes skiftende behov. Det at teamene er tverrfaglige betyr at teamet er satt sammen av fysioterapeut, ergoterapeut, saksbehandler, hjemmehjelpere, helsefagarbeidere og sykepleiere, i tillegg til annen spesialkompetanse når det er nødvendig. Et annet viktig prinsipp som ligger til grunn for tillitsmodellen er at tjenestetilbudet skal organiseres etter hva som er viktig for brukeren. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal være førende for all hjelp som ytes. Dette fokuset skal gjøre de hjemmebaserte helse- og omsorgstjenestene mer personsentrerte og mer tilpasset den enkeltes behov (Eide m.fl., 2018).

Tillitsmodellen ble første gang testet gjennom en minipilotering i tre bydeler i Oslo i 2016. Resultatene var lovende, i form av at brukerne rapporterte om økt opplevelse av trygghet og tillit til tjenestene. Pilotering av Tillitsmodellen ble videreført gjennom en hovedpilotering i fire bydeler i Oslo, i 2017 til 2018. Senere har også flere bydeler begynt å implementere

tillitsmodellen i litt ulike varianter. Sammen med hovedpiloteringsen ble det gjennomført en evalueringsstudie som kartla erfaringene med modellen, både fra lederes, medarbeideres og brukeres perspektiv (Eide m.fl. 2018). Erfaringene som kom frem, var at Tillitsmodellen representerte en endring som ble ønsket velkommen av medarbeidere og ledere. Det ble samtidig beskrevet utfordringer som må løses for at modellen skal fungere som tiltenkt. Det kom blant annet frem at det blir ekstra viktig at teamene har en robust grunnbemanning for å unngå mye bruk av vikarer, ettersom teamene består av færre ansatte som kan rokkeres rundt enn tidligere organiseringsmodell. Videre ble det understreket at det var viktig med bred kompetanse i teamene, både helsefaglig og administrativ, sånn at teamene har kompetansen som trengs til å opprettholde alle de tiltenkte funksjonene. Det ble også identifisert at det var behov for klare rollefordelinger mellom teamenes medlemmer for å unngå forvirring og ansvarspulverisering innad i teamene (Eide m.fl., 2018).

2.3 De uformelle omsorgsgivernes rolle i tjenestetildeling

Forskning viser at sterke brukere og pårørende som står på kravene, ofte har en innvirkning på hvilken tilgang brukere får til kommunale helse- og omsorgstjenester (Tønnesen, Førde og Nortvedt, 2009; Tolo Heggstad og Førde, 2021). Det kan for eksempel handle om omfang av hjemmetjenester (Tønnesen, Førde og Nortvedt, 2009), eller tilgang til sykehjemsplass (Tolo Heggstad og Førde, 2021). Tønnesen, Førde og Nortvedt (2009) fant at sterke brukere og pårørende hadde innvirkning på hvordan hjemmesykepleien fordelte tiden sin på brukerne. Brukerne med forståelsesfulle og hjelpsomme familiemedlemmer ble oftere nedprioritert og fikk oftere tilbud av mindre omfang enn brukerne med sterke pårørende som kjempet for rettighetene. Omfanget kunne påvirkes allerede ved oppstartssamtalen mellom bruker, pårørende og hjemmesykepleien. Dette var fordi det ved tilbudets oppstart, gjennom oppstartssamtalen, ble kartlagt hvilke oppgaver familien hadde mulighet til å ta seg av. Det ble derfor implisitt fremforhandlet en form for oppgavefordelingen mellom de uformelle omsorgsgiverne og de formelle omsorgsgiverne gjennom oppstartssamtalen. Men prioriteringspraksisen utspilte seg også når andre brukere ble akutt syke, eller nye brukere trengte hjemmesykepleie. I disse tilfellene var det oftest brukerne med de forståelsesfulle og hjelpsomme familiemedlemmene som fikk tjenestetilbudet sitt redusert, eller fikk uplanlagte oppgaver forskjøvet over på seg. De forståelsesfulle og hjelpsomme familiemedlemmene ble dermed en viktig omsorgsbuffer for hjemmesykepleien, fordi de gjorde det mulig for

hjemmesykepleierne å prioritere de som bodde alene, men også de som sto på kravene (Tønnesen, Førde og Nortvedt, 2009).

Tolo Heggstad og Førde (2021) fant at pårørende var viktige aktører og pådrivere i tildelingsprosesser av sykehjemsplasser. De beskrev at pårørendes innsats ofte kunne være utslagsgivende for tildeling av en sykehjemsplass. Øydegard (2018a) utforsket også de pårørendes rolle i tildelingsprosesser, og fant at pårørende til personer med demens ofte fikk en viktig rolle i søknadsprosesser for utvidelser av tjenestetilbud når bestiller-utfører-modellen ble praktisert. De pårørende ble viktige i søknadsprosesser under denne forvaltningsmodellen fordi prinsippet var at bestillerenheten skulle gjøre behovsvurderingene. Hjemmesykepleien skulle derfor ikke «blande seg i» tildelingsprosesser. Likevel viste studien at veiledningen hjemmesykepleien ga til de pårørende i søknadsprosessene kunne øke sjansen for at de pårørende nådde frem med søknaden hos bestillerkontoret. Tolo Heggstad og Førde (2021) beskrev at saksbehandlerne var opptatt av å opprette dialog med pårørende i tildelingsprosesser fordi de anså pårørende som viktige samarbeidspartnere når beslutninger skulle fattes. Pårørendes info om brukernes behov ble tillagt mye vekt fordi saksbehandlerne opplevde at pårørende sto tett på sine i hverdagen, og kjente behovene til brukerne godt. Videre ble det beskrevet at det kunne være tilfeldig hvordan behovene til eldre uten pårørende ble oppdaget, og at det ofte var først ved en sykehusinnleggelse at hjelpebehovet ble fanget opp, og helse- og omsorgstjenester søkt om (Tolo Heggstad og Førde, 2021).

2.4 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenterer jeg den amerikanske sosiologen og teoretikeren Michael Lipsky sin teori om bakkebyråkratene, som på engelsk har tittelen *Street-level bureaucracy – dilemmas of the individual in public services* (Lipsky, 2010). Han forsøkte med teorien han utviklet på 1980-tallet å forklare hvorfor det ikke automatisk kan settes likhetstegn mellom de politiske og lovfestede målsetningene man har for velferdstilbudet og velferdstilbudet som leveres i praksis. Dette er relevante perspektiver for oppgavens tematikk, ettersom det søkes kunnskap om hjemmeboende eldre med lite hjelp fra et sosialt nettverk faktisk har tilgang til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, selv om det er en politisk og juridisk målsetning at de skal ha det. Jeg har også valgt teorien som teoretisk rammeverk fordi oppgaven utforskes fra hjemmesykepleieres perspektiv, som er en yrkesgruppe som kan regnes som bakkebyråkrater. Lipsky (2010) tar for seg karakteristikker ved bakkebyråkratiene, og mestringsstrategier som bakkebyråkratene innarbeider for å takle krysspresset som legges på dem i arbeidet, som videre kan påvirke fordelingen av og tilgangen til offentlige velferdstjenester. Relevante aspekter ved teorien for oppgavens tematikk presenteres under.

2.4.1 Lipskys teori om bakkebyråkratene

Lipsky (2010) kaller de offentlige institusjonene som leverer velferdstjenester for bakkebyråkratier. I følge Lipsky har bakkebyråkratiene noen fellestrekk som gjør det mulig å peke på noen felles handlingsmønstre som er utbredt blant de som jobber i bakkebyråkratiene. De som jobber i bakkebyråkratiene, altså bakkebyråkratene, kan for eksempel være politi, sosialarbeidere eller sykepleiere i hjemmetjenesten. Felles for bakkebyråkratene er at de leverer offentlige velferdstjenester, har direkte kontakt med innbyggerne gjennom sitt arbeid og har rom til å utøve faglig skjønn (*discretion*) i tjenestene de leverer.

Profesjonsutøverne som påtar seg jobber som bakkebyråkrater, kommer ofte inn i jobben med visjoner om å gi brukerne et tilbud i tråd med de høyeste faglige standardene på det gjeldende området, og et ønske om å utløse det fulle potensialet til hver bruker de skal møte. Realiteten som møter dem, åpner likevel ikke så lett for dette. Profesjonsutøverne møter organisasjoner der ressursene er begrenset. Samtidig med en kontinuerlig tilførsel av nye tjenestemottakere med behov for hjelp, som ikke kan søke denne hjelpen andre steder enn hos det offentlige. I

tillegg er organisasjonenes målsetninger ofte vagt definert eller til og med motsetningsfulle, som overlater mange viktige vurderinger til bakkebyråkratene (Lipsky, 2010). Autonomien bakkebyråkratene tiltros i arbeidet, gir dermed en del rom til å velge hvilke vurderinger de skal basere avgjørelsene sine på. Lipsky (2010) mener derfor at bakkebyråkratene, tross lang avstand til ledelsen der politikken utformes, ikke bare er utførere av politikken som bestemmes på toppen, men også utformere av politikk.

Bakkebyråkratene tar ofte i bruk en del mestringsstrategier for å håndtere krysspresset de opplever i jobben. I følge Lipsky er mestringsstrategiene så utbredt blant bakkebyråkratene, at de setter et betydelig avtrykk på velferdstilbudet. Innbyggerne møter velferdsstaten gjennom bakkebyråkratene. Summen av bakkebyråkratenes handlinger blir derfor i praksis velferdsstatens tilbud til innbyggerne, ifølge Lipsky (2010). Det er karakteristisk for jobben som bakkebyråkrat å måtte håndtere mange brukere samtidig som ressursene er begrensede. På mange måter vil etterspørselen etter offentlige tjenester ikke ha en ende, derfor må bakkebyråkratene finne måter å rasjonere ressursene på. Det er derfor ifølge Lipsky (2010) utbredt at bakkebyråkratene forsøker å håndtere ressursbegrensningene gjennom to ulike mestringsstrategier. Den ene går ut på å begrense etterspørselen etter tjenestene (*limit client demand*), mens den andre handler om å velge ut de sakene med størst sannsynlighet for et positivt resultat eller de sakene det er lettest å løse (*creaming*).

2.4.2 Limit client demand – «begrense etterspørselen etter velferdstjenesten»

Mestringsstrategien *limit client demand* går ut på å utvikle praksiser som bidrar til å dempe etterspørselen etter velferdstjenester. Når det å søke hjelp innebærer en kostnad for brukeren, vil færre etterspørre hjelpen. Kostnadene bakkebyråkratiene legger på brukerne, kan være alt fra økonomiske til sosiale eller psykologiske, for eksempel; at transporten til tjenesten må betales av brukeren selv, eller at brukeren må komme seg til en avtale langt unna eget hjem. Det utgjør en kostand for brukeren som kan øke terskelen for å søke hjelpen. Eller det kan handle om at brukeren må fylle ut papirer og dokumentasjon for i det hele tatt å bli vurdert og få tilgang til tjenesten, som gjør det å søke tjenesten mer tungvint. Det kan også handle om at brukeren får signaler om at organisasjonen har sprengt kapasitet og at det er lange ventelister, som kan demotivere brukeren fra å i det hele tatt prøve å søke tjenesten. Det kan også handle om at bakkebyråkratene holder tilbake informasjon om tjenestene de tilbyr, slik at færre vet

om tjenestene som kommunen tilbyr og kanskje også plikter å tilby. Slike praksiser og måter å organisere tilbudet på kan demotivere eller hindre innbyggerne fra å søke velferdstjenester, fordi kostanden ved å søke de blir for høy for den enkelte. Dempes etterspørselen etter velferdstjenestene, dempes også noe av arbeidspresset for bakkebyråkratene, som er grunnen til at denne mestringsstrategien er utbredt ifølge Lipsky (2010).

Lipsky beskriver videre hvordan de personlige ressurser man har med seg inn i møtet med bakkebyråkratiene, også vil virke inn på om man har mulighet til å ta kostanden det innebærer å etterspørre tjenesten. De personlige ressursene som Lipsky (2010) refererer til er penger, status, informasjon, ekspertise og arbeidsevne. Hvilken kostnad den enkelte kan bære før en tjeneste i praksis blir utilgjengelig, er ulikt fordelt i befolkningen. Bakkebyråkrater kan gjennom praksiser som demper etterspørselen komme til å utilgjengeliggjøre tjenestene for de som har minst ressurser. Dersom for eksempel en pasient har dårlig økonomi, er det ikke selvsagt at det er mulig å ta fri fra jobben for å møte opp til en konsultasjon på dagtid, fordi det innebærer tapt inntekt. Dersom en bruker forsøker å klage på en tjeneste over telefon, men blir bedt av bakkebyråkraten om å sende klagen skriftlig, kan det gjøre at brukeren aldri sender inn klagen, fordi det å skrive klagen ble for omfattende eller krevde ferdigheter eller ressurser som brukeren ikke hadde. Det samme kan gjøre seg gjeldende dersom en bruker er nødt til å dokumentere behovet sitt for sykehjemsplass for å få tilgang til tjenesten, men er for dårlig til å komme seg til fastlegen, og gir opp å skaffe nødvendig dokumentasjon. På denne måten vil praksiser som bakkebyråkratiene eller bakkebyråkratene innfører for å senke etterspørselen etter tjenestene, også utilgjengeliggjøre velferdstjenestene for innbyggerne, og da særlig for de med lav sosioøkonomisk status.

2.4.3 Creaming – «skumming av fløten»

Den andre mestringsstrategien som Lipsky (2010) beskriver at er utbredt blant bakkebyråkrater, kalte han *creaming*. Creaming, betyr å legge inn mer innsats på de sakene som er lettest å løse eller der sannsynligheten for et positivt resultat oppleves størst. Det kan også innebære å henvise komplekse og vanskelige saker til andre instanser. Denne mestringsstrategien kan også kalles «cherrypicking» eller på norsk «skumming av fløten». Lipsky forklarer at mestringsstrategien kan innarbeides bevisst eller ubevisst som et resultat av at det kan være vanskelig å måle resultatene av jobben man gjør som bakkebyråkrat. Det finnes få muligheter for «Rewards» i jobben. «Rewards» kan oversettes til «belønning» som

innebærer en opplevelse av måloppnåelse eller å være til hjelp for noen gjennom jobben man utfører. Slike belønnende opplevelser kan gi motivasjon til å stå i jobben over tid. Som bakkebyråkrat kan man derfor komme til å fordele ressursene dit man tror det er mest sannsynlig at hjelpen vil gi et positivt resultat, fremfor dit hjelpen kanskje er mest tiltrengt, fordi man søker slike belønninger. Ifølge Lipsky (2010) kan de sakene som trer frem som mest lovende for bakkebyråkraterne, være påvirket av bakkebyråkraternes personlige oppfatninger eller rådende holdninger i samfunnet om hvem som oppfattes som mest «lovende» eller «verdige» mottakere av velferdsstatens ressurser. Denne mestringsstrategien kommer derfor ikke alltid de mest marginaliserte eller de med lavest status i det sosiale hierarkiet til gode.

2.4.4 Advocacy – «kjempe brukerens sak»

Lipsky beskriver også hvorfor rollen som bakkebyråkrat kan være vanskelig forenlig med «advokatrollen» vi håper at profesjonsutøvere skal ta for oss når vi trenger hjelp. Det ligger i profesjonsutøvernes idealer å kjempe for å imøtekomme det unike i situasjonene til personene de møter. Vi legger derfor ofte til grunn at profesjonsutøvere vil gjøre alt de kan for å sikre våre interesser i arbeidet de gjør, og sikre at vi får tilgang til de tjenestene vi trenger. Noe de også ofte ønsker og forsøker. Men Lipsky (2010) lister fire forskjellige grunner til at rollen som bakkebyråkrat kan være vanskelig å kombinere med rollen som brukernes forkjemper i det offentlige systemet.

Den første grunnen er at for å være en forkjemper for noen trenger man nok tilgjengelig tid til å sette seg inn i saken, og tid til å jobbe med den. Det betyr at de store saksmengdene bakkebyråkraterne må håndtere kan stå i veien for muligheten til å virke som forkjempere for brukerne sine. Bakkebyråkraterne kan ikke så lett legge ned den nødvendige tiden for å kjempe noens sak, uten å kompromisse med tiden til de andre brukerne. Den andre grunnen er at organisasjonen de jobber for forventer at de ansatte også tar hensyn til organisasjonens økonomiske forutsetninger i arbeidet sitt. En organisasjon vil gjøre sitt for å holde kontroll på ressursbruken. I tillegg vil organisasjonen ønske å behandle alle klientene likt for å unngå klager om forskjellsbehandling. En forkjempers rolle går ut på det motsatte, nemlig å finne veier i systemet som kan gagne klienten eller gi klienten tilgang til ressursene personen har rett på. Organisasjonene bakkebyråkraterne jobber for vil derfor kunne ha forventninger til sine ansatte som går på akkord med de profesjonelle idealene som de ansatte har om å være

brukernes forkjempere og sikre brukerne et tilfredsstillende tilbud. Hensyn overfor organisasjonen og overfor brukerne kan til tider være motstridende, og derfor vanskelige for bakkebyråkratene å hensynta på likt. Den tredje grunnen er at bakkebyråkratene kan streve med å innta en rolle som brukerens forkjemper innad i systemet, er at de har en dobbeltrolle som hjelper, men også som vokter av velferdsstatens ressurser. En del av rollen som bakkebyråkrat går ut på å vurdere sakene etter byråkratiske kriterier, noe som kan være vanskelig å kombinere med det å skulle hjelpe uforbeholdent. De får jobben med å vurdere klientene sine sin troverdighet, kvalifikasjoner og resultater. Samtidig krever hjelperrollen at man går inn uten reservasjon, og praktiserer en form for altruisme der man har klients interesser som eneste anliggende. Disse to rollene kan være vanskelige å kombinere. Den fjerde grunnen til at forkjemperrollen kan være vanskelig for bakkebyråkratene å innta er at bakkebyråkrater alltid har i bevisstheten at arbeidet deres kan gjennomgå eller skal presenteres for andre i systemet. Det å stille spørsmålstegn ved avgjørelser som tas av andre i systemet, eller kjempe for rettighetene til en bruker, kan det utsette bakkebyråkraten for intern kritikk eller vurdering fra andre i systemet. Andres blikk på arbeidet du gjør, gjør det vanskeligere å vike fra rolleforventningene som er knyttet til jobben, selv om man kan være uenig i rolleforventningene. Slike mekanismer kan hindre profesjonsutøverne fra å ta en forkjemperrolle for brukerne innad i velferdsorganisasjonen de jobber for.

3 Metode

I dette kapittelet presenterer jeg metoden jeg har benyttet for å innhente data og metoden jeg har benyttet for å analysere data. Jeg redegjør først for oppgavens forskningsdesign, kvalitative forskningsintervjuer, min forforståelse, rekrutteringsprosess og utvalg. Videre beskriver jeg litteratursøket jeg gjennomførte som forberedelse til intervjuprosessen. Deretter beskriver jeg hvordan jeg gjennomførte de kvalitative forskningsintervjuene. Jeg redegjør videre for den analytiske metoden jeg benyttet til å gjøre en refleksiv tematisk analyse av datamaterialet. Til slutt diskuterer jeg gjennomføringen av studien gjennom begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet, og beskriver etiske overveielser.

3.1 Forskningsdesign

Studien er en kvalitativ intervjustudie med et utforskende og deskriptivt design. Formålet med studien var å få innsikt i hvordan profesjonsutøvere som står tett på eldre i ulike sosiale situasjoner hadde erfart at tilbudet fungerte og var tilgjengelig for de som hadde lite støtte i et sosialt nettverk. Jeg så for meg at hjemmesykepleieres erfaringskunnskap kunne gi interessante innspill om de kommunale helse- og omsorgstjenestene og hvordan de var tilpasset brukergruppen. Jeg ønsket profesjonsutøvernes egne refleksjoner, betraktninger og meninger. Karakteristisk for kvalitativ metode er at metoden inneholder en fleksibilitet som gjør at den passer til å utforske menneskelige erfaringer med prosesser, systemer eller sosiale fenomener som ikke så lett lar seg måle i kvantitet eller frekvens (Thagaard, 2018). Kvalitativ metode bygger på at forståelse av sosiale fenomener først kan utvikles når vi er i nær kontakt med de som opplever det sosiale fenomenet vi vil å utforske (Thagaard, 2018). Slik som tjenesteansvarlige hjemmesykepleierne er gjennom sitt arbeid med eldre i ulike sosiale situasjoner. Videre egner kvalitativ metode seg når man søker kunnskap om et tema som det på forhånd finnes lite kunnskap om (Thagaard, 2018). Med utgangspunkt i dette vurderte jeg at kvalitativ metode ville være best egnet til å innhente, systematisere og fortolke hjemmesykepleieres erfaringer med tematikken. Kvalitative metoder står forankret i fortolkende teoritradisjoner, der kunnskap genereres ut fra tolkning av menneskelige erfaringer (Malterud, 2018).

Jeg valgte et utforskende kvalitativt design ettersom designet er egnet til å studere tematikk som i liten grad er utforsket gjennom tidligere forskning. Karakteristisk for et utforskende

design er at intervju spørsmålene ikke spesifiseres for detaljert i forkant av intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2019). Gjennomføringen av intervjuene følger heller ikke en streng struktur, men etterstreber å ha en form som kan minne om en naturlig samtale om et avgrenset tema. Det etterlater rom for at samtalen kan veiledes av erfaringene og temaene informantene introduserer (Kvale og Brinkmann, 2019). Ettersom jeg i liten grad kunne forutsi hvilke erfaringer og refleksjoner informantene ville ha om tematikken, var et utforskende design et passende design (Malterud, 2018).

3.2 Kvalitative forskningsintervju

Kvalitative forskningsintervju er en metode som brukes til å forstå et tema utifra informantens perspektiv og livsverden (Kvale og Brinkmann, 2019). Kvalitative forskningsintervju kan gjennomføres med ulik grad av struktur (Thagaard, 2018). Jeg gjennomførte semistrukturerte intervjuer. Det vil si at jeg planla at intervjuene skulle følge en viss struktur, med utgangspunkt i den delvis strukturerte intervjuguiden jeg hadde utviklet. Intervjuguiden representerte forskjellige aspekter jeg var nysgjerrig på og inneholdt forslag til spørsmål. Likevel brukte jeg intervjuguiden mest som en huskeliste som gjorde at intervjuene relaterte seg til problemstillingen. Bortsett fra det lot jeg rekkefølgen i intervjuene bestemmes der og da med utgangspunkt i det informanten brakte opp, som er i tråd med det semistrukturerte intervjuoppsettet (Thagaard, 2018).

3.3 Forforståelse

Forforståelse er erfaringen og kunnskapen man har med seg om studiens tematikk allerede før man starter datainnsamlingen. Forforståelsen blir med inn i både planlegging og gjennomføring av en studie (Birkeland og Natvig, 2008). Ofte er det forforståelsen vår som gjør oss interessert i et tema i utgangspunktet. I et intervju kan man bli opptatt av å søke informasjon om de temaene forforståelsen kretser rundt. Det kan gjøre at man lukker seg for relevante perspektiver utenfor forforståelsens fokusområder. Jeg prøvde derfor å unngå å stille for mange lukkede spørsmål, og forsøkte å ikke haste videre i intervjuene for å få svar på de tingene jeg på forhånd hadde bestemt meg for å utforske. Jeg prøvde å ha fokus på dette, for å unngå å gå glipp av relevante perspektiver for problemstillingen. Det er vesentlig å ha med seg en åpenhet inn i intervjuene man gjennomfører for ikke å la forforståelsen begrense samtalen, samtidig skal man hele tiden veilede samtalen slik at den blir relevant for

problemsstillingen (Malterud, 2018). Målet er å innhente informasjon som gir en utvidet forståelse av tematikken som strekker seg utover egen forforståelse (Birkeland og Natvig, 2008).

Min interesse for tematikken oppsto da jeg var besøksvenn for en eldre dame. Gjennom jevnlig besøk hos henne ble det klart for meg hvor vanskelig det kunne være å oppleve funksjonstap uten å ha tett oppfølging fra pårørende. Situasjonen hennes gjorde inntrykk på meg. Den fikk meg til å stille spørsmål ved hvor lett tilgjengelige hjemmetjenester og andre kommunale helsetjenester faktisk er for hjemmeboende eldre som mangler hjelp fra pårørende. Selv om hun allerede fikk hjemmesykepleie i form av et daglig besøk da jeg ble kjent med henne, skjedde det ingen oppskalering av tilbudet da hun mistet synet og ikke lenger kunne ivareta alle oppgavene hun tidligere hadde ivaretatt. Det førte henne inn i en uholdbar situasjon der grunnleggende behov ikke ble møtt i tilstrekkelig grad. Hennes forsøk på å formidle behovet sitt for mer hjelp nådde ikke frem, og det gjorde ikke mine forsøk heller. Hjemmesykepleien svarte at det måtte søkes om nye vedtak, og at det var de med formell pårørendestatus som måtte søke. Det fikk meg til å stille det åpenbare spørsmålet; Hva med de som ikke har tilgang til hjelp fra pårørende?

Erfaringen formet forforståelsen min og forforståelsen min baserer seg dermed på en enkelthendelse. Enkelthendelsen etterlot et inntrykk i meg av at det var avgjørende med tett oppfølging fra pårørende for å få tilgang til «riktige tjenester til rett tid i tilstrekkelig omfang», som er vektlagt i «Veileder for saksbehandling: Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven» (Helsedirektoratet, 2016). Dermed ble dette hypotesen jeg gikk inn i prosjektet med. Jeg har derfor gjennom prosjektet måttet ha fokus på å reflektere over hvordan forforståelsen min kan påvirke meg, både gjennom datainnsamling og analyse. Jeg har forsøkt etter beste evne å være kritisk til informasjonen jeg har heftet meg ved og silt vekk.

3.4 Utvalg og rekrutteringsprosess

I de neste avsnittene beskriver jeg hvordan jeg gjorde en strategisk utvelgelse av informanter til studien og hvordan jeg rekrutterte informanter til studien. Til slutt gir jeg en beskrivelse av utvalget som ble intervjuet.

3.4.1 Strategisk utvalg

Jeg valgte informanter til studien gjennom et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg går ut på å velge intervjupersoner utifra kvalifikasjoner som gjør det sannsynlig at intervjupersonene kan belyse problemsstillingen (Thagaard, 2018). Det er gunstig å gjennomføre et strategisk utvalg når utvalget er lite, slik det er i denne studien. Prosessen med den strategiske utvelgelsen startet med at jeg måtte finne ut hvem jeg skulle intervju, basert på hvem som kunne ha relevant informasjon om tematikken. Jeg ville snakke med noen som både sto tett på eldre med lite støtte i et sosialt nettverk og som samtidig hadde innsikt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Jeg kom frem til at hjemmesykepleiere var av de få som kunne oppfylle begge disse kriteriene. Ettersom formålet var å utforske tilbudet til eldre som allerede var i kontakt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, var hjemmesykepleiere relevante informanter. Videre kom jeg frem til at hjemmesykepleiere med stillingstittel *tjenesteansvarlig hjemmesykepleier* ville kunne ha spesielt relevante erfaringer for tematikken. Fordi tjenesteansvarlige hjemmesykepleiere har hovedansvaret for helheten i tilbudet brukerne får fra hjemmesykepleien. I tillegg har de ansvar for dialogen med pårørende, fastlege og spesialisthelsetjenesten når det er snakk om brukerens situasjon og tjenestetilbud, og fungerer som en kontaktperson. Bortsett fra sitt overordnede ansvar er tjenesteansvarlige hjemmesykepleiere ordinære hjemmesykepleiere som daglig møter brukerne i hjemmesituasjonen. Jeg valgte også strategisk å inkludere informanter fra bydeler som var organisert etter ulike forvaltningsmodeller. Formålet med det var at det ville gi variasjon til datamaterialet gjennom tilgang til et bredere spekter av perspektiver.

3.4.2 Fremgangsmåte rekruttering

Jeg startet rekrutteringen i januar 2021 etter å ha fått godkjenning fra NSD. Jeg begynte med å kontakte ledere for hjemmesykepleien i hver enkelt bydel i Oslo. Jeg sendte ut e-poster der jeg presenterte meg selv og prosjektet mitt. Jeg la også med et informasjonsskriv om

prosjektet. Forespørselen gikk ut på om jeg kunne få mulighet til å intervju tjenesteansvarlige hjemmesykepleiere i deres bydel. Jeg fulgte også opp e-postforespørlene med en telefon. Dersom jeg fikk godkjenning, spurte jeg lederne om de kunne videresende det vedlagte informasjonsskrivet til aktuelle deltakere i hjemmesykepleien. Infoskrivet inneholdt kontaktopplysninger slik at interessenter kunne kontakte meg. I to av bydelene som ble representert i studien tok deltakerne selv kontakt med meg og meldte sin interesse. I den tredje bydelen var det arbeidsleder som rekrutterte deltakere for meg. Kommunikasjonen med informantene gikk da via arbeidsleder. Jeg beskrev i rekrutteringen at jeg søkte tjenesteansvarlig hjemmesykepleiere med stillingsprosent på over 50 prosent og med mer enn 3 års ansiennitet i hjemmesykepleien. Jeg valgte til slutt å gå bort ifra ansiennitetskriteriet fordi det ville ekskludert to deltakere. Det ble derfor et inklusjonskriterium jeg ikke hadde nok deltakere til å opprettholde. Jeg benyttet også en rekrutteringsmetode som kalles *snøballrekruttering* (Thagaard, 2018). Snøballrekruttering går ut på å rekruttere deltakere gjennom deltakerne som allerede er inkludert i studien.

Det tok over en måned å rekruttere fem deltakere fra tre ulike bydeler. Rekrutteringsprosessen inneholdt mange avslag, et frafall og mye ventetid. Det er sannsynlig at rekrutteringen ble ekstra vanskelig ettersom koronasituasjonen utelukket muligheten for å presentere seg for bydelene gjennom fysisk oppmøte. Koronasituasjonen vil også ha krevd ekstra kapasitet av bydelene og særlig av hjemmesykepleien som er en del av helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor tenkelig at dette gjorde det utfordrende å rekruttere deltakere til studien. I tillegg er Oslo kommune en kommune med mange studenter. Flere bydeler responderte at de allerede hadde takket ja til en del forespørsler fra studenter og ikke hadde kapasitet til å delta i flere prosjekter. Mitt valg av Oslo kommune som geografisk område for studien kan derfor ha vanskeliggjort rekrutteringsprosess.

3.4.3 Beskrivelse av utvalget

Alle informantene i utvalget hadde stilling som tjenesteansvarlige hjemmesykepleiere. Informantenes alder varierte fra 26-53år. Ansiennitet i jobben som hjemmesykepleier varierte fra 1-25år. Fire av fem informanter var menn. To informanter jobbet for bydeler organisert etter bestiller-utfører-modellen, mens tre informanter jobbet for en bydel organisert etter tillitsmodellen.

Tabell 1: beskrivelse av utvalget

Informant	Utdanning	Kjønn	Alder	Ansiennitet	Forvaltningsmodell
A	sykepleier	mann	Ikke oppgitt	2år	bestiller-utfører-modellen
B*	sykepleier	kvinne	I slutten av 20 årene	3år	tillitsmodellen
C	sykepleier	mann	I midten av 20årene	1år	tillitsmodellen
D	sykepleier	mann	I slutten av 40 årene	3år	tillitsmodellen
E	sykepleier	mann	I starten av 50 årene	25år	Bestiller-utfører-modellen

*B = ønsket ikke å bli sitert

Før man setter i gang med å kvalitative intervjuer er det nødvendig å sette seg godt inn i tematikken som skal studeres, skaffe seg grunnleggende kunnskap om yrkesgruppen som skal intervjues og danne seg oversikt over tidligere forskning (Thagaard, 2018). En del av denne forberedelsen gjorde jeg gjennom å gjennomføre et litteratursøk. Hvordan litteratursøket ble gjennomført beskriver jeg i neste avsnitt.

3.5 Litteratursøk

Jeg har søkt etter relevant forskningslitteratur i flere omganger. Jeg har lest meg opp på relevant tidligere forskning gradvis og i takt med at jeg ble introdusert for nye nøkkelord og begreper i litteraturen. Søkeordene; *hjemmeboende eldre, eldre, hjemmetjenesten, hjemmetjenester, hjemmesykepleie, tilgang til hjemmesykepleie, tilgang til tjenester, tildeling av tjenester, sosialt nettverk, sosial støtte, uten pårørende, uten sosialt nettverk og uformell omsorg* har blitt benyttet i ulike kombinasjoner gjennom litteratursøkene. Jeg gjennomførte litteratursøk i databasene: Idunn, Norart og Cinahl. Jeg avgrenset søkene ved å ekskludere forskning som ikke møtte følgende inklusjonskriterier: at forskningen var fra en norsk kontekst, var publisert de 10 siste årene og var fagfelleurdert. Jeg leste titler og sammendrag

for alle artiklene som møtte inklusjonskriteriene. Videre leste jeg artiklene i fulltekst dersom de utifra tittel og sammendrag virket å være relevante for problemsstillingen. Selv om et av inklusjonskriteriene var at forskningen skulle være publisert de siste 10 årene, har jeg referert til noen artikler som er eldre enn dette i oppgaven. Det er fordi de var særlig relevante for problemsstillingen, eller tok for seg temaer det var lite nyere forskning om.

Jeg gjorde også litteratursøk i referanselistene til litteratur som var ekstra relevant for oppgavens problemsstilling. Fremgangsmåten jeg da benyttet var å trekke ut relevante kilder fra referanselistene basert på titler. Deretter leste jeg artiklene som oppfylte inklusjonskriteriene. Jeg valgte denne metoden fordi jeg fant sparsomt med forskning om eldre uten hjelp fra pårørende. Jeg vurderte det derfor som nødvendig å benytte flere metoder for å finne frem til forskning om tematikken. En risiko forbundet med denne metoden er at man kan komme til å lese artikler som i størst grad støtter hypotesene man har om tematikken, og lese seg opp på litteratur som støtter dette synet. Denne bekreftelsesrisikoen var til stede ettersom jeg leste referanselistene til de artiklene jeg selv vurderte som ekstra relevante for tematikken. Likevel hjalp denne metoden meg å finne frem til relevant forskning om tematikken som jeg ellers ikke hadde funnet frem til ved hjelp av søkeordene jeg benyttet i databasene. Jeg søkte også etter litteratur i nettadresser som regjeringen.no, sykepleien.no/forskning, og ssb.no med kombinasjoner av søkeordene beskrevet over.

Tabell 2 Litteratursøk i Idunn

Søk nr.	Søkeord	Relevante artikler/ antall treff
1	Hjemmeboende eldre OG hjemmesykepleie OG sosialt nettverk	2/9
2	Hjemmetjenesten OG tilgang til tjenester OG sosialt nettverk	2/11
3	Hjemmetjenester OG tildeling av tjenester OG sosial støtte	3/10
4	Hjemmetjenester OG tildeling av tjenester OG uten pårørende	2/15
5	Uformell omsorg OG eldre	5/82
6	Uformell omsorg OG hjemmesykepleie	1/10
7	Uformell omsorg OG tildeling av tjenester	1/10

Tabell 3 Litteratursøk i Norart

Søk nr.	Søkeord	Relevante artikler / antall treff
1	Uformell omsorg	2/4

Tabell 5 Litteratursøk i Cinahl

Søk nr.	Søkeord	Relevante artikler /antall treff
1	Tilgang til hjemmesykepleie	3/6
2	Hjemmesykepleie OG tildeling av tjenester OG uten sosialt nettverk	1/3

3.6 Gjennomføring av intervjuene

Jeg startet intervjuprosessen med å gjennomføre et pilotintervju. En venninne med tidligere arbeidserfaring fra hjemmesykepleien stilte opp og ga nyttige tilbakemeldinger. Gjennom pilotintervjuet fikk jeg mulighet til å teste intervjuguide med tilhørende spørsmål og den digitale samtaleplattformen Zoom. Testintervjuet ga meg nyttige tilbakemeldinger om ordlyd i spørsmålsformuleringer og om meg som intervjuer.

Jeg gjennomførte totalt fem digitale intervjuer som varte mellom 1-2 timer, i perioden februar-mars 2021. De to første intervjuene ble gjennomført med tre ukers mellomrom. Det ga meg mulighet til å videreutvikle intervjuguiden og reflektere over tematikken som den første informanten hadde introdusert meg for. De tre neste intervjuene ble gjennomført i løpet av en uke. Det etterlot mindre tid til refleksjon og redigeringer av intervjuguiden mellom hvert intervju.

Intervjuene ble gjennomført over det digitale samtaleverket Zoom på grunn av koronasituasjonen. Tre av intervjuene ble holdt som videosamtaler over Zoom, mens to av intervjuene ble gjennomført som telefonintervjuer på grunn av tekniske problemer. Det er vesentlige svakheter ved å gjennomføre kvalitative intervjuer over digitale

samtaleplattformer. Viktige kvaliteter ved det menneskelige samspillet faller bort gjennom dette formatet. I telefonintervjuene falt ekstra mye av det menneskelige samspillet bort. Jeg kunne iblant høre at informantene kunne nøle eller bli noe usikre i pauser der jeg lyttet. I telefonintervjuene var det ikke mulig for informantene å se mine nonverbale responser på erfaringen de delte. Det var en svakhet ved intervjuoppsettet jeg benyttet og gjorde aktiv lytting ekstra vesentlig. Likevel opplevd jeg at telefonintervjuene ga rike beskrivelser og gode samtaler om tematikken.

Gangen i intervjuene fulgte strukturen jeg nå skal beskrive. Jeg startet intervjuene gjennom å introdusere meg selv og prosjektet, og hva intervjuet kom til å handle om. I introduksjonen hadde jeg fokus på å holde en ledig samtale. Jeg spurte om informantene kunne introdusere seg selv og hva rollen som tjenesteansvarlig innebar for informantene. Noen ganger kom vi inn på relevant tematikk uten at jeg trengte å iverksette samtalen med et spesifikt spørsmål, andre ganger stilte jeg spørsmål fra intervjuguiden for å komme i gang med samtalen. Jeg hadde intervjuguiden ved siden av meg, men forsøkte å løsrive meg fra den mest mulig. Istedenfor forsøkte jeg å stille oppfølgingsspørsmål om tematikk informantene introduserte meg for. Iblant gløttet jeg på intervjuguiden for å huske områdene jeg ønsket å dekke med intervjuet. På denne måten sørget jeg for at samtalen holdt seg til problemsstillingen og at jeg fikk svar på de spørsmålene jeg søkte svar på. Det skjedde ofte at jeg ble introdusert for erfaringer og opplevelser jeg ikke på forhånd hadde forventet. Da forsøkte jeg etter beste evne å følge opp med oppfølgingsspørsmål som inviterte til utdypning. Det hendte likevel at informantene kom med utsagn som det hadde vært spennende å følge opp, men som jeg ikke fulgte opp (det innså jeg som regel i etterkant av intervjuet). Jeg var også opptatt av å oppfordre informantene til å dele eksempler om betraktningene de delte. Dette gjorde jeg fordi eksempler kunne konkretisere og forankre tematikken i informantens egne opplevelser, istedenfor å representere mer generelle betraktninger, med inspirasjon i råd om intervjuteknikk beskrevet i Thagaard (2018). Ofte ble eksemplene også springbrett til nye utdypende samtaler om tematikken. Jeg avsluttet hvert intervju med å spørre om det var noe annet enn det vi hadde snakket om som informantene ønsket å løfte frem om tematikken. Til slutt takket jeg for at informantene hadde delt av sin tid og sine erfaringer for å bidra til masteroppgaven min. Jeg presiserte også alltid at informantene kunne kontakte meg om det var noe i etterkant av intervjuet og at kontaktinformasjonen min sto oppgitt i informasjonsskrivet.

3.7 Analyse

Jeg valgte å gjennomføre en refleksiv tematisk analyse av intervjuene, i tråd med seks analytiske steg foreslått og beskrevet av Braun m.fl. (2019). Denne praktiske guiden beskriver hvordan man kan utføre en tematisk analyse i tråd med analysemetoden utviklet av Braun og Clarke (2006). Tematisk analyse går ut på å beskrive og fange opp mønstre (temaer) i et datamateriale. Braun et m.fl. (2019) beskriver at temaer er mønstre med felles mening som kretser rundt et felles konsept. Karakteristisk for refleksiv tematisk analyse er at temaene bygges gradvis opp gjennom hele analyseprosessen, der koder benyttes som tematiske «byggeklosser». Braun m.fl. (2019) forklarer hvordan man gjennom seks steg kan gjennomføre en refleksiv tematisk analyse, de seks stegene er: 1) gjøre seg kjent med datamaterialet, 2) koding, 3) utvikle foreløpige temaer, 4) vurdere de foreløpige temaene, 5) definere og navngi temaene og 6) skrive rapporten. Jeg vil beskrive hvordan jeg gjennomførte den tematiske analysen og hvordan jeg valgte å anvende de seks stegene beskrevet av Braun m.fl. (2019).

3.7.1 Steg 1: gjøre seg kjent med datamaterialet

Det første i steget i analyseprosessen går ut på å bli kjent med datamaterialet og legge merke til det som umiddelbart fremstår som interessant ved datamaterialet. Det er en fase der man kan assosiere og reflektere fritt rundt mulige sammenhenger mellom deltakere, data og tidligere forskning (Braun m.fl., 2019). Det skal være den delen av prosessen blir kjent med datamaterialet på en mindre systematisk måte. Jeg gjennomførte dette steget gjennom flere steg. Først og fremst skrev jeg korte refleksjonsnotater rett etter hvert intervju. Jeg noterte ned mine umiddelbare tanker om det informanten hadde lagt mest vekt på i samtalen og det jeg syntes kom tydeligst frem av intervjuet. Videre lyttet jeg til lydopptakene av intervjuene i sin helhet før jeg startet å transkribere dem. På denne måten gjorde jeg meg videre kjent med intervjuene og fikk mulighet til å notere ned flere umiddelbare tanker og refleksjoner om tematikken. Deretter startet jeg transkriberingen. Jeg transkriberte intervjuene ordrett. Når jeg hadde transkribert alle intervjuene satt jeg meg til rette i en god stol og leste gjennom transkripsjonene. Jeg markerte deler av teksten som fremsto spesielt interessante og relevante for problemsstillingen og skriblet ned noen umiddelbare kommentarer i margen.

3.7.2 Steg 2: koding

Deretter begynte jeg en mer systematisk gjennomlesning av transkripsjonene. Braun m.fl. (2019) foreslår at man i dette steget leter etter mening i dataene på en mer systematisk måte. Steget går ut på å organisere datamaterialet ved å samle tekstutdrag med felles meningsinnhold under ett. Koding skal gjøre det lettere å organisere dataene etter meningsinnhold (Braun m.fl., 2019). Jeg gjennomførte dette steget ved å lese intervjuene avsnitt for avsnitt og beskrive innholdet jeg leste gjennom korte setninger og stikkord (koder). Kodene noterte jeg i en kolonne ved siden av teksten. Til slutt samlet jeg kodene fra hvert intervju i et felles dokument. Det nye dokumentet besto derfor nå av korte setninger og stikkord (koder) fra alle intervjuene. Jeg samlet deretter alle de korte setningene og stikkordene (kodene) som hadde noe til felles under ett. Siden alle kodene kunne kobles til tekstutdrag, kunne jeg nå også samle alle tekstutdrag som hørte under koder jeg hadde plassert sammen.

3.7.3 Steg 3: utvikle foreløpige temaer

Det tredje steget i analyseprosessen går ut på å utvikle det Braun m.fl. (2019) kaller *temakandidater*. Dette skal gjøres med utgangspunkt i de første stegene i analyseprosessen. Meningsinnholdet i temakandidaten skal fortelle en sammenhengende historie om et aspekt ved datasettet som kan belyse problemstillingen (Braun m.fl., 2019). I dette steget leste jeg alle tekstutdragene jeg hadde plassert sammen. Jeg forsøkte å forstå hva de handlet om og hvorfor tekstutdragene hadde blitt plassert sammen. Basert på denne refleksjonsprosessen utviklet jeg noen foreløpige temaer (temakandidater). Jeg markerte også sitater som reflekterte innholdet i temakandidatene.

3.7.4 Steg 4: vurdere de foreløpige temaene

I det fjerde steget skal temakandidatene vurderes (Braun m.fl., 2019). I dette steget gikk jeg i gang med å vurdere om temakandidatene belyste et sentralt konsept. Temakandidatene kunne inneholde forskjellige meninger og aspekter så lenge de kretset rundt et felles konsept (Braun m.fl., 2019). Målet var at temakandidatene skulle ha en tydelig avgrensning fra hverandre. Dette steget gjentok jeg flere ganger gjennom analyseprosessen, også etter å ha skrevet ferdig om resultatene. Jeg hadde lenge fire hovedtemaer som jeg til slutt samlet til tre hovedtemaer. Temaet «Unntaksvis og tilfeldig følgetilbud» sto lenge som et selvstendig hovedtema, men

ble til slutt definerte et undertema under «Manglende hjelp med praktiske gjøremål». Det var fordi det virket logisk å regne følgehjelp som en form for praktisk hjelp, og jeg syntes derfor teamene «Unntaksvis og tilfeldig følgetilbud» og «udekkede praktiske behov i hjemmet» hørte sammen og kretset rundt et felles konsept, som var «manglende hjelp med praktiske gjøremål». I det fjerde steget prøvde jeg også å undersøke om teamene fortalte en sammenhengende historie om dataene og kunne brukes til å besvare problemsstillingen.

3.7.5 Steg 5: definere og navngi temaene

Det femte steget foreslått av Braun m.fl. (2019) går ut på å navngi og definere kandidattemaer gjennom å gjennomføre en detaljert analyse av hver temakandidat. Dette steget utfordret meg derfor til å navngi temakandidatene på en måte som kunne favne hele tematikken i temaet. Det var på dette punktet jeg så behov for å strukturere hovedtemaene etter undertemaer. Jeg kom til at undertemaene ville gjøre det lettere å strukturere skriveprosessen og belyse aspekter ved temaene på en mer oversiktlig måte. Prosessen med å navngi temaer og undertemaer var kanskje den vanskeligste delen av prosessen. Få ord skulle representere temaets innhold på en forståelig måte. Jeg redigerte på temanavnene mange ganger før jeg kom til et endelig resultat.

3.7.6 Steg 6: skrive rapporten

Det siste analytiske steget beskrevet Braun m.fl. (2019) er å skrive rapporten. Det er når man begynner å skrive om temaene at man får testet hvordan temaene fungerer. Det blir tydeligere om temakandidatene kretser rundt et felles konsept og om de forteller en sammenhengende historie om datamaterialet. I dette steget valgte jeg ut sitater fra datamaterialet som beskrev temaene jeg hadde kartlagt og utviklet gjennom analyseprosessen. Jeg måtte også vurdere om temakandidatene bidro til å besvare problemsstillingen. En annen viktig sjekk jeg gjennomførte til slutt var å se over at temaene hele veien sto forankret i datamaterialet. I tråd med Braun m.fl. (2019) gjennomførte jeg ikke stegene i en strengt lineær prosess, men gikk noen ganger frem og tilbake mellom dem.

3.8 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

I de neste avsnittene vil jeg kritisk drøfte gjennomføring av studien gjennom tre begreper; *reliabilitet, validitet og overførbarhet* (Thagaard, 2018). Jeg har benyttet begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet slik de benyttes for å vurdere kvalitativ kunnskapsproduksjon (Kvale og Brinkmann, 2019; Thagaard, 2018). Denne studien hadde et lite utvalg. Det virker inn på om man kan trekke valide slutninger eller overføre resultatene utover den konteksten de ble frembrakt i. Utvalget er heller ikke stort nok til å kunne påstå at funnene er representative utover dette utvalgets erfaringer. Hensikten med studien var likevel ikke å konstatere om helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige for eldre uten støtte i et sosialt nettverk eller ikke, til det er studien for liten. Hensikten var heller å få rike beskrivelser av noen hjemmesykepleieres erfaringer og gi en grundig redegjørelse av disse. Funnene kan likevel bidra til å gi en idé av hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene fungerer for og er tilgjengelig for eldre uten støtte i et sosialt nettverk. Da kan disse utfordringene kartlegges nærmere gjennom forskningsprosjekter av større omfang.

Reliabilitet er et begrep som benyttes for å si noe om en studies troverdighet. Innenfor en positivistisk forskningstradisjon handler reliabilitet om til hvilken grad andre forskere kunne kommet frem til samme resultat dersom de gjennomførte den samme studien (Kvale og Brinkmann, 2019). Dette gir ikke på samme måte mening å vurdere dette når man skal vurdere reliabilitet i kvalitative studier. Innen kvalitativ forskning er kunnskapsproduksjon avhengig av samspillet mellom forsker og deltaker. Når reliabilitetsbegrepet brukes i kvalitativ forskning er det derfor tilpasset studier der sosiale fenomener og subjektive erfaringer utforskes (Thagaard, 2018; Kvale og Brinkmann, 2019). I kvalitativ forskning er det viktig å gi leseren en mulighet til å vurdere studiens reliabilitet ved å redegjøre for fremgangsmåten man valgt på en detaljert og transparent måte (Thagaard, 2018). Det gir leseren mulighet til å forstå hvordan forskeren har kommet frem til funnene. Jeg valgte derfor å redegjøre grundig for de analytiske stegene i analyseprosessen. Jeg har også vært opptatt av å redegjøre for forforståelsen min, slik at det blir tydelig hvilke erfaringer jeg som fortolker har med meg inn i gjennomføringen av studien. Videre har jeg forsøkt å være tydelig på hva som er mine tolkninger og hva som er «primærdata», altså informantenes utsagn (Thagaard, 2018). Det gir transparens rundt hva som er data og hva som er mine fortolkninger og slutninger. Det som oppgis som primærdata vil likevel bære preg av en viss fortolkning i form av hvilke sitater som fremheves, hva som vektlegges i analyseprosessen og hvordan

transkripsjonen har blitt gjennomført. Et annet aspekt jeg anser som relevant for denne studiens reliabilitet er at det er mulig se for seg at intervju spørsmålene mine kan ha blitt oppfattet som evaluerende av de som ble intervjuet. Jeg erfarte derfor at det var nyttig å informere informantene om at jeg ønsket å lære fra deres erfaringer og at formålet ikke var å evaluere de som profesjonsutøvere. I Intervjuene der jeg var nøye på å presisere dette kunne jeg merke hvordan det påvirket dynamikken i intervjuene på en positiv måte. At jeg presenterte formålet med intervjuet, kunne derfor ha noe å si for hva informantene delte og ga uttrykk for.

3.9 Ethiske overveielser

I arbeidet med masteroppgaven har jeg gjort etiske overveielser gjennom hele prosjektet. Viktige etiske retningslinjer for all forskning er ivaretagelse av menneskers personvern, anonymitet og privatliv, samt å sørge for at deltakelsen i forskningen oppleves og er frivillig (Thagaard, 2018). Disse prinsippene hadde jeg fokus på underveis i rekrutteringen, i forkant av intervjuene, underveis i intervjuene og i etterkant av intervjuene.

3.9.1 Personvern og anonymitet

For å ivareta informantenes personvern er det avgjørende at personopplysninger innhentes, bearbeides og oppbevares på en måte som ivaretar informantenes anonymitet. Prosjektet ble godkjent av NSD (Norsk Senter for forskningsdata). Det innebærer at planen jeg hadde for behandling av personopplysninger var i samsvar med personvernlovgivningen. Jeg fulgte denne planen gjennom hele prosjektet. Videre fulgte jeg VID sine retningslinjer for videointervjuer som gjorde at innhenting av datamaterialet ble gjort på en måte som ivaretok personvernet. Personopplysninger ble oppbevart på et trygt sted adskilt fra datamaterialet. Datamaterialet ble lagret på en kryptert minnepinne. Disse tiltakene skulle sikre at deltakernes anonymitet ble ivaretatt i hele arbeidsprosessen med masteroppgaven. Datamaterialet og personopplysninger slettes ved prosjektets slutt. For å ivareta deltakernes anonymitet, bør det ikke være en fare for at informanten kan gjenkjennes gjennom det jeg skriver i oppgaven (Malterud, 2018). Jeg anonymiserte gjennom å holde tilbake informasjon om hvilke bydeler deltakerne jobbet for, ved å oppgi alder i intervaller og omgjøre sitatene til bokmål dersom de inneholdt dialektord.

3.9.2 Frivillighet

Jeg innhentet informerte samtykker fra alle informantene i studien. Alle informanter fikk tilsendt et informasjonsskriv om prosjektet i forkant av intervjuet. Skrivet inneholdt informasjon om hvorfor informanten ble spurt om å delta, litt om prosjektets tematikk og formål, hva deltakelse ville innebære, at det var frivillig å delta og at deltakeren til enhver tid kunne trekke seg fra studien, hvordan personopplysninger og data ville oppbevares og håndteres, at det ville bli tatt lydopptak, hva som skjer med opplysningene når prosjektet avsluttes og hva som er informantens rettigheter, samt kontaktopplysninger til meg om min veileder dersom informanten ønsket å trekke seg fra studien eller hadde andre spørsmål. I tillegg til informasjonsskrivet startet jeg hvert intervju med å spørre om informanten hadde lest informasjonsskrivet og gjentok de viktigste opplysningene.

3.9.3 Etske betraktninger i transkripsjon og analyse

Det er et viktig etisk prinsipp at informantens utsagn presenteres slik de var ment, både gjennom arbeidet med transkribering og analysen. Jeg etterstrebet å ivareta dette gjennom å arbeide for at sitatene skulle komme frem slik utsagnet var ment i intervjuet, både utifra sammenhengen sitatet ble sagt i og med den intensjonen det ble sagt med (Malterud, 2018).

4 Resultater

I dette kapitlet presenterer jeg studiens empiriske funn. De fremstilles som tre hovedtemaer, med undertemaer. Temaene belyser hvordan hjemmesykepleierne opplevde at tilbudet om helse- og omsorgstjenester var tilgjengelig og fungerte for de eldre brukerne som fikk lite hjelp fra et sosialt nettverk. En oversikt over temaene presenteres i tabellen under (Tabell 1).

Tabell 1 Temaer og undertemaer

Ingen til å stille krav	Manglende hjelp med praktiske gjøremål	Behov for ekstra tid til kartlegging
Ingen som stiller krav etter utskrivning fra sykehus	Unntaksvis og tilfeldig følgetilbud	Etterspør ikke tjenestene på eget initiativ
Ingen som stiller krav til varighet på korttidsopphold	Udekkede praktiske behov i hjemmet	Må opparbeides tillit
Ingen som klager ved avslag på sykehjemssøknad		Behov for tid til samtale Behov for tid til observasjon

4.1 Ingen til å stille krav

De tjenesteanvarlige hjemmesykepleierne erfarte at eldre som manglet eller fikk lite hjelp fra uformelle omsorgsgivere, også manglet noen som kunne stille krav til omsorgstilbudet etter et sykehusopphold, til varigheten på korttidsopphold og ved avslag om sykehjemsplass.

4.1.1 Ingen som stiller krav etter utskrivning fra sykehus

Ved utskrivning fra sykehus, kom det frem at det kunne være sårbart å mangle hjelp fra pårørende, ettersom det tas avgjørelser for det videre omsorgstilbudet ved utskrivningstidspunktet. Det tas avgjørelser knyttet til om pasienten skal sendes hjem, eller trenger et midlertidig eller permanent døgnbemannet tilbud fra kommunen. Det ble beskrevet at det kunne være sårbart å stå uten støtte fra pårørende i en slik overføring, fordi personen da mangler noen som kan sette ned foten og yte motstand for seg dersom det fattes uforsvarlige avgjørelser for det videre omsorgstilbudet. Flere av informantene uttrykte at brukere med liten støtte i et sosialt nettverk kunne bli sendt tilbake til eget hjem før de var klar for situasjonen hjemme, noen ganger også etter å ha gjennomgått gjentatte sykehusinnleggelse. Disse brukerne mangler noen som kjenner helheten i situasjonen deres, som kan yte motstand dersom avgjørelsene som fattes ikke samsvarer med behovene de har. Informantene kom med eksempler på hvordan pårørende yter motstand. Et av eksemplene avdekker også indirekte sårbarheten som ligger i det å mangle denne formen for støtte fra pårørende:

«[...] jeg vet jo at det har vært tilfeller hvor en pasient for n'te gang er innlagt på sykehus, og pårørende da for alvor setter ned foten, og sier: «Nå skal ikke min mor hjem igjen», for eksempel, og at man (pårørende) faktisk i noen tilfeller har gått så langt som å låse leiligheten, og nekter å åpne, slik at det da ikke er mulig å sende pasienten hjem» (informant A)

En av informantene opplevde at kommunen kunne streve med å finne et passende tilbud i overgangen etter en sykehusinnleggelse. Ekstra vanskelig kunne det være å finne et passende tilbud til eldre som mangler uformelle omsorgsgivere å støtte seg på i slike overganger. Informanten mente at dette derfor iblant resulterte i ekstra liggedøgn på sykehus, i påvente av et passende tilbud fra kommunen. Informanten uttrykte det slik:

«[...] jeg vet jo at det i veldig mange tilfeller er nettopp de ensomme brukerne som får noen overliggende døgn på sykehus, rett og slett for at kommunen skal få tid til å finne et tilbud som passer da» (informant A)

Informanten uttrykte videre at han opplevde det kommunale tilbudet som tilstrekkelig for de fleste av brukerne, også for mange av brukerne som hadde lite hjelp fra et sosialt nettverk. Likevel observerte han at tilbudet kunne bli for marginalt og ustabil for noen av brukerne som hadde lite hjelp fra et sosialt nettverk. Han mente dette særlig viste seg gjennom de brukerne som stadig opplevde gjentatte sykehusinnleggelse:

«[...] Vi har jo pasienter uten nettverk som stadig er ut og inn av sykehus, hele tiden. Nærmest ukentlig [...] Det er nettopp kanskje de brukerne som er mye inn og ut av sykehus, at tjenestene rett og slett blir litt ustabile. Det blir mye hit og dit [...] det er jo det som er med samhandlingsreformen blant annet - hvor det er vanskelig for kommunen å finne et passende tilbud, også strekker man det kanskje litt langt noen ganger» (informant A)

Informantene beskrev at kommunen fikk døgnbøter dersom deres innbyggere fikk ekstra liggedøgn på sykehus. To av informantene mente dette la et press på kommunen, som kunne bidra til at enkelte brukere ble sendt tilbake til eget hjem for tidlig. De beskrev at det ikke alltid var slik at kommunen klarte å oppdrive alternative omsorgstilbud til det hjemmebaserte på kort varsel:

«[...] det handler jo om budsjett, også handler det om at vi (bydelen) ikke har så mange plasser rundt omkring [...] for når de er ferdigbehandla – og kommunen har vel ... er det et døgn på seg, til å enten sende bruker hjem, eller skaffe noe annet. Og hvis de blir liggende på sykehuset så må de (bydelen) jo betale dagsbøter. Og de vil vel være flinke å spare penger. Så da er det fortest mulig hjem» (informant E)

En annen informant, hadde imidlertid andre erfaringer med sykehusutskrivninger. Han opplevde kriteriene for når pasientene kunne sendes hjem, som tydelige, og beskrev et godt tverrfaglig samarbeid i disse overføringene, og uttrykte:

«[...] det er jo regler for hva som skal til for å få lov til å sende noen hjem fra sykehus, og når de (sykehuset) må melde at de er klare. Så vi har jo en ganske god tverrfaglig

bit der [...] vi får ikke telefon om at de (brukerne) plutselig er hjemme igjen på en måte. Da har vi i å så fall lov til å legge de rett inn igjen» (informant C)

4.1.2 Ingen som stiller krav til varighet på korttidsopphold

Når det kom til korttidsopphold på sykehjem eller helsehus, hadde en informant lagt merke til en tendens; det virket som eldre med lite hjelp fra et sosialt nettverk kom raskere hjem fra oppholdet, enn eldre med støtte i et sosialt nettverk. Informanten mente det kunne komme av at pårørendes innvendinger ofte ble lyttet til ved samarbeidsmøtene som ble holdt mellom bruker, pårørende og helsepersonell i forbindelse med korttidsopphold. Han opplevde at pårørendes meninger kunne få innflytelse på varigheten av slike opphold. På samme måte trodde han at fravær av pårørendestemmer i slike møter, kunne ha noe å si for utskrivningstidspunktet:

«[...] vi ser det ofte når brukere er på et korttidsopphold for eksempel, i en sånn mellomfase. Der er det jo ofte samarbeidsmøter hvor pårørende ofte har en sterk stemme da, og i de situasjonene ser vi at det kanskje oftere er de uten et nettverk som kommer raskere hjem enn de som har et stort nettverk rundt seg» (informant A)

Flere av informantene delte refleksjoner som kunne bidra til å utdype tendensen denne informanten hadde lagt merke til. En av informantene reflekterte for eksempel over at brukerne i større grad uttrykte sitt faktiske hjelpebehov på samarbeidsmøtene når pårørende var til stede. Hun mente pårørende gjerne oppfordret sin nærmeste til å sette ord på egne behov og utfordringer. De pårørende stilte for eksempel spørsmål til sin nærmeste underveis i møtene slik at brukeren ble utfordret til å sette ord på egen situasjon foran helsepersonellet. Informanten mente dette bidro til at det faktiske hjelpebehovet kom bedre frem i møtene der pårørende var til stede, og at dette kanskje kunne forklare hvorfor fravær av pårørende i slike møter kunne ha noe å si for utskrivningstidspunktet.

4.1.3 Ingen som klager ved avslag på sykehjemssøknad

Flere av informantene beskrev at når en søknad om sykehjemsplass ble avslått, kunne pårørendes klage føre til at det likevel ble tildelt en sykehjemsplass. En informant som jobbet ved en bydel organisert etter bestiller-utfører-modellen uttrykte at han opplevde større gjennomslag hos bestillerkontoret når det fantes pårørende som ytret den samme bekymringen

som han selv. Flere av informantene uttrykte at det ikke opplevdes tilstrekkelig at de som hjemmesykepleiere begrunnet at det var behov for sykehjemsplass overfor bestillerkontoret, for å få det innvilget. De erfarte at det ga større gjennomslag når det fantes pårørende som understreket det samme behovet til bestillerkontoret. En av informantene uttrykte det slik:

«[...] nei det er at ofte at i de begrunnelsene som vi må legge frem, så er det jo ofte slik at de får litt mer tyngde om det er pårørende som også er enige i den vurderingen, og hvor det er en bekymring fra pårørende i bunn, da veier det ofte litt tyngre [...] det er jo litt utfordrende. For vi føler i mange tilfeller at vi kanskje ikke blir hørt eller trodd på. Og at vi også i noen grad er avhengig av at pasientene har et nettverk rundt seg som støtter opp om den erfaringen og de vurderingene vi gjør» (informant A)

Flere av informantene mente at det kunne være en ulempe for brukerne å mangle hjelp fra pårørende, fordi pårørende ofte hjalp brukeren med å drive frem en klage dersom sykehjemssøknaden ble avslått. En av informantene uttrykte det slik:

«[...] terskelen for å få sykehjemsplass i dag er såpass høy, det skal så mye til, at det å ha pårørende som pusher litt på det, og gjerne ganske tidlig egentlig, er mye verdt. Vi har jo flere konkrete hendelser hvor man egentlig har fått avslag, hvor vi i hjemmesykepleien har begrunna hvorfor de trenger sykehjem. Så har det kommet avslag. Så har på en måte pårørende gjort den siste fighten for å få det innvilget» (informant A)

En informant opplevde at han måtte kjempe for brukeren innad i det kommunale systemet i enda større grad når brukeren manglet pårørende som kunne stille krav. Han uttrykte det slik:

«[...] jeg føler faktisk, og ser også det at det kan være sånn at de som har et godt nettverk, og en sterk familie, som stiller opp og stiller krav, det er vel ikke til å komme bort fra at det kan gjøres litt forskjeller der. I forhold til - det kan handle om faktisk det å få en korttids plass, eller en langtids plass på sykehjem. Hvor faktisk pårørende kan være med å anke hvis de har fått avslag på sykehjemsplass. Hvor de (pårørende) går virkelig til verks, for at «det her godtar vi ikke», og de anker det og kanskje går videre med det, også får de tilslag. Mens de som ikke har noen, de blir jo veldig svake, og da blir det jo vi som må være deres, på en måte advokat, eller pårørende på en måte, og kjempe for dem» (informant E)

Informanten som uttrykte seg med sitatet over jobbet i en bydel organisert etter bestiller-utfører-modellen. Han beskrev at han som hjemmesykepleier ved flere anledninger hadde måttet kjempe kamper med bestillerkontoret, både for brukere med og uten hjelp fra pårørende. Han ga eksempler som beskrev hvordan det å ha involverte pårørende langt ifra alltid var tilstrekkelig for å få tilgang til et tilstrekkelig tjenestetilbud. Han hadde også måttet kjempe for tjenestetilbudet til de som hadde involverte pårørende. Likevel opplevde han at de uten pårørende stilte enda svakere, og fikk gjennomslag for enda mindre: «Det er jo vondt å se at det er urettferdigheter også. På grunn av, ja, de som har en sterk familie, og har mye ressurser rundt seg, at de får gjennomslag for mye mye mer» (informant E). Han beskrev at det ikke alltid var lett å finne tid til fylle en advokatfunksjon for brukerne, fordi han både skulle kjempe for brukerne, samtidig som han skulle forholde seg til tidsressursene i jobben, og organisasjonen han jobber for:

«[...] nei, vi har jo egentlig ikke det (tid). Det har man ikke [...] Også er det vanskelig også av og til for oss, for vi føler vi blir litt sånn midt imellom tjenesten og kommunen og pårørende. Og som jeg sier, så er jeg jo egentlig brukers advokat. [...] det er jeg som må jobbe for bruker, at bruker skal få den hjelpa han har krav på og behov for. Så man kommer liksom midt imellom» (informant E).

4.2 Manglende hjelp med praktiske gjøremål

Det ble trukket frem oppgaver det kunne være særlig utfordrende for hjemmesykepleierne å få tid til å hjelpe brukerne med. Dette var oppgaver som falt utenfor kommunens definerte tilbud eller hjemmesykepleiens definerte ansvarsområder. Det kom for eksempel tydelig frem at hjemmesykepleierne hadde liten mulighet til å tilby brukerne sine følgetjenester til medisinske undersøkelser og behandlinger. Videre opplevde informantene at de hadde liten mulighet til å hjelpe med oppgaver som ikke direkte kunne regnes som helsehjelp. De opplevde dilemmaer i oppfølgingen av brukere som hadde lite hjelp fra et sosialt nettverk, fordi disse brukerne ikke hadde noen som kunne hjelpe med oppgavene som ikke var inkludert i tilbudet.

4.2.1 Unntaksvis og tilfeldig følgetilbud

Informantene opplevde at det kommunale tilbudet om følgetjenester til medisinske undersøkelser og behandlinger, var mangelfullt. De hadde kun unntaksvis mulighet til å utføre følgetjenester, og ofte var det bare tilfeldigheter som gjorde det mulig for hjemmesykepleien å utføre følgeoppdrag. Informantene opplevde at et manglende tilbud om følgetjenester særlig kunne bli en utfordring i oppfølgingen av hjemmeboende eldre med demens som hadde lite hjelp fra et sosialt nettverk.

Informantene beskrev at det ikke ble bevilget bemanningsressurser til å utføre følgeoppdrag, og at følgetjenester derfor var en oppgave som ble opp til de pårørende å utføre: «Det er ikke gitt at kommunen godtar at vi skal bruke penger på å leie inn personal for å følge til sykehus, for det er jo pårørendes jobb egentlig» (informant C). De fleste informantene beskrev likevel at de unntaksvis og i noen tilfeller utførte følgeoppdrag. De informantene som oppga at de unntaksvis utførte følgeoppdrag, sa at unntakene kunne gjøres på dager der hjemmesykepleien hadde tid til det, men at dette vanligvis ikke var tilfellet:

«Det er jo bare tilfeldig og flaks at vi på en måte har hatt mulighet til det. For vi får jo ikke avsatt tid til å gjøre de oppdragene [...] sist gang jeg ble med (til sykehuset) var det jo flaks at jeg hadde student, så studenten min kunne være igjen med lista mi, og jeg ble med (til sykehuset)» (informant C)

En av informantene beskrev også at det kunne la seg gjøre for hjemmesykepleien å følge brukere som ikke hadde hjelp fra pårørende til fastlege og tannlege, dersom de fikk god tid til

å planlegge for det: «ja da må vi planlegge - for at vi skal ha nok personale på jobb [...] vi planlegger kanskje en eller to uker i forveien» (informant D). Også denne informanten beskrev at det var snakk om unntakstilfeller de gangene hjemmesykepleien tok på seg følgeoppdrag. En av informantene uttrykte til og med at han aldri utførte følgeoppdrag, fordi dette var føringene i hans bydel.

I unntakstilfellene der hjemmesykepleien utførte følgeoppdrag beskrev informantene at det nesten alltid gikk utover andre deler av virksomheten. De måtte for eksempel bruke av de ansattes pausetid, ettersom følgeoppdrag ikke var en integrert del av hjemmesykepleiens tildelte arbeidsoppgaver. En informant uttrykte det slik:

«Det er jo ikke ting som det er gitt at vi har tid til å gjøre. For vi har jo andre vi også må til [...] Ja og det blir som regel konsekvenser for noen andre, at noen må ha litt mer på lista og få litt kortere pause. Vi har ikke lov til å leie inn på det grunnlaget, på en måte» (informant C)

Informantene trakk fram at de opplevde at det eksisterte en uklar ansvarsfordeling når det kom til å sørge for at brukere kom seg til polikliniske avtaler. Sykehuset har kun ansvar for inneliggende pasienter. Mens hjemmesykepleien har ansvar for helsehjelpen i hjemmet. Hvem som har ansvaret for å hjelpe hjemmeboende eldre som ikke mestrer å komme seg til en medisinsk avtale på egenhånd, mellom hjemmet og timeavtalen, fremsto som uklart for flere av informantene. «Vi skal jo jobbe i hjemmet, og ikke på sykehus. Så det er litt diffust hvem som har ansvaret der. [...] ja så akkurat den samhandlinga mellom sykehus og kommune er vanskelig når du ikke har pårørende til stede altså» (Informant C).

Informantene uttrykte at liten mulighet til å utføre følgetjenester, iblant resulterte i kansellerte undersøkelser og behandlinger. Det ble for en del brukere for krevende å komme seg avgårde på egenhånd, ifølge informantene. De hadde merket seg at et unntaksvis og tilfeldig følgetilbud, derfor gjorde at en del medisinske undersøkelser og behandlinger ikke ble møtt opp til:

«Det hender jo av og til at bruker rett og slett bare kansellerer besøket, fordi at det blir for vanskelig for brukeren å dra på den behandlingen eller den konsultasjonen de har. Det blir for krevende både for bruker, og i forhold til det med følge [...] Og jeg var hos en bruker her for noen måneder tilbake, og hun hadde vel fått innkallelse i forhold til kognitiv svekkelse, og skulle ta masse undersøkelser på sykehuset, og hun syntes

det var så slitsomt da, og nei det orka hun ikke, så hun kasta bare alle innkallelene, og det ble ikke noe av» (Informant E)

Informantene forklarte at de kansellerte behandlingene og undersøkelsene også gikk utover hjemmesykepleiens mulighet til å utføre sin del av arbeidet. En informant la vekt på at han som hjemmesykepleier ofte var avhengig av svar fra undersøkelser, for å kunne gi brukerne riktig helsehjelp i hjemmet. Når undersøkelser og behandlinger ikke ble gjennomført, vanskeliggjorde det også arbeidet for hjemmesykepleien. Han forklarte det slik:

«[...] det er jo litt for vår egen del og. Hvis vi vet de skal inn til behandling, fordi vi må ha noe svar på ett eller annet, hvis de har mye magesmerter for eksempel, og vi må ta et CT-bilde, så ønsker vi også å få svar på det bildet. Så hvis ikke vi blir med, så er risikoen for at det bildet ikke blir tatt ganske stor. Og da er det vi som til slutt står litt med problemet hjemme og [...] usikkert om det er jobben vår, men vi gjør det jo for å hjelpe oss selv litt også (informant C)»

Noen av informantene beskrev at den manglende muligheten til å utføre følgetjenester var mest problematisk når det kom til oppfølgingen av brukere med demens. Dette var brukere det ikke alltid opplevdes forsvarlig for informantene å sende avgårde til fastlegen, sykehuset eller legevakten på egenhånd, og som de ofte mente hadde behov for en ledsager for å få gjennomført legebekøket: «er du «klar» så kommer du deg i en drosje selv og kan be om hjelp på en måte. En dement kan sette seg i drosja, og plutselig ikke vite at hun skal til fastlegen lenger» (informant C). Dersom en person med demens ikke hadde tilgang til følgehjelp fra noen i sitt sosiale nettverk, oppsto det dilemmaer knyttet til hvordan denne personen skulle følges til nødvendige undersøkelser og behandlinger. Informantene uttrykte at de likevel alltid forsøkte å finne forsvarlige løsninger i disse tilfellene, og at de iblant så seg nødt til å tilby følgetjenester. De oppga at de kunne havne i dilemmaer der de skulle ivareta brukeren med demens, samtidig som de manglet bemanningsressurser til å utføre følgeoppdragene. En av informantene satt ord på hvordan et unntaksvis og tilfeldig følgetilbud kunne slå ut for brukere med demens:

«[...] det er jo ikke alltid pårørende er til stede, og hvis du er dement i tillegg da så er du ekstra krevende, og da har det hendt at vi faktisk har blitt med (til sykehuset). Og det er jo bare tilfeldig og flaks at vi på en måte har hatt mulighet til det. For vi får jo ikke avsatt tid til å gjøre de oppdragene. Men det er jo noe vi prøver å finne litt ut av

da. For da er det jo forsvarligheten for personen. Og vi står jo litt ansvarlige for de brukerne vi har. Og hvis du kjempedement og skal avgårde, så må man jo tenke hva det er som er mest forsvarlig her» (informant C).

Hjemmesykepleierne beskriver at de føler et spesielt ansvar for brukerne med demens som skal avgårde til medisinske undersøkelser og behandlinger, men at det er uklart hvem som har det egentlige ansvaret. De absorberer derfor i en del tilfeller ansvaret, og utfører en del følgeoppdrag for denne brukergruppen. En av informantene uttrykte det slik:

«[...] Det hender jo vi hjelper de i taxien for eksempel, men hvem står ansvarlige når de da blir satt på sykehuset på benken på venterommet, og plutselig så finner de ut at de vil gå, for de vet jo ikke hvor de er. Og sykehuset har jo ikke kapasitet til å stå og passe på demente. Og er det da hjemmesykepleien? Men vi skal jo jobbe i hjemmet, og ikke på sykehus. Så det er litt diffust hvem som har ansvaret der. Men vi har jo vært med våre demente nå i det siste. Det har vi» (Informant C)

En av informantene trakk frem at det hendte at noen sykehus kunne tilby hjelp fra frivillige fra Røde kors til å ledsage personer med demens rundt på sykehuset. Men at dette ikke var et tilbud ved alle sykehus, og derfor ikke kunne regnes med:

«Jeg vet jo selv fra jeg jobbet på sykehus i (en annen by), der var jo Røde kors involvert og tok imot demente og fulgte de til avdelingen, og var litt på banen der. Men det er det jo ikke en selvfølge at alle (sykehus) har» (informant C)

Når pårørende ikke kan følge, fortalte informantene at de forsøkte å kontakte frivillige organisasjoner eller frivillighetssentraler, for å få hjelp med følgeoppdragene. En informant fortalte at det krevde både tid og fokus gjennom arbeidsdagen å mobilisere frivillige til følgeoppdrag. Det var heller ikke alltid at innsatsen resulterte i en løsning. Det var heller ikke alltid slik at alle brukere kunne sendes avgårde med frivillige, av helsefaglige hensyn. Den samme informanten uttrykte likevel at hjemmesykepleien var helt avhengig av de frivilliges innsats når det kom til følgetjenester, i hans bydel. Et flertall av informantene uttrykte at de så behov for en bedre organisert følgetjeneste. De trakk frem at det fantes et tilbud i regi av praktisk bistand som kunne benyttes til å utføre noen planlagte følgeoppdrag, nemlig tilbudet om «aktivitetstid». Tilbudet om aktivitetstid er et tilbud som gir brukeren mulighet til å velge hva tiden de har fått innvilget skal benyttes til, utifra hva som er viktig for brukeren å få hjelp med. Da velger noen av brukerne å benytte aktivitetstiden til en følgetjeneste:

«[...] Det er noen som bruker aktivitetstiden som de har (til følgetjenester). Kanskje de får (aktivitetstid) en gang i uka; en time i uka eller en time hver fjortende dag. Så da sparer de opp har jeg hørt. Da sparer de opp til tre timer. Så kan de bruke den (tiden) til det formålet da, eller gå til fastlegen eller gå til tannlegen (informant D)»

Andre informanter beskrev at det bare var noen få brukere som fikk innvilget et tilbud om «aktivitetstid»:

«[...] Akkurat det med aktivitetstid er ganske krevende for tjenesten å utføre, for det krever såpass mye tid, og det kommer på en måte i tillegg til alt det andre vi har. Så det er ikke alltid vi har en bemanning til å utøve det til alle. Så det blir på en måte der det er absolutt nødvendig ofte» (informant A)

Informantene beskrev at behovet for følgetjenester gjerne oppsto uforutsett og derfor ikke kunne dekkes av aktivitetstid-tilbudet. I tillegg var mange følgetjenester for tidkrevende til å kunne dekkes av dette tilbudet. En av informantene uttrykte det slik:

«[...] Vi har jo praktisk bistand, og aktivitetstid og de der, men det er jo heller ikke nok til en følgetjeneste, for det å følge til sykehus det kan jo ta lang tid (informant C).»

Flere av informantene uttrykte at behovet for følgehjelp ikke bare gjorde seg gjeldende når det kom til medisinske avtaler utenfor hjemmet. Behovet for følge kunne også være til stede for andre avtaler eller ærender den eldre trengte å fullføre utenfor hjemmet. Det kunne gjelde alt fra følgehjelp til velværetjenester som fotpleier eller frisør, eller hjelp med å komme seg ut på en nødvendig handletur. Behovet for følgetjenester kunne derfor gjøre seg gjeldene på flere områder.

4.2.2 Udekkede praktiske behov i hjemmet

Informantene beskrev at deres ansvarsoppgaver først og fremst omhandlet helsehjelp. De forklarte at de måtte avgrense seg fra å utføre oppgaver som ikke var definert som hjemmesykepleiens ansvar. Samtidig beskrev de at de strakk seg for hjelpe til med en del oppgaver de ikke hadde ansvar for, for de brukerne som hadde lite hjelp fra et sosialt nettverk. Informantene beskrev at det kunne være utfordrende når brukerne manglet hjelp fra et sosialt nettverk. Fravær av familie og venner til å utføre oppgaver som ikke var del av tjenestetilbudet, kunne sette hjemmesykepleierne i en del dilemmaer. Det førte til situasjoner

der de ble nødt til å utføre oppgaver som ikke var definert som deres ansvarsoppgaver og som egentlig ikke var jobben deres, men som likevel kalte på ansvarsfølelsen deres.

Ifølge noen av informantene eksisterte det en underliggende forventning og antagelse fra kommunen om at brukere har et sosialt nettverk som kan støtte dem i oppgavene som ikke inngår i kommunens tilbud. En av informantene uttrykte at han opplevde at kommunens uskrevne holdning lød slik:

«[...] Det er litt sånn at her kommer vi og vi skal gjøre den nødvendige helsehjelpen. Også er det en litt uskreven forventning om at det andre praktiske rundt det ordner man selv, eller har familie og pårørende til å støtte seg i» (informant A)

En felles oppfatning blant informantene var at hjemmesykepleiens primære ansvarsoppgaver, var de oppgavene som går under det de definerte som helsehjelp. Eksemplene informantene ga på slike oppgaver var; hygiene, sårstell, medisiner, kontakt med fastlegen, og ernæring. Informantene beskrev dette i forskjellige ordlag, som for eksempel at hjemmesykepleien har ansvar for å «yte den nødvendige helsehjelpen i hjemmet» (informant C), eller som informant D uttrykte det «[...] helsehjelpen - den skal vi utføre. Det er vårt ansvar. Men utenom det så er det liksom pårørende».

Felles for informantene uavhengig av bydelen de jobbet for, var at det som ble skrevet i vedtak eller tiltaksplaner, var med på å definere hva som var hjemmesykepleiernes primære ansvarsoppgaver. Oppgaver som ikke ble definert i slike planer, kunne synes å stå utenfor hjemmesykepleiens tilbud og ansvarsområde. Noen av informantene uttrykte at de fikk tydelige føringer fra ledelsen knyttet til hvilke oppgaver som var innenfor og utenfor hjemmesykepleiens tilbud. En av informantene uttrykte det slik:

«[...] for vi har på en måte fått streng beskjed da, at vi ikke skal være frisør eller fotpleier eller hudpleier eller massør. For da tar vi på en måte bort muligheten deres til å komme seg ut» [...] «Og da har jeg fått på en måte tilsnakk, om at sånn der skal jeg ikke gjøre, for det er ikke en del av hjemmesykepleien» (informant D)

Informantene beskrev videre at når det fantes involverte pårørende, fantes det noen som kunne hjelpe med oppgavene som ikke var inkludert i kommunens tilbud. Informantene beskrev derfor at de jobbet med å engasjere pårørende i en del oppgaver som ikke var del av tilbudet. Men når en bruker fikk lite hjelp fra et sosialt nettverk, var det få eller ingen som

kunne utføre de praktiske oppgavene som falt utenfor hjemmesykepleiens og praktisk bistand sitt tilbud. Den ene informant uttrykte det slik:

«[...] det kommer jo veldig an på situasjonen, men det er jo selvfølgelig krevende når du ikke har noen pårørende å spille ball med [...] generelt tjenester, hva enn det er for noe, hvis de skal avgårde, hvis de trenger hjelp med noe. De står jo veldig alene. Og veldig mange når de blir gamle, blir veldig immobile også. Og det er jo det her hvis de har valgt å følge med i tiden, og holde seg oppdatert på å bruke en PC og et nettbrett, så klarer de seg bra, men har de ikke gjort det så står de veldig alene altså» (informant C)

(flytte høyere opp) Ifølge informantene, var det situasjoner der det å mangle pårørende å samarbeide med, kunne være spesielt utfordrende. Det var når det skjedde feil i matbestillinger og bruker plutselig sto der tom for mat, og det var når ulike ting i hjemmet måtte repareres, som for eksempel TVer som ikke virker eller lyspærer som må skiftes. Felles for disse oppgavene var at de delvis eller fullstendig falt utenfor hjemmesykepleiens og praktisk bistand sitt tilbud. Situasjoner der bruker plutselig sto tom for mat, ble trukket frem som situasjoner det kunne være spesielt vanskelig å løse når det ikke fantes uformelle omsorgsgivere som kunne avhjelpe i situasjonen. Dette var fordi hjemmesykepleierne ikke hadde lov til å handle for, eller håndtere penger for brukerne. I disse tilfellene kunne hjemmesykepleierne derfor særlig merke at det var vanskelig å mangle pårørende å samarbeide med om slike oppgaver. I disse tilfellene hadde de ingen mulighet til å løse situasjonen, uten å bryte regelverket. Den ene informant beskrev det slik:

«[...] det er jo en veldig kjedelig situasjon vi har stått i, hvor det kanskje har skjedd en feil i en matbestilling, og vi står der fredagskveld også er det ikke mer middag til helga. Og når du ikke har pårørende da så, da har du på en måte ikke noen. Vi har jo ikke lov til å gå og handle for de heller egentlig (informant C)».

En del av informantene beskrev at det «medmenneskelige instinktet» likevel gjorde at de likevel valgte å avhjelpe brukerne i slike situasjoner. De beskrev at det ikke var en del av hjemmesykepleiens jobb å skulle handle for en bruker, og at det derfor ble opp til hver enkelt ansatt hva man valgte å gjøre i slike situasjoner:

«[...] da var det liksom mer det medmenneskelige instinktet. Men det er på en måte, det er ikke jobben vår, det er ikke plikten vår, men det er litt mer hva gjør du for et

enkeltmenneske, samtidig som det er feil i den rollen vi er i, at vi skal gå på butikken med private midler og kjøpe ting til dem. Juridisk så har vi jo ikke lov til å gjøre det. Men vi kan jo ikke la et menneske sitte der uten mat heller» (informant C).

For å kompensere for fravær av pårørende, beskrev flere av informantene at de strakk seg litt utenfor det som var hjemmesykepleiens tilbud, for de brukerne de visste fikk lite hjelp fra et sosialt nettverk. De uttrykte at de ble litt ekstra behjelpelig med de små tingene for disse brukerne:

«[...] jeg føler jo på arbeidsplassen her så er vi jo flinke til å ivareta de som ikke har noen. Det er litt indirekte at det skjer. Vi snakker jo om at for de som ikke har pårørende, så er vi litt mer behjelpelige med de tingene som kanskje ikke er hjemmesykepleiens oppgave (informant C)».

Informantene beskrev at de da typisk bidro med små tilleggstjenester som tok lite tid, men som likevel kunne være til hjelp for brukerne. Den ene informant uttrykte det slik:

«[...] når vi ikke har pårørende, så er vi kanskje litt mer behjelpelig, hvis de for eksempel skal til en undersøkelse, at jeg ordner taxi for de, og gjør det lille ekstra. Det gjør jeg jo. Men det er ikke noe fastsatt. Det er det ikke» (informant C)

En annen informant uttrykte det slik:

«[...] Jeg kan ikke snakke for de andre. Men for min del er jeg litt på tilbudssida, utenom tiltakene» (informant D)

Informantene ga alle uttrykk for at de egentlig gikk litt utenfor rollen sin dersom de gjorde noe ekstra for brukerne som ikke sto i vedtakene eller tiltaksplanene. De opplevde at det var noe de egentlig ikke skulle drive for mye med, og utførte derfor disse tjenestene som små tilleggstjenester, uten å lage et stort nummer ut av det: «[...] så det er liksom, når man gjør det lille ekstra, så er det liksom, det skal på en måte være hysj hysj da (informant D)».

4.3 Behov for ekstra tid til kartlegging

Informantene pekte ofte ut faktorer de opplevde som avgjørende i oppfølgingen av brukere som har lite kontakt med et sosialt nettverk. Faktorene kunne alles knyttes opp til det faktum at det ikke finnes noen andre enn personen selv som kunne fortelle om egen livssituasjon. Informantene opplevde at en del av brukerne som sto alene i hverdagen kunne møte hjemmesykepleiens tilbud med større reservasjon, enn de som hadde mye kontakt med et sosialt nettverk. Hjemmesykepleierne beskrev at tillit, tid til samtale og tid til observasjon var ekstra viktige faktorer i oppfølgingen av denne brukergruppen. De begrunnet det med at tid til å skaffe seg innsyn i brukerens situasjon og hjelpebehov ble ekstra avgjørende når det ikke fantes et sosialt nettverk rundt brukeren som kunne holde hjemmesykepleien oppdatert om endringer brukerens situasjon.

4.3.1 Etterspør ikke tjenestene på eget initiativ

Informantene opplevde sjeldent at det var brukerne selv som tok første initiativ til å be om tjenester fra hjemmesykepleien. Når brukerne hadde pårørende, var det som regel de pårørende som hadde satt brukeren i kontakt med det kommunale tjenesteapparatet, gjennom å etterspørre hjemmebaserte tjenester på veiene av sin nærmeste. Når brukeren sto mer alene var informantenes inntrykk at brukerne som regel først kom i kontakt med tjenesteapparatet etter en spesifikk hendelse, for eksempel etter en sykehusinnleggelse eller et fall. En av informantene beskrev det slik:

«[...] I mange tilfeller er det nettopp de (pårørende) som har kontakta enten fastlege eller kommunen direkte, for å starte tjenester sånn i utgangspunktet. Mens for de som er litt mer ensomme er mitt inntrykk at det er litt mer tilfeldig hvordan de kommer inn i helsetjenesten. Da har det kanskje vært en konkret hendelse. Også blir det sendt en henvisning til oss fra sykehuset for eksempel. Og da når vi kommer inn så oppdager vi at her burde det jo vært tjenester for lenge siden kanskje» (informant A)

Flere av informantene opplevde også at en del brukere som hadde lite kontakt med et sosialt nettverk, kunne være mindre mottakelige for å ta imot hjelp fra hjemmesykepleien, enn de som hadde mye kontakt med et sosialt nettverk. En informant resonerte at innsikt i eget hjelpebehov kunne være vanskelig å opparbeide seg for de som hadde lite kontakt med et sosialt nettverk. Ettersom man gjerne opparbeider seg en del innsikt i egen situasjon gjennom

tilbakemeldingene man får fra de man står i relasjon til: «Noen har kanskje ikke så god innsikt i sin egen situasjon. Og mener at de klarer seg helt fint, når vi ser at de overhodet ikke gjør det» (informant C). Informantene beskrev også at noen brukere i en del tilfeller har vært vant til å klare seg på egenhånd og kunne synes det var uvant å be om hjelp, eller at de ikke alltid visste hva de hadde krav på av hjelp fra kommunen. En av informantene uttrykte det slik:

«[...] Det er jo ofte at disse pasientene tenker at det er sånn det skal det være på en måte. De har ikke tenkt tanken på at her kan jeg få hjemmesykepleien sin hjelp for eksempel. De tror på en måte at «sånn er livet når man blir gammel» [...] de er liksom vant til å være alene og tenke at de skal klare seg selv» (informant A)

Informantene beskrev at de som hjemmesykepleiere derfor ofte fikk en forsterket rolle i å bevisstgjøre brukerne som hadde lite kontakt med et sosialt nettverk, om behovene de observerte. De beskrev at de jobbet med bevisstgjøring, fordi de erfarte at bevisstgjøring rundt behov kunne gi brukerne motivasjon til å ta takke ja til hjelp, gjennom at brukerne selv innså at de hadde behov for hjelpen:

«[...] Da er det jo først å forsøke å få dem til å se det behovet de har da. Også kanskje begynne litt i det små. Eksempelvis hvis vi ser at dette er en underernært bruker, som trenger oppfølging med måltider, at man kanskje begynner med å ta vekten, og følge med, og at de kanskje selv ser at de går ned i vekt, og innser at de trenger hjelp» (Informant A)

Ifølge den samme informanten kunne prosesser som omhandlet å gjøre brukerne mer motivert til å ta imot nødvendig hjelp, ta en del tid:

«[...] Det er egentlig sjeldent at de selv tar initiativ til å spørre om hjelp opplever jeg i hvert fall da. Det er ofte vi som kanskje avdekker et behov. Også er det ikke alltid de er helt enige i at det behovet er der. For det føles jo litt inngripende for dem at nå skal vi inn å ta over. Ofte går det ganske lang tid bare til å motivere dem til å ta imot den hjelpen de trenger» (informant A)

Informantene understrekte at det likevel alltid var opp til brukerne om de ønsket å takke ja eller nei til en ny tjeneste. Det de gjorde som hjemmesykepleiere var å tilby tjenester, i tråd med de behovene de observerte hos brukerne. Informantene var enige om at det var viktig å aldri presse tjenester på brukerne, selv når behovet for en tjeneste var til stede. De var opptatt

av å introdusere tjenester gradvis, og i tråd med det brukerne uttrykte å være klare for av hjelp. En av informantene uttrykte det slik:

«[...] De har et privatliv, et nei er et nei [...] er det noe i hvert fall jeg har veldig fokus på, så er det at vi er gjesten i deres hjem. Og selv om jeg kanskje mener mer skal til for å gi optimal sykepleie, så er ikke det nødvendigvis slik at jeg kan gjøre det med hver enkelt person. Vi må se an det de ønsker. Og det å gå inn og overkjøre de, det er helt feil»

(Informant C)

4.3.2 Må opparbeides tillit

Tillit til hjemmesykepleierne ble vektlagt av informantene som nødvendig for at brukerne skulle velge å synliggjøre eget behov for hjelp. Informantene vektla respekt for brukernes grenser som en sentral del av det å skape en tillitsfull relasjon. En av informantene beskrev at dersom brukerne følte seg sett og respektert for sine grenser av hjemmesykepleien, økte det sjansen for at brukerne selv tok initiativ til å be om hjelpen de trengte. Hun trakk frem brukere som på eget initiativ hadde kommet til henne for å si at de trengte hjelp med å komme seg til tannlegen, og erfarte at de først tok slike initiativer og ba om hjelp når de opplevde tillit i relasjonen. En slik tillit ble derfor ekstra viktig for brukerne som står alene, fordi man da kanskje er den eneste som kan formidle behovet sitt for hjelp.

Informantene beskrev at de kontinuerlig jobbet med å skape tillitt gjennom å huske på at de var gjester i brukernes hjem, ved å la brukerne velge når nye tjenester skulle bli introdusert, og ved å kun utføre de oppgavene brukerne ikke kunne mestre selv. En av informantene uttrykte det slik:

«Det er litt med å ivareta hver enkeltes autonomi og selvbestemmelse. Og det er jo det som kanskje er litt skummelt med hjemmesykepleien, at når vi først kommer inn så kan det bli litt for mye for mange. At vi skal dekke hygiene, ernæring, og alt mulig. Og kanskje de egentlig bare trenger litt hjelp med medisiner. Så det er det å kjenne de grensene der (informant C)»

Videre var de opptatt av å bygge ned asymmetrien i den profesjonelle relasjonen. Dette gjorde de ved å frigjøre seg mest mulig fra kartleggingsskjemaer og heller la behov komme frem

naturlig gjennom samtale underveis i oppdragene. De var også opptatt av at hastverk og språkvansker kunne stå i veien for om brukerne åpnet seg opp om behov, og pekte på dette som hindre for god informasjonsutveksling mellom bruker og hjemmesykepleier:

«Hvis ikke man tar seg tid til å sette seg ned, og du kommer på en måte halsende inn og skal kjappe deg å lage mat, så er det ikke gitt at de åpner seg opp til deg heller, mest sannsynlig ikke» (Informant C)

Informantene beskrev at det som regel var lett å danne seg en oversikt over den sosiale situasjonen til brukerne, og få innsikt i hvilken hjelp brukerne fikk fra sitt sosiale nettverk: «Man får fort oversikt over nettverket, det gjør man. Og de er veldig åpne brukerne også, i forhold til det å prate om seg selv, historie og familie og sånn» (informant E). Informantene beskrev likevel at innsikt i brukerens sosiale situasjon kom an på tilliten mellom brukeren og hjemmesykepleieren. En av informantene oppga at det iblant kunne oppleves utfordrende å opparbeide seg tillitt fra brukerne og knyttet det til det å ha utenlandsk opprinnelse og å være mann. Han opplevde at han iblant måtte søke info fra kolleger som hadde en mer åpen dialog med de brukerne han ikke nådde frem hos. Han beskrev at det likevel varierte hvilke hjemmesykepleiere som hadde tillit hos de forskjellige brukerne og at de delte informasjon seg imellom, alt ettersom hvem som hadde tillit hos hvem. Informanten beskrev at det kunne variere om han som sykepleier fikk tilgang til den informasjonen han trengte om brukeren:

«[...] Det spørres hvor lenge du har vært hos den brukeren. Om du har tillitt fra den brukeren og da. Så det er sånn at noen ganger kan jeg snakke masse med en bruker, mens andre ganger blir samtalene ordknappe. Men da blir det til at vi snakker i gruppen. Fordi alle er jo forskjellige. Og alle brukerne er også forskjellige. Og noen av mine kollegaer får komme inn til denne personen, men derimot ikke meg. Også er det litt sånn omvendt og. Så da deler vi på en måte informasjonen da»

Samlet ble tillitt trukket frem av alle informantene som en viktig komponent i det å få innsikt i brukernes hjelpebehov og situasjon. Når en bruker hadde lite kontakt med et sosialt nettverk, ble innsikten hjemmesykepleierne opparbeidet seg om brukeren, ofte den eneste kilden til informasjon om brukerens situasjon.

4.3.1 Behov for tid til samtale

Hva som deles i en samtale mellom bruker og hjemmesykepleier kan påvirkes av asymmetrien i relasjonen mellom dem. Ifølge informantene kunne den profesjonelle asymmetrien virke inn på hvor mye brukerne fortalte om eget hjelpebehov. En informant opplevde at pårørende ofte kunne få tilgang til en litt annen type informasjon enn det hjemmesykepleieren fikk tilgang til fra brukerne. Han erfarte at brukerne noen ganger fortalte en litt mer «pyntet» historie til helsepersonell, enn de gjorde til sine nærmeste. Han uttrykte det slik:

«[...] Ofte så får vi og pårørende hos de som har et nettverk, veldig ulike roller og funksjoner. Vi ser jo at pasienten ofte kanskje er mer ærlige overfor pårørende, og sier hvordan det egentlig går til dem, mens til oss er det ofte et litt mer kunstig bilde de fremstiller da. Så ofte er det pårørende som kommer med bekymringer til oss og ser den hjelpen de kanskje trenger når vi ikke er til stede da» (Informant A)

Pårørende delte i en del tilfeller informasjon om behovene de observerte hos sin nærmeste, med hjemmesykepleieren. I en del tilfeller kunne dette ifølge informantene være informasjon som muliggjorde en utvidet forståelse av brukerens situasjon, og dermed en mer personsentrert omsorg. Når en slik kilde til informasjon manglet, trakk informantene frem ekstra tid til samtale med brukerne som avgjørende å få innsikt i brukerens behov. En innsikt som kunne gi hjemmesykepleierne et mer helhetlig bilde av hvordan de kunne være til hjelp for brukeren. En av informantene beskrev det slik:

«[...] ja det kan forbygge ganske mye. Det merker jeg de gangene jeg setter meg ned og tar meg tiden til å ta den lange samtalen. Også er det så mye du kan hente ut av det, om hver enkelt sin situasjon [...] ja, vi kunne funnet ut kanskje mer hvordan vi kan hjelpe vedkommende, eller hva vi kan hjelpe med. Det er det å bli kjent. Og når du ikke har familie, så er det det å sitte ned og ta deg tiden med dem» (informant C)

Flere av informantene uttrykte at tid til samtale ble ekstra viktig i møte med brukerne som hadde lite kontakt med et sosialt nettverk, blant annet for å skape trygghet for brukerne, svare på spørsmål og for å kartlegge behov. «[...] Ja jeg savner i hvert fall muligheten til det. Det er ikke gitt at vi alltid kan gjøre det, sette oss ned og snakke med alle. Men de uten familie, desidert, da er viktig» (informant C). Informantene opplevde at brukerne som sto alene, også selv ga uttrykk for at tid til samtale var noe av det viktigste for dem når hjemmesykepleieren

kom innom. Likevel opplevde de fleste av informantene at det ikke var rom i arbeidsdagen til slike samtaler. En informant uttrykte det slik:

«[...] Vi blir jo sinte (på kommunen), for vi føler kanskje på en måte at det trengs mye mer tid rundt omkring. Også blir det mindre tid til prat ikke sant, som kanskje også brukerne har behov for, og noen er veldig kontaktsøkende, og kanskje vi er den eneste som kommer innom i løpet av dagen, eller uka, og da har de kanskje mye på hjertet og det er ting de lurer på» (informant E)

4.3.2 Behov for tid til observasjon

Når det finnes få som har kontakt med brukeren, er det også færre som har innsikt i brukerens hverdagssituasjon. Når en bruker har lite kontakt med et sosialt nettverk, blir derfor observasjonene hjemmesykepleierne gjør, og behovene brukeren selv formidler, de eneste kildene til informasjon om brukerens situasjon. En informant beskrev derfor at hun i enda større grad ble nødt til å stole på egne observasjoner inne hos brukerne som hadde lite kontakt med et sosialt nettverk. En annen informant understreket at uavhengig av om det fantes pårørende å belage seg på eller ikke, var han opptatt av å gjøre sin egen selvstendige vurdering som sykepleier, og stole på sine egne observasjoner inne hos brukerne.

«[...] Ja vi har jo mange pårørende som kan ringe og si at mor eller far er ditt og datt og nå er de syke, også, men det er litt skummelt det der, for pårørende har ofte litt andre briller på enn hva vi ville hatt» (Informant C)

Noen av informantene beskrev at de manglet tid til å observere brukernes behov på den korte tiden de var inne på oppdrag. Men her delte informantene seg tydelig etter måten bydelene var organisert på. De to informantene som jobbet for bydeler organisert etter bestiller-utfører-modellen, opplevde å ha liten tid til å observere brukernes helhetlige behov annet enn det de fikk med seg inne på korte oppdrag. De opplevde også lite gjennomslag for tiltakene de foreslo baserte på observasjonene de gjorde, hos bestillerkontoret: «Vi får jo tildelt tid på hvert vedtak, som vi må forholde oss til. Så vi er veldig sånn, hva skal jeg si, det er veldig begrensa hvilken innflytelse vi har i dag, kontra hva vi hadde før, synes jeg» (Informant E). Den samme informanten uttrykte at han ikke hadde gode nok forhold til å kunne utøve helhetlig sykepleie, fordi det krever en viss tid dersom man skal få med seg brukernes skiftende behov:

«[...] og det kan være vanskelig for meg som sykepleier, det der med at jeg skal vurdere og utøve helhetlig sykepleie til brukeren, også har vi liksom det ene vedtaket vi skal utføre. Men min jobb er jo også å se andre ting og observere bruker, om de har behov for nye ting. Da kan det bli litt krasj med den tiden» (Informant E)

De tre informantene som jobbet i bydelen organisert etter tillitsmodellen, opplevde derimot at de hadde god mulighet til å respondere på behovene de observerte inne hos brukerne. De hadde selv mulighet til å redigere på innholdet i tiltaksplanene, ved at de kunne legge til ekstra besøk i perioder med ekstra behov, uten at bestillerkontoret måtte gjennomføre en selvstendig behovskartlegging: [...] «Det er vi, i tjenesteansvarlig-rollen, som går inn og kartlegger. Er det behov for mer hjelp, så setter vi selvfølgelig inn mer besøk eller tiltak på ting og tang» (informant D). Det var tilstrekkelig at de holdt bestillerkontoret orientert om de store endringene, ellers sto de tjenesteansvarlige hjemmesykepleierne relativt fritt til å påvirke tjenestetilbudet, ifølge dem selv. De tre informantene i bydelen organisert etter tillitsmodellen beskrev i tillegg at de rutinemessig utførte behovskartlegginger hver andre til tredje måned. Det gjorde det mulig å oppdage nyoppståtte behov hos brukerne, som de ikke nødvendigvis hadde oppdaget inne på oppdragene: «Vi skal jo også ha en vurdering av hver enkelt bruker hver tredje måned. Og da tar vi jo også for oss om de plutselig trenger mer hjelp i stell, mer hjelp til mat» (informant C). En av de tre informantene uttrykte likevel at han hadde litt dårligere oversikt over de brukerne som kun hadde vedtak om en enkelttjeneste, slik som de brukerne som fikk levert multidose eller hjelp med støttestrømper. For akkurat disse brukerne opplevde de å ha lavere innsikt i den helhetlige situasjonen til brukeren, ettersom han var sjeldnere innom disse brukerne, og kun inne på korte oppdrag.

Samlet ble tid til observasjon, og rutiner for observasjon, trukket frem av informantene som viktige for å danne seg oversikt over brukernes behov, og dermed for å kunne imøtekomme brukerne med et helhetlig tilbud. Informantene beskrev at det var færre kilder til informasjon om brukerne uten et sosialt nettverk, fordi pårørende som informasjonskilde manglet. Informantene oppga at de dermed ble nødt til å stole på egne observasjoner i enda større grad.

5 Diskusjon

I dette kapittelet diskuterer jeg problemstillingen «Hvordan opplever tjenesteansvarlige hjemmesykepleiere at tilbudet om kommunale helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige og fungerer for eldre som får lite hjelp fra et sosialt nettverk?» på bakgrunn av tidligere forskning, teoretiske perspektiver og funn som er beskrevet tidligere i oppgaven.

5.1 Kan man møte helsevesenet alene?

Bakketeppe for oppgavens tematikk er en politisk satsning på økt pårørendeinvolvering i eldreomsorg. I senere politiske styringsdokumenter legges det opp til å fordele flere omsorgsoppgaver til de uformelle omsorgsgivere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det legges dermed opp til et trepartssamarbeid mellom brukere, uformelle omsorgsgivere og det formelle helsevesenet. Det gjør det relevant å utforske hvordan det tas høyde for at noen står uten hjelp uformelle omsorgsgivere og hvordan hjemmesykepleiere opplever at det er for brukere å møte helsevesenet og alderdom på egenhånd.

5.1.1 Barrierer som hindrer brukernes tilgang til helse- og omsorgstjenester

Informantenes erfaringer belyser at eldre uten støtte i et sosialt nettverk kan være sårbare i møte med helsevesenet. Det viser seg blant annet når de har behov for kommunale tjenester og mangler hjelp i prosessene som kreves for å få tilgang til disse. Lipsky (2010) beskriver at prosessene for få tilgang til velferdstjenester inneholder barrierer for de som søker dem. Han forklarer at personlige ressurser kan påvirke om barrierene blir mulig å overkomme for den enkelte. Ifølge Lipsky (2010) kan nyttige personlige ressurser i møte med slike barrierer være *informasjon, status og ekspertise*. Videre kan hjelp fra uformelle omsorgsgivere være en slik ressurs for eldre hjemmeboende. For dem som ikke har nære pårørende, kan det være vanskeligere å få tilgang til kommunale velferdstjenester, slik funnene i denne studien indikerer. Hjemmesykepleierens erfaringer tyder på at hjelp med å stille krav til omsorgstilbudet er en verdifull form for hjelp som uformelle omsorgsgivere ofte yter. De stilte krav til omsorgstilbudet i etterkant av sykehusinnleggelse, til varigheten på korttidsopphold og bidro i klageprosesser dersom sykehjemssøknader ble avslått. Eldre som manglet noen til å stille krav til omsorgstilbudet virket å stå i en mer sårbar stilling i møte

med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dersom man er avhengig av støtte fra et sosialt nettverk for å få tilgang til nødvendig og forsvarlig helsehjelp, går det på akkord med velferdspolitiske og juridiske målsetninger om likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1).

5.1.2 Transport- og følgebarrieren

Ifølge resultatene manglet hjemmesykepleierne handlingsrom til å tilby brukerne følgetjenester til medisinske undersøkelser og behandlinger. De opplevde at det ofte kunne være tilfeldig at de fikk bistått brukerne med følgetjenester. De beskrev at de ikke fikk bemanningsressurser til det. Det var også uklart for dem hvem som hadde ansvar for å følge eldre som ikke på egenhånd kunne komme seg til fastlegen, tannlegen eller sykehuset. Oppsummert ble det kommunale følgetilbudet beskrevet som *unntaksvis og tilfeldig*, av informantene. Lipsky (2010) beskriver at helsevesenet på sett og vis legger en kostnad på innbyggerne når ordningen er at innbyggerne må ta seg frem til den medisinske hjelpen, og ikke omvendt. Han presiserer at det på mange måter er fornuftig at det er slik siden det ville vært ressurskrevende om helsepersonell skulle brukt mye av sin tid på å oppsøke brukerne. Men det innebærer også at brukerne må over en barriere for å etterspørre tjenesten, det jeg vil kalle en transport- og følgebarriere. For eldre som ikke kan få nødvendig følgehjelp fra et sosialt nettverk er det avgjørende at kommunen tilbyr slike tjenester. Det kan være utfordrende for en eldre person som står alene å komme seg til fastlegen, tannlegen eller sykehuset dersom helsetilstanden er redusert, enten psykisk eller somatisk. Personen kan oppleve mobilitetsvansker, utrygghet eller angst, eller ha demens. Barrierene kan for noen bli så høye at de ikke kommer seg avgårde. Det viser funnene av denne studien. Da er det problematisk at kommunen ikke har et godt organisert følgetilbud som hjelper brukerne å overkomme denne barrieren.

De tjenesteansvarlige hjemmesykepleierne opplevde sin manglende mulighet til å utføre følgetjenester særlig problematisk i oppfølgingen av brukere med demens. Dette er et tankekors når Ydstebø (2021) fant at eldre med demens oppsøker sin fastlege sjeldnere enn eldre på samme alder uten demens. Det er lite sannsynlig at det skyldes at personer med demens har mindre behov for å konsultere sin fastlege enn andre eldre. Det er derimot en mulighet at de ikke får nødvendig hjelp til å komme seg til fastlegen. De tjenesteansvarlige hjemmesykepleierne beskrev at en del brukere både med og uten demens endte med å

kansellere medisinske avtaler utenfor hjemmet på grunn av manglende følgehjelp. Dette er problematisk på flere måter. En undersøkelse hos legen er ofte et viktig utgangspunkt for den videre helsehjelpen som gis. Dermed kan et mangelfullt følgetilbud hindre videre tilgang til en rekke helse- og omsorgstjenester. I tillegg er det ofte slik at man trenger dokumentasjon fra en lege for å kunne søke om helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Slik dokumentasjon kan være vanskelig å oppdrive dersom du ikke kommer deg til legen i utgangspunktet. Med dette lagt til grunn mener jeg at det bør kartlegges hvem som mangler hjelp med følgetjenester og hvem som ikke kan få denne hjelpen fra et sosialt nettverk. I tilfeller der brukeren ikke kommer seg avgårde uten hjelp med følge bør slik hjelp defineres som en del av den nødvendige og forsvarlige helsehjelpen. Det å yte nødvendig og forsvarlig helsehjelp handler ikke utelukkende om å utføre helsehjelp, men også om å gjøre den tilgjengelig for de som trenger den (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). For noen vil det innebære å få hjelp med å overkomme transport- og følgebarrieren.

5.1.3 Søke- og klagebarrieren

Informantenes erfaringer indikerer at det å mangle uformell hjelp til å stille krav til tjenestetilbudet kan gjøre det vanskeligere å få tilgang til nødvendig hjelp.

Hjemmesykepleiernes erfaring var at det kunne være særlig sårbart å mangle uformelle omsorgsgivere som stiller krav til omsorgstilbudet i etterkant av en sykehusinnleggelse, eller å mangle uformelle omsorgsgivere til å drive frem en klage ved avslag på en sykehjemssøknad. Mange byråkratiske prosesser er etablert for å sikre at innbyggernes saker behandles etter fastsatte kriterier, slik at velferdsstatens ressurser fordeles på en rettferdig måte (Wollscheid, 2012; Skaar m.fl., 2014). Likevel krever slike prosesser at innbyggerne mobiliserer en del ressurser for å makte å gå igjennom dem. Søknadsprosesser eller klageprosesser krever at man tilegner seg eller får informasjon om hvor man skal henvende seg, eller hva søknaden eller klagen må inneholde. Man må også ha de nødvendige ressursene til å skrive søknaden eller klagen, og sende den. Ikke minst fordrer alt dette at man er bevisst sine rettigheter og er informert om at situasjonen man står i gir rett på kommunal hjelp (Lipsky, 2010). Mangler man denne informasjonen eller de nødvendige ressursene, vil man heller ikke etterspørre tjenesten. Hjemmesykepleiernes erfaring var at dette i en del tilfeller gjaldt eldre som sto uten støtte i et sosialt nettverk. De beskrev at brukerne sjeldent selv tok initiativ til å be om tjenester fra hjemmesykepleien. De opplevde også at en del ikke hadde innsikt i hva de hadde krav på av hjelp fra kommunen. Det kan skyldes at informasjon om

kommunale tilbud ikke alltid er like lett tilgjengelige. Lipsky (2010) beskriver til og med at det kan være en bevisst strateg å ikke gjøre denne informasjonen for lett tilgjengelig, da det vil føre til økt etterspørsel etter ressursene til en allerede presset tjeneste.

Ifølge Lipsky (2010) kan det også være en byråkratisk strategi å gjøre søknadsprosesser og klageprosesser tungvinte for brukerne (*tighten the application process*), fordi det vil dempe noe av etterspørselen etter velferdstjenestene. Siden etterspørselen etter tjenestene ofte er ubegrenset, mens ressursene er begrensede, kan dette være en virksom praksis for å dempe noe av presset på helsetjenesten (Lipsky, 2010). Bakkebyråkratene kan tenke at de som trenger det aller mest vil være de som søker eller klager, men ifølge Lipsky (2010) kan det være motsatt. Praksiser som gjør det mulig for bakkebyråkrater å håndtere presset i jobben, kan bli til tilgjengelighetsbarrierer for brukerne. Tunge klage- og søknadsprosesser kan gjøre det tyngre å stå alene i det å søke helsevesenets hjelp. Man er gjerne syk eller opplever stor sykdomsbyrde når man trenger kommunale helse- og omsorgstjenester. Jo høyere terskelen gjøres for å få tilgang til tjenestene, jo flere vil falle av i disse prosessene, og ikke engang komme til det punktet der de etterspør tjenestene.

Det var flere av de tjenesteansvarlige hjemmesykepleierne som opplevde at hjelpen uformelle omsorgsgivere ga, i form av hjelp til å klage på sykehjemsavslag, kunne være avgjørende for å få tilgang til en sykehjemsplass. Informantenes erfaring var at en klage drevet frem av uformelle omsorgsgivere i mange tilfeller førte til at vedtaket ble snudd. Dette er i tråd med en studie av Tolo Heggstad og Førde (2019) som fant at uformelle omsorgsgivere som klagde sykehjemsavslaget til Fylkesmannen nesten alltid endte med å få vedtaket snudd. De fant også at uformelle omsorgsgivere var viktige pådrivere i tildelingsprosesser av kommunale helse- og omsorgstjenester. Spørsmålet dette reiser er hvem som kjemper for at brukeres behov for nødvendig og forsvarlig helsehjelp imøtekommes når det ikke finnes uformelle omsorgsgivere til å stille krav og drive slike prosesser fremover. Nedskaleringen av den institusjonsbaserte omsorgen, kombinert med flere eldre med behov for heldøgnsomsorg, har gjort sykehjemsplasser til et knapt gode (Tolo Heggstad og Førde, 2021; Gautun, Grødem og Hermansen, 2012). Da er det et tankekors at sykehjemsplassene i størst grad kan komme til å fordeles til de som har ressurser til å gjennomgå en klageprosess. Tolo Heggstad og Førde (2021) argumenterer for at det derfor blir viktigere og viktigere å sørge for at fordelingen av sykehjemsplasser følger nasjonale etiske prioriteringskriterier og ikke forstyrres av utilsiktede faktorer knyttet til brukerens personlige ressurser. Jeg vil på bakgrunn

av disse resonnementene argumentere for at tungvinte søknads- og klageprosesser kan true prinsippet om likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Prosessene for å få tilgang til helse- og omsorgstjenester må gjøres minst mulig tungvinte for å sikre likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester.

5.1.4 Standardisering av tjenestetilbud hindrer helhetlig omsorg

Når hjemmesykepleiens ansvarsoppgave forhåndsdefineres og standardiseres, reduserer det brukernes mulighet til å bli møtt på uforutsette og skiftende behov (Lipsky, 2010; Vabø, 2012). Dette er fordi forhåndsdefinerte og oppgavefokuserede arbeidsplaner gir mindre fleksibilitet for profesjonsutøverne til å respondere på skiftende behov hos brukerne. De oppgavene som utelates fra de kommunale tjenestetilbudene kan bli til udekkede behov for de som står uten hjelp fra uformelle omsorgsgivere, fordi det ikke finnes noen som kan kompensere for den manglende kommunale hjelpen med disse oppgavene (Vabø, 2012). Dette er relevant, for når det i økende grad satses på hjemmebasert omsorg fremfor døgnbasert omsorg ved institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), blir det avgjørende at det hjemmebaserte tilbudet er helhetlig, uavhengig av tilgang til uformell hjelp. De tjenesteansvarlige hjemmesykepleierne oppga at de manglet tid og rom til å utføre praktiske oppgaver som ikke var oppgitt i vedtak og tiltaksplaner for brukerne. Det kunne sette hjemmesykepleierne i dilemmaer der brukere uforutsett fikk behov for viktig praktisk hjelp, men ikke hadde uformelle omsorgsgivere de kunne spørre om hjelp.

En del studier viser imidlertid at eldre uten hjelp fra uformelle omsorgsgivere ofte får flere tjenester og flere timer med hjelp fra kommunen enn de som har hjelp fra uformelle omsorgsgivere (Ydstebø, 2021). Det kan derfor tyde på at kommunen forsøker å erstatte pårønderressursen når den ikke er til stede (Ydstebø, 2021). Da handler kommunen i så fall i tråd med den velferdspolitiske og juridiske målsetningen om likeverdige helse- og omsorgstjenester, og tar høyde for den enkeltes forutsetninger og behov i utformingen av tjenestetilbudets omfang. Samtidig innebærer det at kommunen lar pårørende ta på seg en del oppgaver som brukeren ellers kunne fått et tilbud om, dersom det ikke var pårørende til stede. En del helse- og omsorgstjenester forskyves derfor til de uformelle omsorgsgiverne, og kostnaden bæres da av de uformelle omsorgsgiverne, istedenfor kommunen. Likevel kan dette peke i retning av at bildet ikke er svart-hvitt, og at det gjøres en del forsøk på å kompensere for manglende uformell hjelp.

Resultatene indikerte at hjemmesykepleierne manglet handlingsrom til å imøtekomme en del praktiske behov brukerne hadde. Informantene som arbeidet i bydeler organisert etter bestiller-utfører-modellen opplevde i størst grad manglende handlingsrom til å utføre uforutsette oppgaver som ikke sto beskrevet i vedtakene. Det er i tråd med Kassah og Tønnessen (2016) som fant at hjemmesykepleierne som jobbet under en bestiller-utfører-modell hadde lite innflytelse over tjenestetilbudet de leverte. Informantene som arbeidet under tillitsmodellen, oppga derimot å ha langt bedre mulighet til å respondere på endrede behov og justere tiltaksplanen i tråd med endringene de observerte hos brukerne sine. De opplevde vesentlig mer rom til å handle på vurderingene sine, for de trengte ikke å konsultere med bestillerkontorene for å gjøre endringer i tiltaksplanene. Det var også de selv som hadde utviklet tiltaksplanene. Uavhengig av forvaltningsmodell ble det likevel gjennomgående trukket frem av informantene at det var de praktiske behovene som i størst grad var vanskelige å imøtekomme for denne brukergruppen. Hjemmesykepleierne prøvde som best de kunne å utføre noen ekstra praktiske tjenester for de som manglet uformell hjelp, men måtte samtidig sette grenser ettersom de kun fikk avsatt tid og ressurser til å utføre de sykepleiefaglige tjenestene, som var de medisinske og pleierelaterte. Hjemmesykepleierne opplevde i tillegg at de fikk signaler fra ledelsen om at de ikke skulle utføre oppgaver som sto utenfor hjemmesykepleiens ansvarsområder. I visse tilfeller kunne også regelverket hindre hjemmesykepleierne fra å imøtekomme udekkede praktiske behov. De hadde for eksempel ikke lov til å handle for brukerne dersom de hadde gått tom for mat. Slike regler kunne gjøre det utfordrende for hjemmesykepleierne å respondere etter egen skjønnsmessig vurdering i slike situasjoner. De oppga at situasjonene særlig ble vanskelige dersom brukeren ikke hadde uformelle omsorgsgivere som kunne kompensere i slike situasjoner. Det satte hjemmesykepleierne i dilemmaer mellom regelverk og føringar for jobben og det medmenneskelige instinktet om å hjelpe brukeren i situasjonen han eller henne befant seg i. Oppsummert kunne standardiserte tjenestetilbud, tydelig definerte ansvarsområder, signaler fra ledelsen og regelverk hindre hjemmesykepleierne fra å møte brukernes udekkede praktiske behov, noe som ga opphav til dilemmaer i møte med eldre uten praktisk hjelp fra uformelle omsorgsgivere.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg presentert resultater fra arbeidet med min masteroppgave om helse- og omsorgstilbud til eldre med lite hjelp fra et sosialt nettverk. I dette siste kapittelet vil jeg relatere resultatene av oppgaven til problemstillingen jeg reiste i oppgavens første kapittel, som var «Hvordan opplever tjenesteansvarlige hjemmesykepleiere at tilbudet om kommunale helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige og fungerer for eldre som får lite hjelp fra et sosialt nettverk?». Problemstillingen ble utforsket gjennom fem kvalitative intervjuer med tjenesteansvarlige hjemmesykepleiere. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Funnene ble utarbeidet gjennom en refleksiv tematisk analyse av intervjuene, gjennomført etter seks analytiske steg beskrevet av Braun m.fl. (2019).

6.1.1 Hovedresultater

Resultatene presenteres gjennom tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer som reflekterer aspekter ved informantenes erfaringer som kunne brukes til å besvare problemstillingen. De tre hovedtemaene var «ingen til å stille krav», «manglende hjelp med praktiske gjøremål» og «behov for ekstra tid til kartlegging». Temaene representerer aspekter ved datamaterialet som kretser rundt sårbarheter og utfordringer eldre uten støtte i et sosialt nettverk kunne oppleve i møte med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Hovedtemaet «ingen til å stille krav» rommer de tre undertemaene «ingen som stiller krav etter utskrivning fra sykehus», «ingen som stiller krav til varighet på korttidsopphold» og «ingen som klager ved avslag på sykehjemssøknad». Gjennom dette første temaet ble det belyst at det å mangle pårørende som stilte krav til omsorgstilbudet kunne være en ulempe enten det gjaldt omsorgstilbudet brukeren fikk tilgang til i etterkant av et sykehusopphold, varigheten på et korttidsopphold eller tilgangen til en sykehjemsplass. Dette var et funn som kunne relateres til oppgavens teoretiske rammeverk (Lipsky, 2010) i form av at personlige ressurser som hjelp fra uformelle omsorgsgivere representerer, kan påvirke tilgangen til offentlige helse- og omsorgstjenester. Undertemaet «ingen som klager ved avslag på sykehjemssøknad» var i tråd med funn i studien til Tolo Heggstad og Førde (2021), som beskrev at sykehjemsplasser kunne bli vanskeligere å få tilgang til dersom man manglet hjelp fra pårørende til å klage på avslag om sykehjemsplass.

Hovedtemaet «manglede hjelp med praktiske gjøremål» rommer de to undertemaene «unntaksvis og tilfeldig følgetilbud» og «udekkede praktiske behov i hjemmet». Gjennom dette andre temaet ble det belyst at hjemmesykepleiernes erfaringer var at eldre uten støtte i et sosialt nettverk noen ganger manglet viktig hjelp med en del praktiske gjøremål, både i form av følge ut av boligen og med de praktiske gjøremålene i hjemmet. De praktiske behovene brukerne manglet hjelp med var oppgaver det er relativt utbredt at uformelle omsorgsgivere hjelper til med, slik som handlehjelp og følgehjelp (Nergård, 2015; Kirchhoff og Lauvli Andersen, 2015). Kommunens systemer for å tilby følgetjenester fremsto som unntaksvis og tilfeldig organisert for hjemmesykepleierne. Et unntaksvis og tilfeldig følgetilbud førte til at brukerne noen ganger kansellerte medisinske undersøkelser og behandlinger. Dermed bidro et unntaksvis og tilfeldig følgetilbud til å gjøre helse- og omsorgstjenestene mer utilgjengelige for eldre som ikke kunne søke følgehjelp fra et sosialt nettverk. Undertemaet «udekkede praktiske behov i hjemmet» reflekterte at hjemmesykepleierne kunne observere udekkede praktiske behov som de ikke hadde handlingsrom til å imøtekomme. Erfaringene deres tilsa at det var sårbart for brukere med lite hjelp fra et sosialt nettverk å trenge hjelp med praktiske oppgaver kommunen ikke har definert som en del av sitt tjenestetilbud. Dette funnet er i tråd med en studie av Lunde og Otterlei (2020) som beskrev at kommunen gjør et betydelig avgrensingsarbeid gjennom å definere ansvarsområdene sine og formidle tydeligere grenser for hvilke spesifikke oppgaver hjemmetjenesten skal ta seg av. Vabø (2012) beskrev at avgrensingsarbeidet i størst grad påvirket de som manglet uformelle omsorgsgivere de kunne spørre om hjelp med de oppgavene kommunen hadde avgrenset seg fra.

Hovedtemaet «behov for ekstra tid til kartlegging» rommer de fire undertemaene «etterspør ikke tjenestene på eget initiativ», «må opparbeides tillit», «behov for tid til samtale» og «behov for tid til observasjon». Dette temaet rommer hjemmesykepleiernes erfaringer med å arbeide med eldre med lite hjelp fra et sosialt nettverk. Temaet omhandler hvordan denne brukergruppen ikke etterspurte tjenester fra hjemmesykepleien på eget initiativ og at hjemmesykepleierne derfor fikk en viktig rolle i å tilby brukeren nødvendige tjenester og motivere dem til å ta imot hjelp ved behov. En viktig forutsetning for at brukerne synliggjorde eget hjelpebehov var at de opplevde å ha tillit til hjemmesykepleierne. Ettersom hjemmesykepleierne kunne være av de få brukere i denne gruppen sto i kontakt med, ble en slik tillit avgjørende for om personen søkte og tok imot nødvendig hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre beskrev informantene at tid til samtale og observasjon ble viktig i møte med denne brukergruppen, fordi det ikke fantes andre enn personen selv som

kunne formidle egne behov til helsevesenet. Når uformelle omsorgsgiveres informasjon om brukerens situasjon var fraværende, opplevde hjemmesykepleierne at det ga behov for ekstra tid til kartlegging.

6.1.2 Slutninger

Funnene av studien er i tråd med antagelsene jeg gikk inn i arbeidet med, som var at jeg så for meg at det kunne være avgjørende å ha tett oppfølging fra pårørende for å få tilgang til «riktige tjenester til rett tid i tilstrekkelig omfang» (Helsedirektoratet, 2016). Det er likevel viktig å poengtere at funnene i denne studien ikke kan brukes til å trekke sikre konklusjoner om dette. Til det er utvalget for lite. Jeg kan derfor ikke påstå at resultatene mine vil være representative for flere enn utvalget jeg intervjuet. Likevel representerer funnene en innsikt i erfaringene til et lite antall hjemmesykepleiere, og gir en idé om hvilke deler av det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet som kan være mangelfullt dersom man ikke har tilgang til uformell hjelp. Dette kan være et verdifullt utgangspunkt for videre forskning om tematikken. Et av funnene beskriver at det kommunale følgetilbudet er mangelfullt, som kan påvirke tilgangen noen av de mest sårbare blant oss har til offentlige helse- og omsorgstjenester. Jeg anser det derfor som spesielt viktig å undersøke denne tematikken videre. Funnet kan for eksempel danne grunnlag for en ny studie av større omfang som utforsker dette aspektet mer inngående. Etersom dette var en pilotstudie om en lite utforsket tematikk, trengs det mer forskning for å kartlegge til hvilken grad helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige og fungerer for eldre uten hjelp fra et sosialt nettverk.

6.1.3 Konklusjoner

Med utgangspunkt i erfaringene til de intervjuede informantene vil jeg konkludere med at det kunne være vanskelig for en del av brukerne som ikke hadde tilgang til uformell hjelp å komme frem til og dermed å få tilgang til medisinske undersøkelser og behandlinger utenfor hjemmet. Dette var fordi det kommunale følgetilbudet var unntaksvis og tilfeldig organisert. Videre beskrev hjemmesykepleierne at kommunens tilbud på en lite helhetlig måte imøtekom brukernes praktiske behov som ikke var inkludert i kommunens definerte tjenestetilbud og som ikke var del av den medisinske og pleierelaterte helsehjelpen. Hjemmesykepleiernes erfaringer beskriver her «mellomrom» i det kommunale helse- og omsorgstilbudet som kunne bli særlig merkbare for eldre som manglet hjelp fra uformelle omsorgsgivere. Videre beskrev

hjemmesykepleierne at det kunne være sårbart å stå uten uformelle omsorgsgivere til å stille krav til omsorgstilbudet. Hjemmesykepleierne erfarte at dette noen ganger kunne føre til at brukeren fikk et mindre omfattende omsorgstilbud. Særlig kunne det være en ulempe å mangle hjelp fra pårørende dersom en sykehjemssøknad ble avslått. I slike tilfeller opplevde hjemmesykepleierne at det kunne være avgjørende å ha pårørende som stilte krav og sto i klageprosesser for brukerne, noe den aktuelle brukergruppen manglet. I kampen om de knappe godene sykehjemsplasser representerer, kunne det å mangle uformelle omsorgsgivere som stilte krav representere en ulempe når sykehjemsplasser skulle fordeles.

6.1.4 Implikasjoner for praksis

Basert på denne konklusjonen, det teoretiske rammeverket og tidligere forskning vil jeg tillate meg å komme med noen forslag som kan bedre tilgjengeligheten til de kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet for eldre med lite hjelp fra et sosialt nettverk. For å sikre et likeverdig helse- og omsorgstilbud innebærer det både at a) tjenestene må gjøres tilgjengelig for alle, og b) yrkesutøverne må ha rom til å forme tjenestetilbudet med utgangspunkt i brukerens forutsetninger og behov. For å oppfylle a) foreslår jeg å arbeide med å senke transport- og følgebarrieren gjennom å utvikle et godt organisert kommunalt følgetilbud, som kan gi de som har behov for det nødvendig følgehjelp. Videre må søke- og klageprosesser gjøres mindre tungvinte. Eldre med lite hjelp fra et sosialt nettverk kan trenge hjelp med å overkomme søke- og klagebarrierer forbundet med å få tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle b) kan tillitsmodellen være en forvaltningsmodell som kan gi yrkesutøverne bedre muligheter til å respondere på skiftende og uforutsette behov hos brukerne fordi de kan endre på tiltaksplanene i tråd med egne observasjoner. Et likeverdig tilbud er ikke det samme som et likt tilbud. Et likeverdig tilbud handler om at den enkelte sikres nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Da må tjenestetilbudet formes med utgangspunkt i livssituasjonen brukeren befinner seg i og ta høyde for at brukeren kan mangle hjelp fra uformelle omsorgsgivere.

Litteraturliste

- Andfossen, N.B. (2019). Ulike typer frivillige i omsorgstjenestene - samstemt innsats eller mangfold til besvært? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22 (1), 2542.
- Birkeland, A. & Natvig, G.K. (2008). Gamle, hjelpetrengende og alene. *Vård i Norden* (87), 18-21. <https://doi.org/10.1177%2F010740830802800105>
- Blix, B.H., Stalsberg, H., & Moholt, J-M. (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning* (1), 1 -14.
- Braun, V., og Clark (2006). Using a thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006 (3).
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., og Terry, G. (2019). Thematic Analysis. I: L. P. (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (s. 843-860). Singapore: Springer.
- Broese van Groenou, M. I. & De Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing* (3), 271-279. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10433-016-0370-7>
- Eide, T., Gullslett, M., Nilsen, E., Dugstad, J., og Eide, H. (2018). Tillitsmodellen: hovedpiloting i Oslo kommune 2017-18. *Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge* (4). Hentet fra [2018_4_Eide Tillitsmodellen.pdf \(usn.no\)](2018_4_Eide_Tillitsmodellen.pdf)
- Veenstra, M., Aksøy, H., Daatland, S. O., Kjellvik, J., & Otnes, B. (2012). Bærekraftig omsorg? Oslo Metropolitan University- OsloMet: NOVA.
- Førland, O. & Folkestad, B. (2016). *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv: en populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015* (Senter for omsorgsforskning rapportserie 1). Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no>
- Gleditsch, R. F., Thomas, M. J. & Syse, A. (2020). Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020. Modeller, forutsetninger og resultater. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Hansen, T. (2018, 17.september). New Public Management. I Store norske leksikon. Hentet fra [New Public Management – Store norske leksikon \(snl.no\)](New Public Management – Store norske leksikon (snl.no))

Helsedirektoratet (2015). § 1-1 Formål. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. januar 2018). Hentet fra [§ 1-1 Formål - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2016). *Veileder for saksbehandling: Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr.6, 3-6 og 3-8* (IS-2442). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet. (2018). *Registrering av IPLOS-data i kommunen: nasjonal veileder*. Oslo: helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St.47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) NOU2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020 - Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV–2011–06–24–30). Hentet fra <https://lovdata.no>

Innovasjon i omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Kassah, B.L.L. & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester: en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2016 (4), 342-358. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04>

Kirchhoff, J.W. & Lauvli Andersen, K. (2015). Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, 2015 (4), 362-370. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.56001>

- Kirkevold, M. (2020, 24.august). Hjemmesykepleie. I Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2019). Det kvalitative forskningsintervju. 3.utg. Gyldendal: Oslo
- Leknes, S., Løkken, S. A., Syse, A. & Tønnessen, M. (2018). Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Lipsky, M. (2010). Street-level bureaucracy – dilemmas of the individual in public services. Russell Sage Foundation: New York.
- Lunde, B.N. & Otterlei, J.B. (2020). Kapittel 8 – Tjenester til hjemmeboende eldre – tilstand og utfordringer. I Høy Anvik, C., Tveit Sandvin, J., Paulsen Breimo, J., & Henriksen, Ø (Red.), *Velferdstjenestenes vilkår: nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s.151-170). Hentet fra <https://www.idunn.no>
- Malterud, K. (2018). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moser, I. & Thygesen, H. (2019). Med verdier og sosiale konsekvenser i sentrum: Et rammeverk for deltagesbasert innføring av velferdsteknologiske løsninger. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok* 1.utg., s.45-66). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Munkejord, M. C., Eggebø, H., & Schönfelder, W. (2018). Hjemme best? Tidsskrift for omsorgsforskning, 4(1), 16-26.
- Nergård, T. B. (2015). Plikt eller kjærlighet? Om voksne barns hjelp til aldrende foreldre. Tidsskrift for omsorgsforskning, 1(2), 108-118.
- Otnes, B. (2013). 9. Familieomsorg – fortsatt viktig. I Statistisk sentralbyrå (Red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (s.85-91). Hentet fra <https://www.ssb.no>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no>
- Rønning, R. (2021). Mer bruk av frivillige som innovasjon. I R. Rønning (Red), *Innovasjon i offentlig sektor. Innover eller bli innover*. (1.utg., s.128-136). Oslo: Universitetsforlaget.

Skaar, R., Brotkorb, K., Valen-Sendstad Skisland, A. & Slettebø, Å. (2014). Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen: noen etiske utfordringer. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2014 (4), 267 -278.

Skinner, M. S., Lorentzen, H., Tingvold, L., Sortland, O., Andfossen, N. B., & Jegermalm, M. (2020). Volunteers and Informal Caregivers' Contributions and Collaboration with Formal Caregivers in Norwegian Long-term Care. *Journal of aging & social policy*, 1-26.

Statistisk Sentralbyrå. (1985). Uformell omsorg for syke og eldre (samfunnsøkonomiske studier 57). Hentet fra <https://www.ssb.no>

Thagaard, T. (2018). Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. 5.utgave. Fagbokforlaget: Bergen

Heggestad, A. K. T., & Førde, R. (2020). Is allocation of nursing home placement in Norway just? *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(4), 871-879.

Heggestad, A.K.T., & Førde, R. (2021). Pårørendes roller i tildelingen av langtidsplass på sykehjem. *Sykepleien Forskning*.

Tønnesen, S., Førde, R. & Nortvedt, P. (2009). Fair nursing care when resources are limited: the role of patients and family members in Norwegian Home-based Services. *Policy Polit Nurs Pract.* 2009; 10:276-84

Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health and Social Care in the community*, 2012 (3), 283 – 291.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>

Vrålstad, S. (2017). Slik har vi det - livskvalitet og levekår: Sosiale relasjoner. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: [Sosiale relasjoner - SSB](#)

World Health Organization. (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization.

Wollscheid, S., Eriksen, J. & Hallvik. J. (2012). Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. *Nordic College of Caring Science*, 2012 (27), 414-421. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01047.x>

Øversveen, E. og Thorsen Rydeland, H. (2021). Sosial ulikhet i helse: En samfunnsvitenskapelig innføring (1.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Øygard, G. (2018a). Hjemmetjenesten som alliert, rådgiver og forventningsregulator: Om hjemmetjenestens betydning for pårørende til personer med demens' søknadspraksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2018 (3), 193-207. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-03-01>

Øygard, G. (2018b). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud?: En institusjonell etnografi om kommunale saksbehandlers oversettelse fra behov til vedtak. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2018 (1), 27- 39. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04>

Ydstebø, A. E. Hjemmeboende personer med demens: Hva påvirker deres livskvalitet og bruk av helse- og omsorgsressurser? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(01), 1-6.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intro – målgruppen spørsmålene skal handle om

- Har du eller har du hatt eldre brukere som mangler et sosialt nettverk rundt seg? (i form av familie, venner eller andre)
- Har du eller har du hatt eldre brukere som har et sosialt nettverk, men som får lite praktisk hjelp og oppfølging i hverdagen fra nettverket sitt?

Primærkontaktens oversikt over uformell hjelp fra sosiale nettverk

- Hvordan erfarer du at det kan komme til uttrykk at en bruker mangler et oppfølgende nettverk rundt seg?
- Er det lett å danne seg en oversikt over hvilke brukere som får lite oppfølging fra nettverket sitt, for dere som jobber i hjemmetjenesten?
- Gjennomfører dere en form for kartlegging eller utforskning av hva brukerne får av hjelp fra nettverket sitt, eventuelt hva de står alene om å måtte følge opp selv?

Primærkontaktens oppfølging og fremgangsmåte når uformell hjelp mangler

- Hvordan kan dere i hjemmetjenesten gå frem dersom dere observerer at en bruker har behov for flere tjenester, men ikke klarer å søke om disse selv eller mangler hjelp fra pårørende med søknadsprosessen?
- Hvordan går dere i hjemmetjenesten frem dersom en bruker ikke får hjelp fra eget nettverk med å komme seg til og fra fastlege, legevakt eller sykehus, og ikke klarer å ta seg dit på egenhånd?
- Hender det at dere gjør oppgaver som står utenfor vedtakene til eldre brukere som mangler et oppfølgende nettverk?

Primærkontaktens erfaringer med denne gruppen eldre sin situasjon

- Har du lagt merke til om eldre uten oppfølging fra eget nettverk har noen særskilte utfordringer i hverdagen som går igjen eller er felles for denne gruppen eldre?
- Er dette utfordringer hjemmetjenesten har mulighet til å følge opp slik tjenesten er organisert i dag?

Vedlegg 2: intervjuguide i stikkordformat

Alder

Fagbakgrunn og arbeidserfaring

Rollen som tjenesteansvarlig – tjenesteansvarlig for de med og uten praktisk hjelp fra pårørende

Spørsmål om dette er brukere deltakeren ofte møter i sitt arbeid

Oversikt over hvem som får hjelp fra nettverket sitt og hvem som ikke får det

Fremgangsmåten ved behov for flere tjenester – når tilbudet skal utvides – når pårørende mangler som aktør i prosessen med søknader.

Ansvarsområder og oppgavefordeling mellom hjemmesykepleien og uformelle omsorgsgivere. Hjemmesykepleiens oppgaver – pårørendes oppgaver – de oppgavene som står et sted midt imellom.

Hva skjer når noen ikke har pårørende som kan bidra med info om tilstand, behov og endringer i helsetilstand til hjemmesykepleien.

Denne brukergruppen sine utfordringer.

Overordnet blikk på tilbudet til denne gruppa.

Vedlegg 3: Godkjenninger fra NSD

Meldeskjema / Tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester for eldre med lite oppfølging fra eget sosialt nettverk. / Melding

Meldinger

Referanse

538844

Melding

21.01.2021 13:50

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 21.01.2021. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

**Påminnelse (planlagt)**

22.12.2021 01:00

**Sluttvurdering (planlagt)**

15.12.2021 01:00

**Melding**

16.08.2021 09:38

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

NSD har vurdert endringen registrert 29.07.2021.

Vi har nå registrert 15.12.2021 som ny sluttdato for forskningsperioden.

I tilfelle det skulle bli aktuelt med ytterligere forlengelse av forskningsperioden, vil vi gjøre oppmerksom på at forlengelse på mer enn ett år utover den opprinnelige sluttdatoen (01.08.2021) ikke kan påregnes uten at det vurderes å gi informasjon til utvalget.

NSD vil følge opp ved ny sluttdato for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

**Sendt til vurdering**

29.07.2021 14:43

Vedlegg 4: Samtykkeskjema (informasjonsskriv)

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester for eldre med lite oppfølging fra eget sosialt nettverk?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å lære mer om hvordan eldre har tilgang til helse- og omsorgstjenester uten oppfølging fra familie, pårørende eller venner. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å få kunnskap om hvordan eldre som ikke får assistanse fra pårørende har tilgang på helse- og omsorgstjenester. Studien vil innhente erfaringer til helsepersonell som arbeider i hjemmetjenesten. Problemsstillingen er som følger: Hvordan erfarer primærkontakter i hjemmetjenesten oppfølgingen av eldre brukere som mangler praktisk hjelp og oppfølging fra eget sosialt nettverk?

Prosjektet blir gjennomført som et mastergradsprosjekt, ved studiet *Master i tjenesteutvikling til eldre*. Det kan bli aktuelt å benytte kunnskapen i en artikkel eller andre former for formidling av kunnskapen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høgskole.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du inviteres til å delta i et intervju som vil handle om temaet beskrevet over. Kriterier for å delta er at du jobber i hjemmetjenesten i en bydel i Oslo, har rollen som primærkontakt/tjenesteansvarlig for en eller flere eldre som får hjemmetjenester. Jeg vil samlet gjennomføre 5-10 intervjuer med primærkontakter/tjenesteansvarlige i hjemmetjenesten i februar-april 2021.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at jeg ringer deg opp for et intervju over et digitalt samtaleverktøy. Deltakelse vil innebære spørsmål om din alder, kjønn, utdanning og ansiennitet, i tillegg til spørsmål om dine erfaringer og refleksjoner knyttet til studiens tema. Intervjuet vil ta ca. 1 time, og blir tatt opp med lydopptaker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen/arbeidsgiver dersom du ikke ønsker å delta eller trekker deg fra studien.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være meg, Pernille Martinussen og min veileder, Lise-Merete Alpers, som har tilgang til personopplysningene. Datamaterialet vil bli lagret kryptert og kun min veileder og jeg vil ha tilgang. Ditt navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra intervjuene og øvrige data.

Alle opplysningene om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre opplysninger som gjør at det er mulig å kjenne deg igjen i oppgaven. Jeg vil ikke oppgi hvilken hjemmetjeneste du jobber ved i oppgaven. Direkte sitater fra intervjuene vil kunne bli del av oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2021. De transkriberte dataene vil bli makulert og lydopptakene slettet etter prosjektets slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- VID vitenskapelige høyskole ved Pernille Martinussen, pernille_ma@hotmail.com eller Lise-Merete Alpers, lise-merete.alpers@vid.no
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Lie tlf.: 93856277

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Kommunale helse- og omsorgstjenester for eldre med lite oppfølging i hverdagen fra pårørende og eget nettverk*, og fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes gjennom alder, kjønn, utdanning og ansiennitet.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)